

Privatpraktiserende psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med henvisningsdiagnoser.

Kari-Line Bakkene



**Masteroppgave ved Fakultet for helsevitenskap
Master i klinisk helsearbeid
Studieretning: Psykisk helsearbeid**

HØGSKOLEN I SØRØST-NORGE

15.09.2016

Vi finner ting som trøster oss, vi finner bedøvelse, vi lærer kunstferdigheter som vi bedrar oss selv med. Men det vesentlige, veienes vei, finner vi ikke.

(Hesse)



Navn: Kari-Line Bakkene	Dato: 15.09.2016
Tittel: Privatpraktiserende psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med henvisningsdiagnoser.	
Sammendrag: <p>Oppgavens formål: er å utforske psykomotoriske fysioterapeuter i privat praksis med driftsstilskudd sine erfaringer med henvisningsdiagnoser.</p> <p>Bakgrunn: Det er diagnosen henviser setter på pasientens henvisning til psykomotorisk fysioterapi, som registreres hos Helseøkonomiforvaltningen (HELFO), når psykomotoriske fysioterapeuter i privatpraksis sender inn elektroniske refusjonskrav dit. Den psykomotoriske fysioterapeutens vurdering av pasienten registreres ikke. HELFO lager statistikk om psykomotoriske fysioterapeuters virke ut fra disse henvisningsdiagnosene som kommer inn via de psykomotoriske fysioterapeutenes refusjonsoppgjør. Dette ønsket jeg å se nærmere på.</p> <p>Problemstilling: Privatpraktiserende psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med henvisningsdiagnoser.</p> <p>Forskningsspørsmål: 1) Hvordan beskriver et utvalg psykomotoriske fysioterapeuter sine vurderinger av behovene til pasienter som får behandling hos dem? 2) Hvordan passer disse vurderingene med henvisningsdiagnosen og dermed HELFO's statistikk?</p> <p>Teoretisk referanseramme: Studien har en fenomenologisk vitenskapsteoretisk forankring. Den er også forankret i teori om Norsk psykomotorisk fysioterapi, refusjonsordningen hos HELFO for fysioterapeuter i privat praksis, grunnlagsforståelse, profesjonsteorier og maktteorier.</p> <p>Metode: Oppgaven er en kvalitativ studie som har et eksplorativt og deskriptivt design. Det er gjort 4 intervjuer av kvinnelige psykomotoriske fysioterapeuter i privatpraksis ved hjelp av semistrukturert intervju og det er benyttet Malteruds (2003) "Systematiske tekstkondensering" for å analysere intervjuene.</p> <p>Hovedfunn og konklusjon: Informantenes erfaringer viser at det er pasienter med sammensatte problemer og ønske om en bedre hverdag som kommer til behandling. De vet ofte ikke helt hva de kan forvente eller hva de ønsker men de vil ikke ha det slik de har det og ønsker hjelp til "noe". Kroppen er sentral i psykomotoriske fysioterapeuters virke samt det å bruke tid. Studien viste også at det er grunn til å tro at det er en del skjult psykisk lidelse/uhelse fordi det ofte er muskel-skjelettlidelser som står som henvisningsdiagnose men at viser seg at det ofte er noe "psykisk" også. Studien påpeker at det at det er diskrepans i den vurderingen psykomotoriske fysioterapeuter gjør av pasienten som kommer til de og henvisningsdiagnosen pasienten kommer med. Dette kan igjen føre til en misvisende statistikk hos HELFO. Det kan synes som at henvisningsdiagnosen er basert på tilfeldigheter og uvitenhet. En forklaring på at det er slik kan være at henvisere og de psykomotoriske fysioterapeutene har ulik grunnlagsforståelse eller at det er mye uvitenhet rundt henvisningsordningen. En konsekvens av dette er at det kan gi et feilaktig bilde av psykomotorisk praksis i primærhelsetjenesten og danne et ufullstendig grunnlag for helsepolitiske prioriteringer.</p>	
Nøkkelord: Norsk psykomotorisk fysioterapi, psykomotorisk fysioterapeut, HELFO, henvisningsdiagnose, kvalitativ studie, systematisk tekstkondensering	

Name: Kari-Line Bakkene	Date: 15.09.2016
Title:	
Norwegian Psychomotor Physiotherapist in private practice experience with the diagnosis written on their patients referrals	
<p><u>Abstract:</u></p> <p><u>Aim:</u> This study aim to explore Norwegian psychomotor physiotherapist in private practice experience with the diagnosis written on their patients referrals.</p> <p><u>Background:</u> It is the diagnosis on the referral from the doctor, chiropractor or manual therapist, which is registrated at HELFO, the Healhteconomy Administration, when psychomotor physiotherapists claim Gouverment Welfare for their patient threatments. The psychomotor therapists own examination or opinion about the patient is not registred. The fact is HELFO make healthstatistics of the psychomotor physiotherapists work using the diagnosis written on the referrals and not by the examination made by the psykomotor physioterapist. My opinion is that it is a discrepancy between the psykomotor physiotherapist excamination of the patient versus the diagnosis written by the person who made the referral. This phenomenon will be further explored in this study.</p> <p><u>Research question:</u> Norwegian psychomotor physiotherapist in private practice experience with the diagnosis written on their patients referrals. 1) How do a selection of Norwegian psychomotor physiotherapist describe their rewievs of the needs of their patients treated by them? 2) How does the psychomotor physiotherapists examination fit compared to the diagnosis on the referrals and the statistics from HELFO?</p> <p><u>Theoretical frame:</u> This study is based on a phenomenological scientific theory. It is also based on theory about Norwegian psychomotor physiotherapy, HELFO (the Healhteconomy Administration), understanding of illness, profession theories and power theories.</p> <p><u>Method and design:</u> This study is a qualitative study with an explorative and descriptive design. Four psychomotor physiotherapist has been interviewed using a halfstructured interviewguide and the datamaterial has been constructed by transcription and analysed by using the "Systematic Textcondensation" by Malterud 2003.</p> <p><u>Main results and Conclusion:</u> The experience of the needs of their patients, the psychomotor physiotherapist interviewed had, was that it is mainly patients with "mixt problems" and a wish for a better life. They do not want life to be like it is now, but they do not know how to manage to change it. Sometimes they even do not know what to expect or what to ask for. The body is also important in the psychomotor physiotherapists examination of the patients as well as time. It occured that there were hidden psychiatric illness. This study pinpoint the fact that it is a discrepancy in the psychomotor physiotherapists excamination and the diagnosis on the patients referral and this may lead to a misleading statistics from HELFO. It seems like the referrals are based on coincidences and ignorance. An explanation why it is like this may be different view of health understanding or ignorance of the way the referrals are handled. This may cause a wrong picture of the work done by the psychomotor physiotherapists in health care and give a incomplete basis for healthpolitical priorities.</p>	
Key words:	
Psychomotor physiotherapist, Norwegian psychomotor therapy, Referrals, HELFO, Qualitative study, Systematic Textcondensation	

FORORD

Det er nå nesten uvirkelig å være i ferd med å avslutte denne prosessen som gjennomføringen av denne studien har vært. Til tross for at det til tider har vært krevende, oppgavene virket uovervinnelige og utfordringene store, har prosessen gitt mye lærdom. Det å få innsikt i kollegaers tanker om sin arbeidshverdag og hvordan de ser på sitt virke har vært inspirerende og lærerikt. I tillegg har jeg også lært mye om meg selv og hvordan det er å være i en oppgaveprosess.

Det er mange som har bidratt til at studien kunne gjennomføres. Først og fremst ønsker jeg å rette en stor takk til mine informanter, de 4 privatpraktiserende fysioterapeutene, som slapp meg så nært og delte åpenhjertig sine erfaringer. Det var en glede å besøke dere alle fire! Gode møter hver på sitt vis. Tusen takk til familie og venner som på ulike måter har gjort studien mulig å gjennomføre. Spesielt takk til min kjære ektemann for støtte, trøst, oppmuntring og for å ha holdt ut med meg. Til slutt, vil jeg rette en stor takk til min veileder, professor Stian Nissen Biong. Hjertelig takk for gode samtaler, din unike evne til å motivere, din grundighet og dine gode råd. Takk også for din ro, din tålmodighet og din evne til å forstå, at du har hatt tro på meg og aldri gav meg opp!

Asker, 2016

Kari-Line Bakkene

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	1
1.1 BAKGRUNN	1
1.1.1 <i>Organisering av fysioterapi i privat praksis med refusjonsrett fra HELFO</i>	1
1.1.2 <i>Klinisk forankring</i>	2
1.1.3 <i>Forankring i psykisk helsearbeid</i>	2
1.1.4 <i>Pilotundersøkelse</i>	3
1.1.5 <i>Norsk psykomotorisk fysioterapi - NMPF</i>	4
1.1.6 <i>Hvem er den psykomotoriske pasienten?</i>	4
1.1.7 <i>Diagnosesystemet</i>	5
1.1.8 <i>Legens henvisningsdiagnose vs den psykomotoriske fysioterapeutens vurdering</i>	6
1.1.9 <i>Organisering av norsk helsevesen</i>	6
1.2 AVGRENSNING AV OPPGAVEN	7
1.3 PROBLEMSTILLING, HENSIKT OG FORSKNINGSSPØRSMÅL	7
1.4 BEGREPSAVKLARINGER	8
1.4.1 <i>Psykomotorisk fysioterapeut versus psykomotoriker</i>	8
1.4.2 <i>Pasient</i>	8
1.4.3 <i>HELFO</i>	9
1.5 OPPGAVENS OPPBYGNING	9
 2.0 TEORI	 10
2.1 GRUNNLAGSFORSTÅELSE	10
2.2 PROFESJONSTEORIER	15
2.3 MAKTTEORIER	15
 3.0 METODE	 17
3.1 DESIGN	17
3.2 FORFORSTÅELSE	18
3.3 DATAINNSAMLING	19
3.3.1 <i>Inklusjonskriterier og utvalg</i>	20
3.3.2 <i>Intervjuguide og intervju</i>	21
3.4 ANALYSE	23
3.4.1 <i>Transkribering</i>	23
3.4.2 <i>Systematisk tekstkondensering</i>	23
3.5 ETISKE BETRAKTNINGER	25
3.6 METODISKE REFLEKSJONER	27
3.7 DATAKVALITET	28
3.7.1 <i>Validitet</i>	28
3.7.2 <i>Reliabilitet</i>	29
3.7.3 <i>Generaliserbarhet</i>	30
 4.0 RESULTATER	 31
4.1 PASIENTER MED SAMMENSATTE PROBLEMER OG ØNSKE OM EN BEDRE HVERDAG	31
4.1.1 <i>Sammensatte problemer</i>	31
4.1.2 <i>Ønsker hjelp til en bedre hverdag</i>	34

4.2 ET SYSTEM PREGET AV TILFELDIGHETER OG UVITENHET	37
4.2.1 <i>Tilfeldigheter</i>	37
4.2.2 <i>Uvitenhhet</i>	39
5.0 DISKUSJON	42
5.1 PASIENTER MED SAMMENSATTE PROBLEMER OG ØNSKE OM EN BEDRE HVERDAG	42
5.1.1 <i>Sammensatte problemer, relasjonsproblematikk og skjult psykisk lidelse</i>	42
5.1.2 <i>Kropp og smerter</i>	43
5.1.3 <i>Anerkjennelse</i>	46
5.1.4 <i>Tid</i>	47
5.1.5 <i>Kunnskap og hjelp til selvhjelp</i>	47
5.1.6 <i>Brobygger</i>	49
5.2 ET SYSTEM PREGET AV TILFELDIGHETER OG UVITENHET	50
5.2.1 <i>Henvisningsdiagnosen fungerer som inngangsbillett til PMF</i>	50
5.2.2 <i>Autonome fysioterapeuter uten autonomi</i>	51
5.2.3 <i>Fare for skjult psykisk lidelse i henvisningsdiagnosene</i>	52
5.2.4 <i>Misvisende HELFO statistikk</i>	52
6.0 KONKLUSJON	54
6.1 IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS.....	54
6.2 IMPLIKASJONER FOR VIDERE FORSKING	55
LITTERATURLISTE.....	56

1.0 INNLEDNING

Denne masterstudien utforsker og beskriver privatpraktiserende fysioterapeuter med driftstilskudd sine erfaringer med henvisningsdiagnoser.

1.1 Bakgrunn

Bakgrunnen for studien, er at jeg i mitt arbeid som privatpraktiserende psykomotorisk fysioterapeut har undret meg over at det er diagnosen henviser, lege, kiropraktor eller manuellterapeut, setter på pasientens henvisning til psykomotorisk fysioterapi, som registreres hos Helseøkonomiforvaltningen (HELFO), når jeg i min privatpraksis sender inn elektronisk refusjonskrav dit. Av disse refusjonskravene lages det statistikk om psykomotoriske fysioterapeuters virke, ut fra diagnosen pasientene har på henvisningen sin. Det er likevel fritt opp til den psykomotoriske fysioterapeuten å velge behandlingsform selv, uavhengig av diagnosen på henvisningen (Helsedirektoratet, 2012).

I Vidar Øiens mastergradsoppgave fra UiT 2013, ”Elektroniske refusjonskrav til HELFO- en kilde til kunnskap om psykomotoriske fysioterapeuter?”, kommer det frem at diagnosestatistikken i HELFOs database trolig ikke på noe nivå representerer psykomotoriske fysioterapeuters **vurdering** av pasientene. Han anbefaler blant annet at det er ytterligere behov for å forske på hele innholdet i HELFO databasen i forhold til psykomotoriske fysioterapeuter sin praksis. Dette blir i denne prosjektbeskrivelsen forstått som at det er nødvendig å se nærmere på psykomotoriske fysioterapeuter sine vurderinger av behovene til pasienter som får behandling hos dem og eventuelt på hvilken måte disse vurderingene står i forhold til henvisers diagnose og HELFO sin statistikk og eventuelt hvilke systemmessige konsekvenser dette kan ha?

1.1.1 Organisering av fysioterapi i privat praksis med refusjonsrett fra HELFO

I Norge finansieres fysioterapi med såkalte driftstilskudd slik at man kan drive en privat praksis med offentlig støtte til drift og med refusjonsrett for hver pasient man har. Driftstilskuddet er et fast beløp og betales ut fra kommunen og refusjonshonoraret er per pasient og per behandlingstype og tid som har vært brukt. For å komme til slik offentlig

støttet behandling hos fysioterapeut, må man ha en henvisning på en standardblankett fra lege, kiropraktor eller manuellterapeut. Henvisningen har et felt for pasientens diagnose(er) som henviser fyller ut. Det er diagnosen som denne setter på henvisningsblanketten som gir rett til behandling hos psykomotorisk fysioterapeut som leverer oppgjør til HELFO.

1.1.2 Klinisk forankring

Når det gjelder forskningsprosjektets kliniske forankring vises det til at det i studieplan for HBV Master i klinisk helsearbeid, studieretning psykisk helsearbeid, står at psykisk helsearbeid omfatter mer enn den profesjonelle virksomhet på feltet. I denne studieretningen rettes derfor fokuset på hvordan den psykiske helsen kan fremmes individuelt, på gruppenivå og samfunnsmessig, samt at arbeidet med å bedre psykisk helsearbeid forutsetter tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid, samarbeid på tvers av tjenestenivåer og at *studenten skal kunne reflektere og vurdere hvordan tjenestene bør organiseres, samt kunne reflektere over hvordan politiske føringer for psykisk helsearbeid påvirker praksis* (Studieplan for master i klinisk helsearbeid HBV, 2012-2016).

En ekspertgruppe ved National Institute of Health I USA (Fou-plan HISF, 2007-2010) definerer klinisk forskning blant annet med at det også kan være resultat- og helsetjenesteforskning.

Legger man ovenstående til grunn mener jeg at tema for oppgaven er innenfor klinisk helsearbeid.

1.1.3 Forankring i psykisk helsearbeid

Et tett samarbeid mellom psykiater Trygve Braatøy og fysioterapeut Aadel Bülow- Hansen var opphavet til det som er Norsk Psykomotorisk Fysioterapi (NPMF) i dag. Metoden ble utviklet i 1940 årene og hadde røtter i den psykodynamiske tradisjon sterkt inspirert av Reich. NPMF er en videreutdanning i psykisk helsearbeid innenfor fysioterapifaget og kreves for å kunne kalle seg psykomotorisk fysioterapeut eller med tilleggskompetanse, spesialist i psykomotorisk fysioterapi. NPMF henviser til en konkret metode, en behandlingsform og en måte å forstå kroppen på. Kjernen er nettopp samspillet mellom kroppslige og emosjonelle prosesser.

Det vises også til Studieplan 2012 – 2016 ved HBV der det står:

”Sammenfattet kan psykisk helsearbeid beskrives som en relasjonsbyggende og kommunikativ virksomhet som er rettet mot å fremme helse og redusere konsekvensene av psykiske helseproblemer og psykisk lidelse hos den enkelte og i befolkningen.”

Videre står det:

”Det fokuseres på hvilke tiltak som lindrer lidelse og motvirker funksjonshemminger”

Dette beskriver godt hvordan psykomotoriske fysioterapeuter opplever sin hverdag og sine arbeidsoppgaver.

1.1.4 Pilotundersøkelse

I mars 2015 gjennomførte jeg en enkel Pilotundersøkelse på ”Fysioterapikongressen 2015” på Lillestrøm. Det var 5 spørsmål som jeg ba psykomotoriske fysioterapeuter som jobbet i privat praksis og som hadde driftstilskudd besvare på et spørreskjema. Det kom inn 20 svar. Der kom det frem at 89,5 % anslår at det er muskel- og skjelettlidelser som er den hyppigste henvisningsdiagnosen, mens 10,5 % anslår at det er psykiske lidelser. På spørsmål om de opplever at henvisningsdiagnosen er i overensstemmelse med den diagnosen de mener passer pasientens problem svarer 68,4 % nei og 31,6 % ja. På spørsmål om hva de mente var den hyppigste årsaken til at de kom til behandling svarte 42,1 % at det var muskel- og skjelettlidelser, 42,1 % at det var psykiske lidelser og 15,8 % at det var annet. Så ble de spurt om hvor stor prosentandel av pasientene som kom til de som hadde et traume og da svarte de at ingen trodde det var > 10 % av pasientene, 15,8 % trodde det var 11-30 % av pasientene, 10,5 % trodde det var 31-50 %, 42,1 % trodde det var 51-70 % av pasientene, 21,1 % trodde det var 71-90 % av pasientene og 10,5 % trodde det var over 91 %.

Det at det var så mange som 68,4 % av de spurte som ikke mener at henvisningsdiagnosen er i overensstemmelse med den diagnosen de mener passer pasientens problem velger jeg å tolke dette som et fenomen det er nyttig å se nærmere på.

1.1.5 Norsk psykomotorisk fysioterapi - NPMF

NPMF er som navnet sier en norsk metode utviklet av et tett samarbeid mellom psykiateren Trygve Braatøy (1904 - 1953) og sykegymnasten (det het det før det ble fysioterapeut) Aadel Bülow-Hansen (1906 - 2002) på 1940 tallet. Den henviser til en konkret metode, en behandlingsform og en måte å forstå kroppen på. Kjernen er nettopp samspillet mellom kroppslige og emosjonelle prosesser. Lokale problemer sees i sammenheng med kroppen for øvrig og endringer et sted vil ha potensiale til å kunne påvirke hele kroppen. Sentralt i dette står teorien om at muskelspenninger, følelser og respirasjon er uløselig knyttet til hverandre.

NPMF en videreutdanning for fysioterapeuter innen psykisk helsearbeid og kreves for å kunne kalle seg psykomotorisk fysioterapeut. Nå er det blitt en utdanning på masternivå. For å bli spesialist i psykomotorisk fysioterapi kreves ytterligere en eller to års veiledet praksis innen spesialistfeltet og et 24 timers nettbasert kurs i veiledning. Medlemsskap i Norsk Fysioterapeutforbund er en forutsetning (NFF, 2016).

1.1.6 Hvem er den psykomotoriske pasienten?

Det er ikke forsket mye på hvem som kommer til psykomotorisk fysioterapi, ei heller hvorfor de kommer. Etter å ha søkt i de store databasene, søkt sammen med bibliotekaren og etter en forelesning med Professor Stian Biong, kom vi sammen til at jeg også måtte ta med handsøk og «Grey litterature». Det har heller ikke vært aktuelt å bruke PICO skjema da det ikke ga noen treff. Det har i tillegg blitt søkt i databasene SweMed+, PubMed, PsychInfo, PEDro, NORA samt i Tidsskriftet Fysioterapeuten, FYSIOPRIM og referanselisten til Masteroppgaven til Vidar Øien (UiT). Søkeordene var ”Psykomotorisk fysioterapeut”, ”Norwegian psychomotor physiotherapy”. Google er også benyttet. Jeg trengte ikke kombinere med andre søkeord da det var så lite resultater på kun psykomotorisk fysioterapi. Likevel, det skal nevnes at underveis i arbeidet med masteroppgaven har det dukket opp flere treff enn for 2 år siden da vi startet. Et eksempel er søk i NORA som 1.11.2014 ga 20 treff gir 8.9.2016, 32 treff. Det er fortsatt ikke de store tallene, men det øker.

Det går igjen at det er muskel- og skjelettlidelser som er den største gruppen, ofte mangeårige plager og mest kvinner (Breitve, Hynninen og Kvåle, 2008). Hvorfor man kommer til psykomotorisk fysioterapi kommer ikke frem i offentlige data fra HELFO, men kan finnes i

rådata fra HELFO. Da er det legens diagnose som er lagt til grunn (UiT, Gretland, 2011). Hun fant ved å analysere dette materialet at det var 41,1 % som hadde en muskel- og skjelettdiagnose og 23,0 % som hadde en psykisk lidelse (ibid.).

Fysioprim, et forskningsprogram om muskel- og skjelettlidelser og fysioterapi i primærhelsetjenesten, har et prosjekt om ”systematisk registrering av data i fysioterapiprivatpraksis”. Resultatet av denne forventes å komme snart, men har ikke kommet da oppgaven leveres (Fysioprim, 2016).

1.1.7 Diagnosesystemet

Den internasjonale diagnoseklassifikasjonen for primærhelsetjenesten er ICPC-2. Den eies av World Organization of Family Doctors (Wonca). Helsedirektoratet har den norske lisensen og vedlikeholder nettsiden hvor den gjeldende versjon av kodeverker finnes, på vegne av Wonca International Classification (WICC) (Direktoratet for ehelse, 2016). §2 i Forskrift om utgifter til fysioterapi (Lovdata, 2012) presiserer det at det må oppgis nøyaktig diagnoser og resultater fra foretatte undersøkelser gjort av henvisende behandler. Ved innsending av refusjonskrav til HELFO er den psykomotoriske fysioterapeuten pålagt å påføre diagnosen fra henvisende behandler.

Selve diagnosesystemet, ICPC-2, har sine røtter i en biomedisinsk sykdomsforståelse, der undersøkelse og behandling er rettet mot avgrensede strukturer og biologiske prosesser (Sosial- og helsedirektoratet, 2004).

ICD-10 (ICD-11) er den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer (Direktoratet for ehelse, 2016). Denne brukes av spesialisthelsetjenesten.

Et annet diagnosesystem som også brukes innen psykisk helsearbeid er DSM systemet, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, utarbeidet av American Psychiatric Association. DSM-I kom i 1952 og hadde da 60 diagnoser. I dag har den femte utgaven kommet, DSM-V med over 400 diagnoser.

1.1.8 Legens henvisningsdiagnose vs den psykomotoriske fysioterapeutens vurdering

Det var lite å finne om dette emnet, men Vasseljen & Hansen (2002) fant at i små studier for fysioterapi generelt hvor legens og fysioterapeutens diagnoser er registrert, viser det seg at disse varierer i betydelig grad.

1.1.9 Organisering av norsk helsevesen

Privatpraktiserende psykomotoriske fysioterapeuter er en del av den offentlige helsevesen i Norge. De befinner seg lang nede i et offentlig hierarki. Det er naturlig å se litt på hvor vi befinner oss i dette hierarkiet og hvilken sykdomsforståelse som råder. Det er også interessant for oppgaven å se litt på profesjonsteorier, da helsevesenet på mange måter er et system av profesjoner.

Verdens helseorganisasjon (WHO) er overordnet Norsk helsevesen. De nedfelte i sitt Ottawa charter fra 1986 følgende (World Health Organization, 1986):

”Reorienting health services also requires stronger attention to health research as well as changes in professional education and training. This must lead to a change of attitude and organization of health services, which refocuses on the total needs of the individual as a whole person“.

Det norske helsevesen består av flere organisasjoner hvor staten har det overordnede ansvar og også eierskap igjennom Helse- og omsorgsdepartementet. Det første, essensielle skillet ligger mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Primærhelsetjenesten har ansvar for landets sykehjem, legevakter, fastleger mm. Spesialisthelsetjenesten er ansvarlig for sykehus, legespesialister og ambulansetjeneste. Fysioterapeuter jobber på ulike nivåer i helsetjenesten men i denne oppgaven er det privatpraktiserende psykomotoriske fysioterapeuter i kommunen, altså i primærhelsetjenesten, det dreier seg om.

Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid, St. meld nr. 47 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008) beskriver “et kompetent helsepersonell – i alle deler av tjenesten”. Samhandlingsreformens problemforståelse viser at tilgjengelige ressurser i framtida må benyttes annerledes enn i dag. De mener de må skje en utvikling og en endring slik at rammebetingelser og praksis enda bedre tilpasses de politiske målene. Videre nevnes

det at tidlig intervensjon er viktig og at mange profesjoner kan være med på å bidra i dette arbeidet.

I Meld. St. 26, Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015), står det at “utfordringsbildet tilsier at det er behov for kapasitets- og kvalitetsheving på alle nivåer, fra forebygging, tidlig innsats gjennom lavterskeltilbud, oppfølging av personer med lettere til moderate lidelser, hevet prioritering og fortsatt omstilling i spesialisthelsetjenesten og bedre oppfølging etter utskrivelse bl.a. gjennom styrket samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste.”. Det ble også foreslått at det skal være direkte tilgang til fysioterapibehandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Det ble ikke vedtatt.

Regjeringens politikk er å inkludere psykisk helse som en likeverdig del av folkehelsearbeidet sies det i St. meld. Nr 19, Folkehelsemeldingen – mestring og muligheter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014-2015).

1.2 Avgrensning av oppgaven

Dette er en mastergradsstudie innen psykisk helsearbeid og det vil derfor ikke være detaljerte beskrivelser om psykomotorisk fysioterapi (NPMF) slik det ville vært om denne oppgaven var skrevet innenfor masterstudie i psykomotorisk fysioterapi.

1.3 Problemstilling, hensikt og forskningsspørsmål

Problemstilling:

Privatpraktiserende psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med henvisningsdiagnoser.

Studiens hensikt

Denne studien søker å utforske privatpraktiserende psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med henvisningsdiagnoser, særlig hvordan henvisningsdiagnosen pasienten kommer med fra legen, kiropraktor eller manuellterapeut står i forhold til hva den psykomotoriske fysioterapeuten opplever er pasientens lidelse/problem. Hensikten vil være å utvikle kunnskap om disse erfaringene. Mitt litteratursøk viser at det mangler kunnskap om

dette feltet. Studien vil således ha relevans for å beskrive og gi innsikt i psykomotoriske fysioterapeuters virkefelt innen psykisk helsearbeid og klinisk helsearbeid. Det vil også rettes et søkelys mot mulige systemmessige konsekvenser.

Forskningsspørsmål som vil bli forsøkt belyst ved hjelp av semistrukturerte intervju er:

- Hvordan beskriver et utvalg psykomotoriske fysioterapeuter sine vurderinger av behovene til pasienter som får behandling hos dem?
- Hvordan passer disse vurderingene med henvisningsdiagnosen og dermed HELFO's statistikk?

1.4 Begrepsavklaringer

Jeg finner det nødvendig for forståelsen av oppgaven å klargjøre begrepene, psykomotorisk fysioterapeut versus psykomotoriker, pasient og HELFO.

1.4.1 Psykomotorisk fysioterapeut versus psykomotoriker

Psykomotoriker er et begrep som ble brukt mye tidligere om de som utøvet psykomotorisk fysioterapi og brukes i dagligtale om hverandre med psykomotorisk fysioterapeut. Selv opplever jeg det som problematisk for vår profesjon at det er to benevnelser og tenker at vi er best tjent med en benevnelse. Det ble gjort en rask research på NFF's Faggruppe for psykomotorisk fysioterapi sin lukkede gruppe på facebook. Der vi stemte over hva vi som er medlemmer der tenkte var den mest korrekte benevnelsen, og da ble det overlegent flertall for psykomotorisk fysioterapeut. Ca. 100 svarte. Jeg forstår at psykomotoriker kan være enklere å si, men det viser ikke til at vi er fysioterapeuter i bunnen. Det vil derfor i denne oppgaven kun bli benyttet psykomotorisk fysioterapeut som begrep om informantene. De kalte seg da også psykomotoriske fysioterapeuter. Ellers ville jeg ha måttet respektere at de var psykomotorikere.

1.4.2 Pasient

I oppgaven vil jeg benytte begrepet pasient om de som kommer til behandling hos psykomotorisk fysioterapeut. Ordet pasient kommer fra latin, *patiens*, og betyr en som lider eller utholder (Yalom, 2009).

1.4.3 HELFO

Helfo er en ytre etat under Helsedirektoratet. De forvalter oppgjør til behandlere, leverandører og tjenesteytere, samt individuell refusjon av privatpersoners utgifter til blant annet legemidler, tannhelse og helsetjenester i utlandet (HELFO, 2016). I denne oppgaven er HELFO aktuell som den som utbetaler refusjon til psykomotoriske fysioterapeuter i privat praksis med driftsavtale.

1.5 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er bygget opp på følgende måte. Kapittel 1 redegjør for bakgrunn for oppgaven, avgrensning, problemstilling, studiens hensikt og forskningsspørsmål, begrepsavklaringer samt oppgavens oppbygging. Aktuell teoretisk referanseramme vil belyses i kapittel 2, herunder grunnlagsforståelse, profesjonsteorier og maktteorier. I kapittel 3 vil det redegjøres for design, forskerens forforståelse, datainnsamling, analyse, etiske betraktninger, metodiske refleksjoner og datakvalitet. Resultatene fra analysen av datamaterialet fra de transkriberte forskningsintervjuene vil presenteres i kapittel 4. I Kapittel 5 vil studiens funn diskuteres i lys av teoretisk referanseramme og tidligere forskning. Konklusjonen på oppgaven kommer i kapittel 6 samt implikasjoner for praksis og videre forskning.

2.0 TEORI

Det teoretiske rammeverket for oppgaven vil være grunnlagsforståelse, profesjonsteorier og maktforhold. Jeg vil i tillegg anvende ytterligere teori om grunnlagsforståelse i diskusjonen.

2.1 Grunnlagsforståelse

”Da galskapen ved slutten av 1700-tallet ble konstituert som sinnssykdom, var dialogen brutt, separasjonen allerede utført. Alle de stotrende, ufullstendige ordene uten syntaks, som uttrykte enheten mellom galskap og fornuft, ble støtt ut i glemselen. Psykiatriens språk, som er fornuftens monolog over galskapen, kunne bare opprettes på grunnlag av en slik stillhet (Foucault, 2006, i Ekeland, 2014).”

Den grunnlagsforståelsen vi har i dag i norsk helsevesen kan belyses ut fra disse ordene til Foucault (ibid.) Fra 1700-tallet om frem til 1980 tallet har det vært preget av en historie med en rekke somatiske kurer for å få orden på galskapen (Ekeland, 2014). Metodene som ble brukt var mekaniske sjokktiltak som fall-lem, tredehjul og svingmaskin, samt forskjellige badeterapier og fjerning av organer som livmor, eggstokker, testikler og galleblære for å nevne noe. Det ble også gjort bruk av sjokkterapi ved hjelp av insulin, brekkmiddel etc. (ibid, 2014). En annen eksperimentell behandling var lobotomi. Denne behandlingsformen førte til at Ega Moniz i 1949 fikk Nobelprisen i medisin. ECT, elektroshokk, hadde og sin storhetstid og brukes fortsatt. Ekeland (2014) mener at fortidens feilsteg handler om så mangt, men kanskje først og fremst om de epistemologiske feilene som var med å skape denne praksisen. Det biomedisinske kunnskapsprosjektet legger til grunn en naturalisert oppfatning av sykdom – det at både diagnose og behandling skal forankres i vår forståelse av den biologiske kroppen som natur (ibid.)

”Tanken om at god diagnostikk må bygge på kunnskap om sammenhenger på ulike nivåer, og at man først må kunne avgrense/kategorisere sykdommer deskriptivt, deretter må reliabel klassifisering peke på en kunnskap om etiologi, om en underliggende patologi, utvikling og prognose om hvilken terapi som virker vil føre til at den erfarende, opplevende og historiske kroppen faller utenom (Ekeland, 2014)”

En kan si at reformen innen psykisk helse startet med St. meld. Nr. 25, Åpenhet og helhet (Sosial- og helsedepartementet, 1997). Deretter kom Opptappingsplanen for psykisk helse

(Sosial- og helsedepartementet, 1998). Ekeland (2014) tolker denne som et forsøk på å gjeninnføre ”den gale” til et subjekt (ibid). Det skulle gjøres ved å endre hovedfokus fra lidelsen til fokus på mennesket med psykiske lidelser og deres livssituasjon. ”Psykiatriske pasienter” skulle oppfattes som subjekt og aktører. En følge av dette var at samfunnet påla seg selv å ha en ambisjon om å legge til rette for brukervedvirkning, integrering og medborgerskap (Ekeland & Bergem, 2006). Likevel gikk det ikke helt slik og man kan si at en objektivisering av psykiatriske pasienter i stedet skapte avstand til det fellesmenneskelige. Ser man det fra hjelperens perspektiv kan faren ved å redusere den andre sin subjektivitet være at man samtidig reduserer den andre som medmenneske, altså ”et menneske som meg selv” (Ekeland, 2014). Ekeland skriver at Opptrappingsplanen snakker varmt for subjektposisjonen, men at objektiviseringen er nissen som flytter med på lasset (Ekeland, 2011).

Husserl holdt i 1935 en forelesningsrekke om ”The Crisis of European Sciences and Psychology”, hvor krisa nettopp var den skjebnesvangre utskillingen av en prediktiv naturvitenskap fra en verden av menneskelig erfaring. Han mente vitenskapen så bare kjensgjerningene men ikke meningsaspektet ved tilværelsen (Ekeland, 2014). Ifølge Husserl kunne ”sann erkjennning” ikke omgå subjektiviteten, men måtte arbeide seg igjennom den (ibid.). Husserls tilbud om kriseterapi var altså fenomenologien (Carr, 1987).

Ifølge Ekeland er krisa i psykiatrien her fremdeles og grunnen til dette er at den bygger på epistemologisk feil. Han mener sammenblanding av objektontologi og subjektontologi er en epistemologisk feil. Med objektontologi mener han et terreng som eksisterer uavhengig av oss (som den fysiske verden), og som blir påvirket av kunnskapene (kartene) våre. Altså en verden vi stiller oss på utsiden av i en ikke- kommunikativ tilstand (Ekeland, 2011a).

Subjektontologi referer derimot til en verden der fenomen som ikke kan eksistere uavhengig av oss, de er enten skapte av oss, eller de kommer til verden gjennom vår bevissthet og vår fortolkning av de. Når subjektet blir objekt, Det blir nektet posisjonen som ”a speaking I” og blir stumt. Avstanden til den andre som subjekt øker i tillegg risikoen for kontroll og manipulering og instrumentelle tilnærminger i såkalte behandlinger der ”målet kan hellige midlet” og igjen gi krenkende konsekvenser for pasienten (Ekeland, 2014). Videre sier Ekeland at biologisk kunnskap selvsagt er relevant, men at det er epistemologisk og etisk liten legitimitet for at biologi bør være førsteprioritet når mennesker sliter med følelser, tanker og væremåter som gir et vondt liv. Dette medfører at vi heller ikke da vedkjenner aktørens subjektposisjon ved at han har overbevisninger, vilje, ansvar, ønske og håp. Han mister de

egenskapene som er menneskelige og det blir vanskelig å være *medlidende* (ibid.). Poenget hans er at man må rette fokus mot personen ikke ”sykdommen”.

Karlsson og Borg (2013) mener at :

”En person som opplever uhelse, skal ses som et helt menneske med egne ressurser og egen kompetanse i sin konkrete livssituasjon, og ikke møtes eller omtales på måter som bidrar til stigmatisering, selvstigmatisering eller sosial utstøting.”

I tillegg påpeker de at diagnosesystemer som ICD og DSM etter deres oppfatning er mangelfullt og tidvis snevert (Karlsson & Borg, 2013).

Yalom sier:

”Den tid vil utvilsomt komme da diagnoselisten til DSM-IV, som nå er så lang som menyen på en kinarestaurant, vil se absurd ut for psykiatriske helsearbeidere (2009)”.

En annen faktor som styrer helsevesenet er at det fra 1980 tallet ble satt krav til effektivisering og modernisering av offentlig sektor på dagsordenen. Etter hvert kom New Public Management som gjennom markedsimitasjon gjør klinisk virksomhet til ”produksjon”. Klinikeren er ikke bare kliniker men også en økonomisk aktør (Bretteville-Jensen & Kaarbøe, 2004). Hatling (2015) på sin side mener at klinikeren på ingen måte er altruistisk og alltid vært opptatt av eneinteresse og også har vært en økonomisk aktør, bare at de ikke har vært seg det bevisst. Han skriver videre at:

”Når behandlere i en poliklinikk eller privatpraktiserende psykologer eller psykiatere prioriterer få og lange pasientforløp framfor mange og korte, handler det også om prioritering av økonomiske ressurser: Behandling blir mindre tilgjengelig for de som står i kø for å få et tilbud (ibid.).”

Ekeland (2015) er også enig i at profesjonene er interessegrupper men at det er en grov fornærmelse mot tusenvis av helse- og sosialarbeidere at det bare er egeninteressen som skulle motivere de i sitt daglige virke. ”Ta faget tilbake” oppropet skrevet av Wyller et al (2013) i Tidsskriftet for den Norske legeförening, og som resulterte i Helsetjenesteaksjonen, tyder på at det er mer enn egeninteresser dette handler om.

Thornquist (2003) mener oppfatningen av hva helse er vil variere fra kultur til kultur, fra person til person og med vårt menneskesyn. Erfaring samt faglitteratur tilsier at det er viktig å tenke og handle ut fra et helhetlig menneskesyn når en arbeider med mennesker (Hummelvoll & Dahl, 2012). Antonovsky (1923 - 1994) er opphavsmannen til teorien om salutogenese. Altså hvordan forestillinger om hvordan helse blir til. Salutogenese er dannet av det latinske ordet *salus*, som betyr helse eller sunnhet og det greske ordet *genesis*, som betyr opprinnelse, tilblivelse (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Salutogenese er knyttet til en helhetlig teori, og teorien legger vekt på faktorer som demper, letter eller fjerner stressorer (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Helse oppfattes som en livslang prosess, med en bevegelig tenkt helselinje med ytterpunktene god helse og uhelse (ibid.). For å gi en forståelse av hva som bringer helse innførte han begrepet, Sense of Coherence (SOC). Begrepet innebærer at man må oppnå følelse av sammenheng i livet, og det oppnås ved det å kunne forstå situasjonen jeg befinner meg i, ha tro på at jeg kan finne frem til løsninger og finne mening i forsøket på å gjøre det (Antonovsky, 2012).

I de siste årene har begrepet Recovery fått innpass innen psykisk helsearbeid. Det er ikke et nytt begrep men oppmerksomheten rundt det er nytt. Det forhold at mennesker faktisk “kommer seg” etter alvorlige psykiske erfaringer og problemer. Begrepet er uensartet beskrevet og refererer ikke til noe bestemt behandlingstilbud, intervensjon eller omsorgsetisk perspektiv (Borg & Karlsson, 2011).

Biong sier i et intervju om recovery med NAPHA (2012) at:

“Det viktigste er at forståelsen og oppgaveløsningen tar utgangspunkt i folks håp og ambisjoner. Hvilke verdier har personen? Hva ønsker hun eller han å oppnå? Hvilke ressurser har hun eller han? Hvis vi er mer nysgjerrige og interesserte i det som fremtrer for oss enn av diagnosene, kan vi finne fram til det som gir mening for hver enkelt”

Når det gjelder psykomotorisk fysioterapi ble metoden opprinnelig til innenfor den psykodynamiske tradisjon. Metoden har nær 70 års historie og da den kom stod behandlingen i kontrast til tradisjonell fysioterapibehandling og møtte mye motstand i 40 – 50 årene (Thornquist & Bunkan, 1995) Mens et positivistisk vitenskaps- og menneskesyn dominerte, sto Braatøy for en humanistisk og holistisk erkjennelsestradisjon i medisinen, og ønsket å bryte ned skillet mellom psykologi og biologi (Meland, Vollset & Nessa, 2004).

Metoden er også inspirert av Wilhelm Reichs (1897-1957) tidlige teorier, og tanker om den emosjonelle kroppen, gav grunnlag for både Norsk psykoanalyse og Norsk psykomotorisk fysioterapi. Braatøy tok senere avstand fra Reich, og ifølge Thornquist (2006) lot han seg inspirere av ulike former for psykodynamisk teori.

Grunnleggerne, Bülow-Hansen og Braatøy, var nysgjerrige på det mennesket de hadde foran seg, de tok utgangspunkt i den virkelighet pasienten beskrev og det de selv observerte. De satt ikke den etablerte medisinske kunnskapen og teorien først med andre ord. Pasientene selv, deres fortellinger og det kroppslige uttrykket var viktige kilder til informasjon (Thornquist & Bunkan, 1995, Thornquist, 2006).

I ettertid er det lett å kritisere deler av Braatøys teorigrunnlag, mener Thornquist (2006). Den tradisjonelle psykoanalytiske referanserammen han posisjonerte seg innenfor er i dag forlatt, og de (nevro)fysiologiske forklaringsmodellene han brukte er ikke lenger holdbare (ibid, 2006). Det som står fast er hans fokus på kroppen som uttrykksfelt. Altså forståelsen av kroppslige manifestasjoner som uttrykk for hvordan individet håndterer sin virkelighet. Av dette følger et behov for å individualisere undersøkelse og behandling, samt betydningen av å fange opp pasientens meddelelser både kroppslige og verbale. Det å bremse respirasjon blir i NMPF sett på i de fleste tilfeller som et uttrykk for tilbakeholdt emosjon eller en bremsing av følelser (Øvreberg & Andersen, 2002, Bunkan; 2008; Thornquist, 2003). Eller med andre ord, vi bremser og regulerer sterke følelsesuttrykk med kroppen, via pust og muskulatur. I klinisk tilnærming betyr dette at vi ikke har avspenning og smertefrihet som mål, men snarere etterstreber fleksibilitet og omstillingsevne – en ledig kropp i balanse (Thornquist, 2006). Den teoretiske forankringen blir derfor ut fra det ovenstående mer knyttet til et kroppsfenomenologisk menneskesyn, hvor kropp og sinn anerkjennes som uløselig knyttet til hverandre og til individets livsverden (Thornquist, 2003; Bengtsson, 1998).

Ottersen og Thornquist (2015) gjorde et studie hvor de undersøkte et utvalg styringsdokumenter i psykisk helsearbeid hvor de mener det er grunn til å etterlyse økt oppmerksomhet på kroppen og sammenhenger mellom psykisk og somatisk helse. De mener at det kan være slik at kroppen tas for gitt og at deres analyse har problematisert denne ”selvfølgeligheten” som står i sterk kontrast til oppmerksomheten kroppen vies i dagens samfunn.

2.2 Profesjonsteorier

En måte å betrakte fysioterapeuters, og i denne oppgaven, psykomotoriske fysioterapeuters, virke på er å se på de i lys av profesjonsteorier. Profesjoner kan defineres som: "En yrkesgruppe som ønsker å fremstå som et selvstendig fag og yrke i forhold til andre yrkesgrupper, og med kontroll og autoritet over eget fag og arbeidsfelt" (Sommervold, 1997). Man kan si at profesjoner forvalter et felles kulturfellesskap som innebærer at den gitte profesjonen deler felles erfaringer, identitet og verdisyn (Schjølz, 2003). I et profesjonssystem ses de profesjonelle som innbyrdes forbundet med hverandre i et gjensidig avhengig system som vanlig også er et hierarkisk system (Abbott, 1988). I det hierarkiske systemet er profesjonen tuftet på ulik teoretisk og empirisk kunnskap, der de mer teoretisk baserte profesjonen plasserer seg øverst i yrkeshierarkiet mens de empirisk orienterte plasserer seg lenger ned i hierarkiet (Schjølz, 2003). I denne systemtankegangen er det en slags forståelse av at ulike profesjoner har ulike myndighetsområder over arbeidsoppgaver. Myndighetsområdene er ikke statiske og er stadig gjenstand for forhandling og reforhandling. Defineringen av hvilken yrkesgruppe som har tilgang og krav på et myndighetsområde vil således endre seg over tid (Sommervold, 1997). Et godt eksempel på dette var reformen om enhetlig ledelse, der sykepleierne, ved offentlig lov ble gitt posisjoner som inntil da var forbeholdt legene. Et annet eksempel er at fysioterapeuter med videreutdanning, master, i manuellterapi har fått sykmeldingsrett og henvisningsrett. Det har fått status som "Primærkontakter". Slike prosesser er ofte ikke frie for konflikter og det er innlysende at flytting av tradisjonelle skillelinjer setter i gang sosiale prosesser. I profesjonslitteraturen ville man kalle slike konflikter for jurisdiksjonskonflikter. Jurisdiksjon betyr veldig enkelt sagt en profesjons myndighetsområde. Jurisdiksjon kan forstås som en prosess der ulike profesjoner kjemper om samme arbeidsområder eller myndighetsområder (Erichsen, 1996).

2.3 Maktteorier

Det finnes mange syn på hva makt er. Bourdieu (1996) sier at makt potensielt kan finnes i alle former for relasjoner. Han satte søkelys på fordekte maktforhold i samfunnet. Det virker logisk, men på hvilken måte utspiller dette seg? Engelstad (1999) mener at et hvert samfunn er avhengig av maktforhold og komplekse samfunn er avhengig av komplekse maktforhold. I denne oppgaven tenker jeg det kan være interessant å se på modellmakt (Bråten, 1983) siden det er finansieringsmodellen for fysioterapeuter, det at det sendes inn oppgjør til HELFO, som er bakgrunnen for at jeg ønsker å se på privatpraktiserende psykomotoriske fysioterapeuters

erfaringer med henvisningsdiagnoser. Samtidig finner jeg også Freidsons (2001) begrep ”professionalism” som aktuelt for oppgaven.

Stein Bråten (1983) kom med en bok i 1983 hvor han introduserer begrepet modellmakt. I dette begrepet ligger det at ulike aktører vil ha ulik modellstyrke innenfor et saksområde. Det er pasientens sykdom som er saksområde i denne sammenheng. Den modellsterke har kontroll over begrepsapparat og relevante perspektiver og dette gjør at den uvitende spiller med på den dominerende sine premisser innenfor det gitte saksområdet (ibid.). Både Bråten (1983) og Bourdieu (1996) er opptatt av at det er den modellsterke som hersker i sitt felt. I denne oppgaven blir det relevante at det er henviserne, legene først og fremst og etter hvert også kiropraktorer og manuellterapeuter, som er de dominerende og at modellmakten eksisterer i diagnosene. Bråten (1983) sier videre at den modellsvake vil ofte søke å tilpasse seg den modellsterkes normer og forståelsesrammer. Ut fra dette kan dialogen rundt et saksområde lett bli en monolog, og Bråten (ibid.) påpeker derfor viktigheten av tilgang på andre kilder og åpenhet rundt definisjonen av et saksområde. Likevel må det påpekes at det ikke i dette studiet er ment at det er likhetstegn mellom henvisernes praksis og virke, og deres henvisningsdiagnoser. Det er en annen diskusjon.

Freidson (2001) definerer dette begrepet med at en organisert faggruppe har makt til å bestemme hvem som er kvalifisert til å utføre et definert sett oppgaver. Det ligger også i begrepet at de har makt til å forhindre andre i å utføre disse oppgavene samt å avgjøre selv hvilke kriterier som deres arbeid skal måle opp mot Disse tre nevnte faktorene for profesjoners utvikling er skjematiske og idealiserte, de utelukker ikke hverandre og alle er aktive samtidig, men i varierende grad. Videre sier Freidson (ibid.) at det viktige er profesjonen evne til å legitimere seg i det offentlige rom. En profesjon må opptre kommunikativt og faglig demonstrere autoritet. Hvis ikke vil de undergrave sin kompetansepresentasjon (ibid.).

3.0 METODE

I dette kapittelet vil det bli gjort rede for design, forskerens forforståelse, datainnsamling, analysen med transkribering, etiske betraktninger og datakvalitet med tanker om reliabilitet, validitet og generaliserbarhet.

3.1 Design

Malterud (2003) sier man kan bruke kvalitative metoder til å vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Videre sier hun at man kan lete etter levende kunnskap i sin naturlige sammenheng ved å inngå i de sammenhenger det gjelder.

Den teoretiske referanserammen vil være dekket av fenomenologien. Jeg ønsker å studere et fenomen på et gitt tidspunkt i tiden (Thornquist, 2003). Relevansen for dette i oppgaven vil være å få frem meningene til informantene, vise lojalitet ovenfor informantens synsvinkel, lete etter mening i det innsamlede datamaterialet samt anerkjenne forskerens innflytelse på intervjusituasjonen og forskningsprosessen (Kvale & Brinkmann, 2009). Malterud (2015) mener at erfaringen og bakgrunnen vi tar med oss inn i forskningsprosjektet kan beskrives som vår forforståelse. Forforståelsen og faglig ståsted vil prege forskerrollen i oppgaven og kunnskapen som søkes.

Husserl baserte fenomenologien om den sosiale verden (Kvale & Brinkmann, 2009). Han introduserte begrepet epoché – å sette i parentes. Eller også kalt fenomenologisk reduksjon (Thornquist, 2003). Tranøy referert i Thornquist (2003) skriver at begrepet epoché står for evnen til, i en spesiell forstand, å ta avstand fra andre egeninteresser enn den rent erkjennelsesmessige. Man må sette parentes rundt sine egne personlige interesser. Det er nettopp dette som blir en utfordring når intervjuene skal gjøres og analysen skal foretas men likevel ønskes å etterstrebese.

Ut fra dette perspektivet blir oppgaven en kvalitativ studie som har et eksplorativt og deskriptiv design. De transkriberte dataene fra intervjuene vil danne utgangspunkt for analysen av studien. Oppgaven er et selvstendig mastergradsprosjekt.

3.2 Forforståelse

Bakgrunnen og erfaringen vi tar med oss inn i prosjektet kan vi kalle vår forforståelse (Malterud, 2003). Thornquist (2003) beskriver det som brillene vi betrakter verden gjennom. I følge Johannessen et al. (2010) møter alle mennesker verden med mer eller mindre ubevisste oppfatninger om virkeligheten, som man bruker til å tolke det som foregår rundt en. Det gjelder forskere også slik at hva forskeren fokuserer på, hvordan det forskeren observerer vektlegges og tolkes, påvirkes av denne ”forhåndsoppfatningen”, som også kalles forforståelse.

I møte med datamaterialet i fenomenologiske analyser, forsøker forskeren å sette sin egen forforståelse og forutsetninger i parantes (Malterud, 2003). Hensikten er å kunne gjenfortelle informantenes opplevelser og meningsinnhold, og arbeide erfaringsnært (ibid.).

Jeg er utdannet psykomotorisk fysioterapeut og har bakgrunn fra 12 år som Spesialfysioterapeut ved et psykiatrisk sykehus, etter hvert klinikk for psykiatri, her på Østlandet. Deretter jobbet jeg 4 år ved en privatklinikk med både psykosomatisk avdeling og fysikalsk medisinsk avdeling. De siste 5 årene har jeg jobbet i psykomotorisk privatpraksis med driftstilskudd i kommunen. Jeg la merke til fra de første pasientene som kom til meg at henvisningsdiagnosen ofte kun var en slags inngangsbillett til å komme i behandling. Jeg konfererte med kollegaer og det virket som om det var noe man ikke skulle bry seg om, det viktige var at henvisningen var gyldig. Slik at det ikke ble noe tull med HELFO – altså at man fikk refusert for behandlingen man gjorde og at den ikke ble avvist fra HELFO. Da ble det mye ekstraarbeid ved neste oppgjør. Man måtte ringe legen igjen og få ordnet ny henvisning etc. Dette var tidkrevende. Jeg refererer en kollega: “Det har jo ikke noe å si for behandlingen, vi star fritt til å velge den behandlingen vi mener er best”. Akkurat slik oppfatter jeg mine kollegaer. Så lenge det ikke går ut over pasienten er alt såre vel. Da har vi gjort det beste. Men- jeg liker at systemer virker som de skal og det tente min gnist til å se videre på dette fenomenet.

Før jeg startet med intervjuene skrev jeg ned hva jeg forventet å finne hos informantene: En viss kjennskap til HELFO men kanskje ikke at det lages statistikk ut fra oppgjøret de sender inn. På bakgrunn av pilotprosjektet jeg hadde trodde jeg det ville bli en viss diskrepans i henvisningsdiagnose versus den psykomotoriske fysiotereapeutens vurdering. Jeg tenkte jeg ville møte engasjerte kollegaer og at de tenkte mer på sine pasienter og sitt daglige arbeid enn

på systemet de er en del av og hvordan det fungerer. Når det gjelder diagnosekoder tenkte jeg mer at de var opptatt av å ha en henvisning som er gyldig enn hva diagnosen er.

3.3 Datainnsamling

I dette kapitlet vil det redegjøres for datainnsamling, ”inklusionskriterier og utvalg”, ”intervjuguide og intervju”.

For å belyse forskningsspørsmålene og problemstillingen vil det med referanse til Kvale og Brinkmann (2009) benyttes det ”semistrukturerte livsverdenintervjuet” som kan betegnes som en samtale mellom to parter som er engasjert i samme fenomen. I følge disse to er det relevant å benytte seg av kvalitativt forskningsintervju når man i forskningsspørsmålene har benyttet seg av det lille ordet ”hvordan”. Det er informantens meningsverden som ønskes belyst gjennom muntlig informasjon og samtale søker kvalitativ kunnskap uttrykt i normalt språk. Forskerens oppgave er å spørre hvorfor intervjupersonene opplever og handler som de gjør. I utvekslingen mellom forsker og informant produseres ny kunnskap, influert av subjektive og kontekstuelle forhold og ikke minst av relasjonen som utvikles mellom de to. Det vil være et asymmetrisk maktforhold mellom partene. Til tross for at de er likeverdige er de ikke likestilte. Spørsmålsstillingen vil påvirke svarene og vil kunne lede samtalen i en retning det ikke nødvendigvis er ønskelig fra informantens side. Ved fremstilling og publisering av resultater har informanten heller ingen innflytelse.

Kvale og Brinkmann (2009) skriver at et særtrekk ved det kvalitative forskningsintervjuet er at den er kontekstuell. De aspektene som skilles ut som betydningsfulle ved et forskningsintervjus kontekst er intervjueren, intervjupersonene, kroppen og ikke – menneskets rolle. Intervjueren kan innta ulike posisjoner som opinionsundersøker, utforsker og deltager og ofte veksler intervjueren mellom disse. Intervjupersonene konstrueres ut fra intervjukonteksten og i denne oppgaven vil intervjupersonen bli som en informant, da de som skal intervjues er valgt fordi de har kunnskaper om en setting eller en spesifikk praksis, og dermed får en rolle som eksperter. Når det gjelder kropp er det slik at de er aldri nøytrale og bærer tegn på både kjønn, etnisitet og klasse. Når det gjelder ikke-kropper er det henvist til alt fra lydbåndopptager, stoler, omgivelser og lignende. Altså alt av omgivelser som kan påvirke intervjuet. Dette vil på best mulig måte forsøkes hensyntatt i intervjusituasjonen ved at den som skal intervjues sammen med intervjuer velger hvor den vil intervjues. Disse faktorene (samt flere) påvirker hvordan intervjuet konstitueres som sted for kunnskapsproduksjon. Det

er valgt og ikke bruke fokusgruppeintervju da det er vurdert til å ville kunne stenge for avvikende synspunkter eller følsom informasjon (Malterud, 2015).

3.3.1 Inklusjonskriterier og utvalg

Forskningsspørsmålene uttrykker at det er psykomotoriske fysioterapeuter i privatpraksis som skal intervjues. Inklusjonskriterier i denne studien var at man er psykomotorisk fysioterapeut i privat praksis med driftstilskudd fra kommunen, leverer oppgjør til HELFO og har arbeidet i minst ett år. Halvorsen (2004) skriver at i de fleste informantintervjuer velges informantene ut gjennom et strategisk utvalg. Man er opptatt av kvaliteten på informasjonen og vil derfor søke å få intervjuet de personene som har den beste kunnskapen eller den beste evnen til å uttrykke seg. I slike sammenhenger brukes gjerne en snøballutvalgsmetode og det har blitt benyttet i denne studien. Fra en informant får man oppgitt navnet på andre informanter det kan være aktuelt å intervju (ibid). I praksis ble det rettet en henvendelse til den ansvarlige for fysioterapeutene i en forholdsvis stor kommune på Østlandet. Jeg valgte en kommune jeg ikke var kjent i. Der fikk jeg vite hvem som var tillitsvalgt for fysioterapeutene i kommunen og henvendte meg til denne for å få vedkommende til å sende ut forespørsel om å bli intervjuet i forbindelse med mitt mastergradsprosjekt. Den første som meldte seg ble intervjuet og så ble denne forespurt om hun kunne foreslå en ny til å intervjues. Det samme skjedde med informant to og med informant nummer tre. Den personen som informant nummer tre foreslo sa først ja, men fikk en uforutsett hendelse i livet som gjorde at hun sendte "ballen" videre til en ny informant som hun foreslo.

Alle fire informanter er eneste psykomotoriske fysioterapeut hvor de jobber. To jobber helt alene i solopraksis, en jobber med flere andre vanlige fysioterapeuter og en jobber sammen med flere yrkesgrupper innen helsesektoren. Informantene er kvinner mellom 35 og 60 år. Alle fire har lange ventelister.

Når det gjelder utvalgets størrelse er det ikke slik at utvelging er basert på et representativitetsprinsipp i kvalitative studier, men at utvalget er egnet til å utforske problemstillingen (Thagaard, 2015). En retningslinje for omfanget av kvalitative utvalg er at antall deltagere ikke bør være større enn at det er mulig å gjennomføre omfattende analyser. Både tid og ressurser vil sette begrensninger for antallet som inngår i utvalget. (ibid.). Kvale og Brinkmann (2009) støtter også utsagnet om at antall intervjupersoner man trenger er det

antallet som trengs for å finne ut det du trenger å vite. Ut fra disse kriteriene har det blitt slik at analysen baserer seg på intervju med fire informanter. For å ivareta anonymiteten til informantene er bakgrunnsinformasjonen ikke detaljert.

3.3.2 Intervjuguide og intervju

Formålet med å intervju er å skape en situasjon der det er mulig å fortelle om meningsinnholdet og hvilken betydning det man snakker om har for informanten (Kvale & Brinkmann, 2009, Malterud, 2003). ”Når forskeren innhenter kvalitative data gjennom samtale, vil konteksten omkring samtalen være en viktig ramme for kunnskapsutviklingen”, mener Malterud (2003). Derfor forsøkte jeg å gjøre noen grep for å optimalisere intervjuets kontekst. Det å minimere informantens ulemper i forbindelse med forskningsdeltakelsen tenkte jeg var lurt. Gjennomføringen av intervjuene ble tilrettelagt informantenes behov og ønsker, og det resulterte i at jeg intervjuet 3 stykker på deres eget kontor og en hjemme i sin egen kjellerstue.

På forhånd ble det utarbeidet en semistrukturert intervjuguide bygget på forskningsspørsmålenes utforming (Vedlegg 3). En semistrukturert (halvstrukturert) intervjuguide er preget av åpenhet, men har en viss hensikt og struktur (Kvale & Brinkmann, 2009).

Jeg utarbeidet 4 hovedspørsmål med underspørsmål basert på min forforståelse og mine søk i litteraturen omkring temaet.

Alle intervjuene startet med litt smalltalk for å bli litt ”varme i trøya”. Jeg presenterte meg og snakket litt om hvordan det var å skulle skrive masteroppgave og hvem jeg var og informanten fikk snakke litt om hvem hun var. Det ble presisert at det ikke finnes gale svar, og at alle spontane tanker, erfaringer og opplevelser er viktige for prosjektet. Opplysningene om at prosjektet er frivillig og at man kan trekke sitt samtykke uten nærmere forklaring ble presisert. Videre fortalte jeg om dokumentasjonsprosedyrene, hvordan konfidensialiteten ville bli ivaretatt og at studien hadde blitt meldt til nødvendige instanser, som Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Jeg informerte om prosjektets tidsperspektiv og hvordan resultatene ville bli formidlet. Dette for å legitimere prosjektet, noe som i følge Johannessen et al. (2010) kan ha en avgjørende betydning for intervjuets informasjonsverdi. Kvale og Brinkmann (2009) gir råd om å innlede intervjuene med en briefing.

Deretter ble informantene spurt om de hadde lest igjennom informasjonsskrivet de hadde fått på mail (Vedlegg 2). Til slutt før intervjuet satte i gang ble de spurt om det var noe de lurte på. Under intervjuet ble det forsøkt å tilstrebe en dialog og et likeverdig forhold mellom informant og intervjuer. Vi er jo i virkeligheten kollegaer i samme type jobb – likeverdige. Men det kjentes som jeg på en måte var sjefen i og med at jeg spurte og de svarte. Likevel ble det litt latter og jeg antar det ble så avslappet det kunne være. Jeg forsøkte å være bevisst på å være imøtekommende både i kroppsspråk og i kommentarene som ble gitt. Ryen (2002) beskriver at forskerens oppmerksomhet har betydning for informantens åpenhet.

Det ble brukt ulike tenknikker underveis i intervjuene. Oppfølgingsteknikker som nikk, “mming”, pauser eller gjentakelse av viktige ord ble anvendt for å invitere til fordypning. Taushet ble også brukt som et middel for å komme videre eller la informanten få tid i intervjuene. For å unngå at informanten skulle oppleve seg mistolket eller feil referert i etterkant av intervjuet, ba jeg noen ganger informantene bekrefte eller avkrefte min tolkning av deres svar. Dette kunne jeg nok gjort mer av.

Avslutningsvis spurte jeg; ”Er det noe mer du tenker kan være relevant?”, ”Fikk du sagt det du hadde på hjertet?”, og ”Er det noe mer du vil tilføye?”. Dette for å avslutte intervjuene på en ryddig måte (Johannessen et al., 2010).

Helt til slutt avsluttet intervjuet med at jeg sa: ”Takk for at du stilte opp og gav av din innsikt og tid og samtidig gjør det mulig for meg å gjennomføre intervju, slik at jeg kan få svar på spørsmålene jeg har stilt i oppgaven min, og forhåpentligvis kan bringe kunnskap inn i vårt fagfelt om nettopp dette vi har snakket om nå. De fire intervjuene ble gjort i løpet av våren 2016. Det lengste intervjuet varte i 1 time og 15 minutter og det korteste i 50 minutter. Gjennomsnittlig lå intervjuene på ca 1 time. Etter at båndopptakeren var slått av snakket vi litt videre om faglige interesser etc og praten gikk lett. Det var faglig engasjerte intervjuobjekter slik jeg opplevde det.

Intervjuene ble tatt opp med lydopptaker. Dette var avklart på forhånd med informantene. På den måten kunne jeg konsentrere meg om intervjuets emne og dynamikk (Kvale & Brinkmann, 2009). Det ble i tillegg brukt notatbok, avklart med informantene på forhånd, der bevegelser og annet som ikke lydopptakeren fanget opp, ble notert. Dette på en diskret måte, slik at samtalenes frie flyt ikke ble avbrutt (ibid.). I de uformelle samtalene vi hadde etter at

intervjuene var over, og lydopptakeren slått av, kom det ikke opp informasjon det var relevant å ta med i oppgaven.

3.4 Analyse

I dette avsnittet vil det først gjøres rede for transkriberingen, deretter analysen som er brukt, systematisk tekstkondensering (Malterud, 2003).

3.4.1 Transkribering

”Det finnes ingen sann, objektiv oversettelse fra muntlig til skriftlig form”, skriver Kvale & Brinkmann (2009). Hver og en må spørre seg hva som er en nyttig transkribering for sin forskning. Jeg valgte å transkribere intervjuene, det vil si, overføre de til tekst, for å gjøre de tilgjengelige for analyse. Dette ga ingen direkte representasjon av rådata, som er den egentlige hendelsen, slik den fant sted mellom meg og informantene, men er en forutsetning for en kvalitativ analyse, i følge Malterud (2003).

Transkriberingen ble utført av meg og intervjuene ble gjort av meg, og dette ga meg større mulighet for at eventuelle uklarheter under transkriberingen kunne oppklares, ved hjelp av min egen hukommelse. Dette styrker validiteten i analysematerialet (Malterud, 2003).

Transkriberingsarbeidet ga meg videre en anledning til å gjenoppleve selve samtalene, og gjøre meg kjent med de fra en ny side. Dette gjorde at jeg oppdaget sider ved materialet som jeg ikke la merke til under selve intervjusituasjonen. Det å transkribere selv ga meg også anledning til å lære om egen intervjustil (Kvale & Brinkmann, 2009), noe jeg som nybegynner anså som en stor fordel. Jeg tør påstå at det var forskjell på meg som intervjuer fra første til siste intervju.

Etter transkriberingen printet jeg materialet ut for å bruke det til analysen. Dette fordi en skriftlig tekst gir langt bedre muligheter for ”en forpliktende og systematisk gjennomgang, som er en viktig forutsetning for en analyse av vitenskapelig standard” (Malterud, 2003).

3.4.2 Systematisk tekstkondensering

Systematisk tekstkondensering (STC) ad modum Malterud 2003 er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse og modifisert av Kirsti Malterud. Metoden har mange likhetstrekk med prosedyren som beskrives i grounded theory. Disse fire trinnene er fulgt i analyseprosessen med Systematisk tekstkondensering beskrevet av Malterud (2003), s. 100-111.

Trinn	Innhold systematisk tekstkondensering Malterud 2003
Trinn 1	Helhetsinntrykk – fra villniss til temaer
Trinn 2	Indentifisere meningsbærende enheter – fra tema til koder
Trinn 3	Kondensering - fra kode til mening
Trinn 4	Sammenfatning - fra kondensering til beskrivelser og begreper

Kort fortalt består **første trinn** i å gjøre seg godt kjent med det materialet som er innsamlet (Malterud, 2003). Det første jeg gjorde var å se over alt materiale jeg hadde samlet for å danne meg et helhetsbilde på en åpen måte. Malterud mener at inntrykkene først skal oppsummeres når man har lest alt (ibid.). Når dette var gjort så jeg over de impresjonistiske resymeene og skrev ned hva som var essensen i de fra hver av informantene samtidig som jeg så jeg etter temaer. Deretter startet jeg med å ta for meg forskningsspørsmålene og systematisere hva den enkelte hadde sagt ift disse. Jeg gullet ut det jeg hadde brukt av tekst i intervjuet og samlet utsagnene systematisk under Forskningsspørsmål 1 – informant 1, informant 2 osv. For å gjøre meg enda mer kjent med stoffet jeg hadde samlet inn. Når det var gjort så jeg med forskningsspørsmålene som briller etter foreløpige temaer her også. Deretter skrev jeg ned 14 foreløpige **temaer** på forskningsspørsmål 1 og 20 foreløpige **temaer** på forskningsspørsmål 2. Jeg er klar over at det er mange temaer, men det kjentes best å ha alle disse med. Det ga en slags trygghet på å ikke miste noe relevant.

I **andre trinn** startet sorteringen. Systematisk gjennomgang av materialet (intervjuene) linje for linje. **Meningsbærende enheter** ble identifisert. Deretter ble tekst valgt ut som bar med seg kunnskap om ett eller flere av **temaene** i første trinn. Samtidig som de **meningsbærende enhetene** ble identifisert begynte jeg å systematisere dem. Dette kalles **koding**. Deretter startet jeg å reflektere over hvorvidt kodene representerte fenomener av noenlunde samme klasse. Når det var gjort ble materialet organisert i en matrise (Tabell 1). Det som var relevant skulle skilles fra det som var irrelevant samtidig som man hadde med temaene fra første fase i tankene og forskningsspørsmålene i bakhodet. Hver linje i teksten ble gjennomgått for å kartlegge **meningsbærende enheter** og tekstdeler som kunne tenkes å belyse problemstillingen (Malterud, 2003). Samtidig med at de meningsbærende enhetene i teksten ble merket, skulle de systematiseres, eller **kodes** som Malterud kaller det. Dette innebærer at tekstdelene, med utgangspunkt i temaene identifisert i første fase, gis en merkelapp etter deres

innhold. Merkelappen skal samle tekstdeler som har noe til felles. Malterud (2003) fremhever at man må ha en fleksibel holdning i dette arbeidet og det må være rom for å justere temaer og koder.

I **trinn tre** av analysen abstraheres den kunnskapen hver **kodegruppe** representerer. Det er systematisk forsøkt å hente ut mening ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene fra analysetrinn 2. De meningsbærende enhetene ble sortert i grupper etter koder. Etter denne prosessen er materialet sortert og det er redusert til et dekontekstualisert utvalg av sorterte og meningsbærende enheter. Deretter sorterer vi materialet i tilsvarende **subgrupper**. Hvilke subgrupper vi fester oss ved avgjøres av perspektivet vi leser materialet ut fra. Fra nå av er det subgruppen som er analyseenheten. Videre kondenseres og fortettes innholdet i hver subgruppe. Jeg sitter igjen med 4 grupper av meningsbærende enheter som forhåpentligvis sier noe om hvordan privatpraktiserende psykomotoriske fysioterapeuter beskriver hvilket behov pasientene som kommer til de i behandling har. Ikke med 120 tekstsider av intervjuet. Deretter kondenseres og fortettes innholdet i hver subgruppe ved å utvikle et kunstig sitat – et **artefakt** forankret i data. Det forsøkes å gjenfortelles med informantens egne ord og begreper fra meningsbærende enheter (ibid.). Jeg anvendte jeg form.

Fjerde trinn i analyseprosessen er rekontekstualisering, altså at bitene settes sammen igjen. Sammenfatningen skal formidles på en måte som er lojal mot informantens stemmer og som gir innsikt og tillit sier Malterud (2003). Kunnskapen fra hver enkelt kodegruppe og subgruppe ble sammenfattet. Deretter ble det laget en **innholdsbeskrivelse** fra hver kodegruppe med basis i de utvalgte sitatene og de kondenserte tekstene. Det ble laget et eget avsnitt av hver subgruppe. Utvalgte sitater fra ble hentet fra de meningsbærende enhetene. For å gi et godt bilde av det som er omtalt i intervjuene/teksten. Et eksempel av analyseprosessen er lagt ved oppgaven (Tabell 2).

3.5 Etiske betraktninger

Studien ble vurdert til å ikke behøve godkjenning hos Regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). REK har en rekke krav til gjennomføring av medisinskfaglig forskning og disse er fulgt. Disse er blant annet informert samtykke, oppbevaring av data og anonymisering. Alle informantene fikk både skriftlig og muntlig informasjon om studien og hva intervjuet ville innebære. Alle fikk vite at de kunne trekke seg

uten å oppgi noen grunn, så lenge bearbeidingen av materialet ikke var kommet for langt, og de fikk informasjon om hvordan anonymitet og oppbevaring av data ville bli ivaretatt.

Den nasjonale forskningsetiske komite for medisin og helsefag (NEM, 2009) og den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH, 2006) har begge utarbeidet forskningsetiske retningslinjer som jeg har lest og satt meg inn i. Thagaard (2015) mener at forskningsetiske avgjørelser blir tatt gjennom hele forskningsprosessen. Fire grunnleggende prinsipper i forskning som slås fast i Helsinkideklarasjonen fra 1964 er; prinsippet om autonomi, godhet, rettferdighet og å ikke skade noen. Helsinkideklarasjonen bygger på Nurnbergkoden fra 1946. I tillegg er det viktig å være åpen og redelig i forhold til bruk av andres forskning (ibid.). I dette prosjektet vil det være viktig for meg å informere om at deltagelse er frivillig og at informantene når som helst kan trekke seg fra prosjektet og at dataene da vil bli slettet. Det informerte samtykket er i dag standard i all medisinsk forskning (Ruyter, 2003). Derfor er det naturlig at det innhentes informert samtykke skriftlig fra de som ønsker å være informanter og følge det som er alminnelige krav til informert samtykke. Følgelig at informantene er kompetente til å forstå hensikten med prosjektet og konsekvensen av deltagelse, kunne vurdere sin egen personlige situasjon, foreta en selvstendig og frivillig avgjørelse om man vil delta på grunnlag av informasjon og egne preferanser og verdier samt frivillig kunne kommunisere sin avgjørelse (ibid.). Thagaard (2015) sier at forskeren må være innstilt på å forhandle om deltagerens samtykke i løpet av prosessen og da spesielt om materialet er av en slik art at miljøet forskeren har studert kan identifiseres. Det kan tenkes at det blir aktuelt å forhandle slik i dette prosjektet også men det vil etterstrebes at det ikke skal være mulig å gjenkjenne de som er informanter.

Prinsippet om konfidensialitet innebærer at de som er gjenstand for forskning har krav på at all informasjon de gir blir behandlet konfidensielt (ibid.). Dette vil bli fulgt. Det vil bli brukt pseudonymer når intervjuene transkriberes, og disse er A,B,C,D. Det gjøres oppmerksom på at Informant 1 ikke er A osv. Dataene vil bli slettet da prosjektet avsluttes og senest 01.07.17.

Prinsippet om at informantene ikke skal ta skade av å være med i forskningsprosjektet, innebærer at forskeren forplikter seg til å beskytte deres integritet gjennom hele forskningsprosessen (ibid.) vil bli fulgt.

Når det gjelder oppbevaring av datamateriale vil dette bli ivaretatt etter HBVs retningslinjer

for oppbevaring av data. Det ikke er involvert pasienter direkte og undersøkelsen er anonym. Derfor er det kun sendt søknad til NSD og prosjektet er godkjent der (Vedlegg 1).

3.6 Metodiske refleksjoner

Refleksivitet er en aktiv holdning – en posisjon som forskeren må oppsøke og vedlikeholde (Malterud, 2003). Når man skal utforske privatpraktiserende psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med henvisningsdiagnoser er det altså ikke nok å beskrive resultater fra tilfeldige inntrykk eller selvbekreftende påstander.

Mitt faglige ståsted og mine erfaringer har vært med på å avgjøre hvilke valg jeg har foretatt arbeidet med analysen, hva som naturlig hører sammen, og hvilke ord jeg har brukt for å navngi det jeg har sett. Man aldri kan redegjøre for forforståelse fullt ut. Produksjon av data kan være påvirket av klinisk- og livserfaring ubevisst både positivt og negativt (ibid.).

Jeg har selv en fot i den samme arbeidshverdagen som mine informanter. Vi har tilnærmet like rammer for utøvelsen av vårt yrke. Dette kan ha gjort meg forutinntatt på en slik måte at det har hindret meg i å se nyanser i informantens beskrivelser. Kvale og Brinkmann (2009) sier at intervjuene kan være en øvelse i “bevisst naivitet” og det tror jeg vel ikke jeg har fått til like godt gjennom alle 4 intervjuene. Det har ikke vært mulig å spørre som om jeg “ingenting vet” selv om jeg har tilstrebet å sette min forforståelse til side. Jeg erkjenner at min måte å spørre på, mine kommentarer samt de mer eller mindre bevisste valg jeg har tatt underveis i intervjuet og analysearbeidet betyr noe for det endelige resultatet.

Analysen har vært et selvstendig arbeid av meg som er en uerfaren forsker og uten veiledning på analysearbeidet underveis hadde jeg ikke kommet i mål. Til og med trinn tre i analyseprosessen har veileder “godkjent” mine valg. I følge Malterud (2003) styrker det funnenes relevans og pålitelighet hvis en annen forsker leser gjennom mine utvalg av meningsbærende enheter og ser om mine kategorier er dekkende for mine funn. Jeg har bevisst forsøkt å kompensere for forutinntatte holdninger og konklusjoner ved å drøfte refleksjoner og funn underveis med andre kollegaer og en sosionom, samt mannen min som ikke jobber i helsevesenet. Logg har blitt før fra oppstart på prosjektbeskrivelsen og jeg har skrevet refleksjonsnotater etter veiledningssamtaler. Dette for å ha et bevisst forhold til hvordan refleksivitet har påvirket mine funn.

3.7 Datakvalitet

Det vil her bli omtalt studiens validitet, reliabilitet og generaliserbarhet.

3.7.1 Validitet

Kvale & Brinkmann (2015) påpeker at enkelte kvalitative forskere har avvist spørsmålet om validitet, reliabilitet og generaliserbarhet som, undertrykkende, positivistiske begreper som hindrer en kreativ og frigjørende kvalitativ forskning. Jeg tenker at det er viktig med en form for validering og at jeg forstår validitetsbegrepet som noe jeg er opptatt av fordi jeg ønsker å finne ut av om av metoden jeg har anvendt er egnet til å besvare de spørsmålene jeg har stilt og således representerer relevante veier til kunnskap som kan belyse problemstillingen.

Thagaard skriver at validitet er knyttet til tolkning av data og handler om gyldighet av de tolkninger forskeren kommer frem til. Eller mer presist er tolkningene jeg har kommet frem til gyldige i forhold til den virkeligheten jeg har studert (Thagaard, 2013). Kvale stiller spørsmål om kunnskap som er produsert via intervju kan være objektiv og konkluderer med at ja, det kan i prinsippet være en objektiv forskningsmetode med hensyn til en rekke sentrale betydninger av objektivitet (Kvale & Brinkmann, 2015). For å styrke et prosjektets validitet er begrepet “gjennomsiktighet” eller “transparency” anvendt. Gjennomsiktigheten henspiller på at forskeren tydeliggjør grunnlaget for fortolkninger ved å redegjøre for hvordan analysen gir grunnlag for de konklusjoner som blir fremsatt (Thagaard, 2013). Forskeren styrker validiteten ved å gå kritisk gjennom analyseprosessen. I dette prosjektet er det helt klart at det er analyseprosessen som har tatt mest tid. Jeg har gått igennom materialet igjen og igjen i forbindelse med analysemetoden, systematisk tekstkondensering (Malterud, 2003). Underveis var dette svært tidkrevende og frustrerende, men jeg visste at det måtte til, samtidig som veileder holdt en stram linje her. Det ble utarbeidet mange matriser og tabeller underveis for å holde styr på analysen og to av de er vedlagt oppgaven. Jeg strevde med å forstå fullt ut den systematiske tekstkondenseringen ad modum Malterud 2003, da jeg ikke klarte å finne en oppgave som hadde brukt denne tilfredsstillende eller finne eksempler utenom boken jeg hadde. Mitt inntrykk er at det er mange som bruker en blanding av hennes metoder.

Forskerens posisjon under feltarbeidet bør reflekteres, skriver Thagaard (2013). I utgangspunktet var jeg en fjern “kollega” av informantene, i form av at vi har samme utdanning, og man kunne tenke at det var en likeverdig relasjon, men straks båndopptageren startet å gå opplevde jeg at det ble en forskyvning i maktforholdet. Det var intervjuer, jeg,

som ble “sjefen” og informantene ble de som ble instruert. Når det gjelder kjønn var vi alle kvinner og det var ikke slik jeg oppfattet det noe som gjorde intervjusituasjonen vanskelig, snarere tvert om.

Man kan argumentere for validitet ved å sammenligne resultatene fra min studie med resultater fra andre undersøkelser. Validiteten styrkes når resultatene fra ulike studier bekrefter hverandre, men det kan også være motsatt om forskeren lykkes i å argumentere for dette (Thagaard, 2013). I dette prosjektet er det sammenfallende resultater fra min studie og Øiens studie fra 2013. Dette kan være en styrkende faktor for denne studiens validitet men samtidig har vi studert kun et lite utvalg av psykomotoriske fysioterapeuter i privat praksis.

3.7.2 Reliabilitet

Begrepet reliabilitet har med forskningsresultatenes konsistens og troverdighet å gjøre sier Kvale & Brinkmann (2015). Er det mulig for andre forskere å reproducere resultatet? Ledende spørsmål og ulike ordvalg kan være en felle her. Likevel, for sterk fokusering på reliabilitet kan virke hemmende på kreativitet, variasjon og improvisasjon (ibid.).

Jeg mener det faktum at lydbåndopptageren virket er med på å styrke reliabiliteten. Det at jeg valgte å transkribere intervjuene ordrett og ikke bare notere, slik at det som faktisk ble sagt ble skrevet ned, vil jeg tro er med på å styrke oppgavens reliabilitet. Samt at bruk av intervjuguide har gjort at informantene har blitt spurt de samme spørsmålene og at samme analyseprosess er brukt på alle informantene.

Det har også gjennom hele studiet vært nær kontakt med veileder og på den måten “kikket forskeren i kortene” (Fagermoen, 2005). Troverdighet kan også økes når det letes etter data som utfordrer forskerens forforståelse (Polit & Beck, 2004). Underveis har det blitt holdt masterseminarer hvor medstudenter har kunnet komme med innspill til oppgaven.

Området som denne studien har forsket på er et lite utforsket fagfelt. Det viste litteratursøkene som ble gjort. Det er et lite materiale som er forsket på og slik sett en fare for at det ikke er representativt på noen måte. Likevel, Ricour bruker begrepet argumentative styrke, altså at forskningen kan stå på egne ben ut i fra logikken og troverdigheten i det som presenters (Thornquist, 2003). Uansett kan man ikke utelukke at andre kan ha andre perspektiv og slik sett ikke være enig i de tolkninger som er foretatt.

Jeg har gjennom hele prosessen forsøkt å være åpen slik at det jeg har foretatt meg har vært kommunisert med veileder og at det er forsøkt beskrevet på best mulig vis i oppgaven.

3.7.3 Generaliserbarhet

En vanlig innvending til intervjuforskning er at det er for få deltagere til at resultatene kan generaliseres (Kvale & Brinkmann, 2009). Dessuten sier Malterud (2009) og Kvale & Brinkmann (2009) at det bare i sjeldne tilfeller er at forskning kan gi allmenngyldig resultat. Det kan likevel være relevant å stille spørsmål til om masteroppgaven som helhet har overførbarhet. Malterud (2011) sier at undersøkelser som baserer seg på kvalitative forskningsintervju kan bidra til kunnskap og forståelse som andre kan dra nytte av. En forutsetning er at funnene og resonnementene i diskusjonen gir mening (ibid.). Jeg kan alltid ha et håp om at oppgaven kan være et bidrag inn for å belyse den psykomotoriske fysioterapeutens virke, og at henvisere og beslutningstagere kanskje vil kaste et blikk på det som er kommet frem via informantene. Jeg er klar over at resultatene kan ikke overføres til andre kontekster. Til slutt er det leserne av masteroppgaven som må ta stilling til eventuelle overføringsmuligheter.

4.0 Resultater

I dette kapitlet presenteres funnene fra analysen av de fire intervjuene. Informantenes beskrivelser har vært gjennom en møysommelig filtreringsprosess og resultatene vil til syvende og sist være forskerens egen beskrivelse av informantenes ”utsagn” (Malterud, 2003). Det var særlig fire temaer som ble tydelige og sentrale i forhold til oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål. Disse var ”Sammensatte problemer”, ”Bedre hverdag”, ”Tilfeldigheter” og ”Uvitenhet”. Disse fire temaene er igjen samlet under to hovedoverskrifter. ”Pasienter med sammensatte problemer og ønske om en bedre hverdag” og ”Et system preget av tilfeldigheter og uvitenhet”. Begrepene informant og psykomotorisk fysioterapeut vil bli brukt om hverandre. Jeg velger å presentere hvordan de psykomotoriske fysioterapeutenes vurdering av pasientenes behov er først og deretter vil jeg presenterer deres opplevelse av hvordan vurderingene av pasientens behov passer med henvisningsdiagnose og dermed HELFO statistikken.

4.1 Pasienter med sammensatte problemer og ønske om en bedre hverdag

I det følgende vil den psykomotoriske fysioterapeutens vurderinger av behovet til pasienten som kommer til de for behandling redegjøres for.

4.1.1 Sammensatte problemer

Informantene nevnte stort sett de samme faktorene når det gjelder hva de erfarte som var pasientenes behov når de kom til psykomotoriske behandling i privatpraksis. De vurderer at pasientene som kommer til de ofte har sammensatte problemer og et gjennomgangstema var at pasientene informantene møter ofte har en sammensatt historie og problematikk og at de faktisk ikke alltid vet hvorfor de kommer og hva de kan få hjelp til. Akkurat hva informantene la i sammensatte problemer kom ikke helt tydelig frem men det ble forstått av meg som at de mente at det var komplekse årsaksforhold til at de søkte hjelp. Det var sjelden en diagnose og det var det.

”D så at hun stadig ble overrasket og stadig tenkte at det var mye man ikke kunne forestille seg at folk hadde med seg inn i terapirommet. Det er så mye historie i det rommet og så tenker jeg, er det mulig å toppe det?”

Jeg forstår det slik at hun opplever at det kommer frem så mange historier om levd liv i terapisisituasjonen og som stadig toppes når det gjelder innhold. Andre ganger kan de være slik at pasienten lever i en så stresset livssituasjon at det er nesten ikke nytter hva terapeuten gjør fordi det er så mange problemer rundt pasienten. Det ble også nevnt at det er lite fokus på den biten, det at den psykomotoriske fysioterapeuten jobber med sammensatte lidelser. Med dette forstår jeg det som at informantene mener at omverdenen kanskje ikke er så klar over at vi jobber med sammensatte lidelser.

Alle informantene nevnte kropp som et behov. Det kunne være et behov for å omstille seg fra de gamle vanene med feil muskelbruk og muskelmønster. Eller at kroppen var med i alt dette, og at det handlet om balanse og helhet. Kropp og psyke ble beskrevet som skilt i forståelsen til omverdenen. Jeg tolker det dit at informantene har et syn på at disse to henger sammen, eller er ett. Det ble også påpekt at det var mye samtale om kropp og at anamnesen gikk litt mer på kroppshistorie, for eksempel om når startet egentlig den historien til kroppen din?

”A sier at en pasient jeg hadde kunne ikke gå uten sko, hun hadde ikke balanse. Nå liker hun å gå barbeint. Det er så spennende å se hvordan kroppen er med i dette her, balansen – og helheten. Og hun er i jobb nå.”

Som forventet ble smerter ble beskrevet som et område pasientene kom for å få hjelp med og som ofte kunne være hovedproblemet. Det var smerter på forskjellig vis, blant annet stramme skuldre eller mer generelt at pasientene kom fordi de trengte hjelp til å **håndtere** smerter. Og noen hadde en bestilling som at de skal få hjelp til å fikse noe. Noen pasienter ønsket seg en ”quickfix”, de ville bli bra raskt.

”De har for eksempel stramme skuldre og de har vondt her og der. Etter hvert som vi snakker da så kommer jo andre behov frem. Ikke minst behovet for å snakke... Det føles veldig snevert og egentlig litt som å jukse i gamet det å bare se en skulder helt isolert. Nå når jeg kan det jeg kan i forhold til psykomotorisk fysioterapi, sier D.”

Det ble fokusert mye på relasjonelle behov hos pasienten. Utsagn som relasjonsproblematikk var et tema for alle mine pasienter og det er sjelden jeg møter mennesker som har smerteproblematikk som ikke har noe i de psykososiale forholdene med i historien sin og også

relasjonelt. Det står muskel- og skjelettplager og så er det relasjonsproblematikk. Det er jo et helt liv som ligger der var det en som sa.

”B sa en annen sa at det ofte var familiære problemer eller sykdom i familien. Da blir de veldig ofte bærere av familien og da blir de slitne... -og dette er det ingen diagnose for.”

Informantene er opptatt av skjult psykiatri. Det kan være fort gjort å ikke velge en psykisk lidelse som hoveddiagnose som henviser. Noen ganger kan det stå på henvisningsblanketten at hoveddiagnosen er myalgi, tensjonshodepine eller migrene men under står det at de har slitt med angst og/eller depresjon. Da er det jo den muskel- og skjelettlidelsen som registreres hos HELFO.

”C forteller at en pasient som i årevis var henvist for epicondylitt av sin gamle fastlege, men som egentlig hadde overgrepssproblematikk, og da han fikk ny fastlege fikk han en ny psykisk diagnose.”

Igjen en skult psykiatrisk diagnose i denne fortellingen. Likevel så viser det seg at det kan skje en forandring ved bare å få en annen henviser. Vips så fikk pasienten en annen diagnose. Det viser jo hvor tilfeldig det kan være, disse henvisningsdiagnosene.

”D hadde en pasient henvist for ryggplager og så viste det seg at det handlet om i det hele tatt å tørre å være i rommet. Atter en gang et eksempel på at det gikk inn i statistikken som muskel- og skjelettlidelse men handlet om noe annet.”

Det blir også sagt at pasienter kan være henvist fra DPS og kommer med en kroppslig diagnose men man vet jo at de har en psykisk diagnose også. Denne blir altså ikke registrert og slik går man glipp av informasjon til HELFO's statistikk. Informant C er opptatt av å få kroppen inn i psykisk helsearbeid.

”Informant C er opptatt av feilbehandling. Henvisningsdiagnosen og avvik mellom mine tanker om pasienten som psykomotorisk fysioterapeut, kan for fysioterapeuter generelt føre til at man gyver løs på kjeven eller myalgien uten å lytte til pasienten. Det blir veldig instrumentelt. For pasienten kan det føre til at de blir værende i disse

kroppslige symptomene og ikke greier å se sammenhengen mellom levd liv, tilknytningsproblemer eller vanskelige konflikter som bidrar til spenninger og beredskap – altså autonome reaksjoner.”

4.1.2 Ønsker hjelp til en bedre hverdag

Det kom frem i analysen at pasientene uttrykte et stort behov for hjelp til å få en bedre hverdag. Dette var et gjennomgangstema hos informantene. Et av hovedinntrykkene fra analysen var at informantene beskrev at pasientene ofte ikke helt visste hva de kom for. De visste ikke helt hva de ville men de hadde behov for ”noe”.

”Informant A sier at jeg synes ofte jeg formulerer det behovet selv, jeg tror ikke de vet, eller jeg tror mange ikke vet, de som ikke har vært i behandling før, tror jeg ikke vet hva de egentlig kommer for... og så er det andre som har tenkt at det er bra for vedkommende. For de har som regel vært innom mange steder før meg. Jeg er som regel siste post.”

”Informant B bemerker at pasientene har ofte vært hos kiropraktor, manuellterapeut, naprapat og osteopat, gått til trening og fysioterapi, vært på friskfysioterapi og vært innlagt på DPS også og så tatatata.... Da prøver de psykomotorisk!”

Det at det er forsøkt flere typer behandling før de kommer til psykomotorisk behandling gikk igjen i intervjuene. Det var to som nevnte at de opplevde å være ”siste post”. De opplever altså at når alt annet er forsøkt så kommer de til psykomotorisk fysioterapi.

*”Informant B beskrev det som at pasientene lurte på om de i det hele tatt **kunne få det bedre** og at de fleste ønsket hjelp til **å få en bedre hverdag**. De vil ikke ha det sånn som de har det, men hvordan de skal unngå å få det sånn det vet de ikke, og håper jeg og psykomotorisk fysioterapi kan hjelpe.”*

Det ble også nevnt av flere at de hadde (vanskelige?) krav fra NAV som de skulle forholde seg til og at det i seg selv ofte ble problemet og skygget for de egentlige (underliggende) problemene. Det ble også sagt at pasientene ofte rett og slett hadde en forventning om terapi.

”Informant C sa at jeg er opptatt av hjelp til selvhjelp. Det er en sånn kjepphest jeg har. Jeg har nok en sånn relasjonell og intersubjektiv terapiforståelse, rett og slett.”

”A sier at det jeg bidrar med er å hjelpe pasienten til å håndtere de utfordringene han eller hun har, se sine egne ressurser i det. Finne ressurser og finne ut hvordan den enkelte kan fortsette, slik at de blir tryggere på seg selv og finner sin egen, det høres kanskje litt flåsete ut da – helningskraft. Hjelp pasienten til å se hva de trenger og hva er det som er viktig og hvordan kan de møte dette selv. For pasienten skal jo gå videre alene...”

Informantene er opptatt av å gjøre pasientene i stand til å hjelpe seg selv og å fortsette livet på egenhånd uten bistand fra helsevesenet. Gjøre de kapable til å mestre livet.

Alle informantene mente at anerkjennelse var et viktig behov. Ikke minst hadde mange pasienter behov for å snakke og for mange var det viktigere hva de får sagt enn det informantene nødvendigvis gjorde. Slik at samtalen, det å fortelle også var en viktig del av møtet mellom terapeut og pasient. Det var fokus på hvor viktig nettopp ”det å bli møtt” var. Videre ble det trukket fram at utforskning og det å stille seg åpent var en forutsetning i pasient/terapeut møtet.

”Jeg starter alltid der hvor pasienten «er», sier informant C.”

Jeg velger å se det som at informantene ser det som viktig å se hele pasienten og være imøtekommende og oppmerksom og empatisk i sitt pasientmøte.

Formidling av kunnskap til pasientene mente informantene at var et viktig behov, og de trakk fram at pasientene hadde behov for psykoedukasjon. Det fremkom som viktig å kunne forklare hvordan ting hang sammen.

”Jeg B har alltid vært opptatt av psykoedukasjon, opplæring av folk. Hva er det det dreier seg om – det har jeg alltid vært veldig opptatt av. Så har jeg vært veldig opptatt av pedagogikken, hvordan ting henger sammen. Det å vite, dette kan ikke stemme, må finne ut av det. Det man ikke vet har man ofte vondt av.”

Det ble sagt at pasientene måtte hjelpes til å se at det som kanskje hadde vært funksjonelt ikke var så funksjonelt lenger. For eksempel å forsøke å lage en logikk rundt at det var så mange ting som feilte dem, men ingen funn, knyttet til å forklare hvorfor det var vondt, men ingen objektive funn.

*”Så da er det samtale da, psykoedukasjon og så snakker vi om de har tenkt noe rundt kropp... . Starte å få litt innpass rundt det. Det føler jeg er min (D) rolle. Det er jo noe med **hva** man snakker om og **hvordan** man bruker det.*

A sa hun forsøkte å få satt det litt sammen med alle sånne typer sykdommer som man ikke tradisjonelt tenker på som en del av sykehistorien og erfaringer.

Et annet hovedfokus var at informantene nevnte at tid var viktig. Det ble brukt tid på å finne hva problemet egentlig er, eller at det lå mye i å bruke tid i seg selv. Eller at det faktisk var sånn at det kunne være at den psykomotoriske fysioterapeuten var den som var der hele tiden i en pasients bedringsprosess. En annen gjorde et poeng av at diagnosen kan bli et hinder for utforskningen hos den psykomotoriske fysioterapeuten og at det da brukes mye tid pga dette. Det ble også nevnt at pasienter med ”tung psykiatri”, henvist fra DPS, tar lang tid å få omstillet.

*”Jeg bruker nesten alltid en time pr. pasient, sier D. Er det mye historie kan det gå med lenger tid. Det er ikke så mange som tar seg tid altså. Det føler jeg er min oppgave. En prosess **tar** tid.”*

*”Jeg (A) har en del ”tung psykiatri” pasienter i behandling henvist fra DPS. Det tar **lang tid** å få omstillet de og ja, det er ikke alltid jeg tenker de skal prioriteres. Selv om det er slik at vi prioriterer pasienter henvist fra DPS.”*

Noen av informantene nevnte at det å være bindeledd for pasientene eller brobygger mellom tjenester og andre fagfolk ble nevnt som viktig. C er også opptatt av brobygging innenfor ulike profesjoner og ønsker at man begynner å snakke et litt mer felles språk, få kroppen og det relasjonelle inn i psykisk helsearbeid.

4.2 Et system preget av tilfeldigheter og uvitenhet

Det var også to kategorier som utpekte seg når det gjelder hvordan informantene opplever at henvisningsdiagnosen passer med deres vurderinger av pasienten og dermed hvordan de passer med HELFO's statistikk. Disse blir beskrevet her under overskriftene "Tilfeldigheter" og "Uvitenhet".

4.2.1 Tilfeldigheter

Et viktig poeng som blir nevnt er at systemet baserer seg for mye på tilfeldigheter. Det blir sagt at det er en tilfeldig tjeneste og hvis du akkurat er i det området hvor psykomotorisk fysioterapi finnes, og de som henviser deg har kjennskap til psykomotorisk fysioterapi eller du vet om det selv som pasient, så fungerer det bra. Men de tror ikke det er god nok kunnskap på førstelinjenivå om hva vi psykomotoriske fysioterapeuter gjør.

Tre av informantene tenker at det ikke er viktig med henvisningsdiagnose. Det å ha en sånn diagnose er viktig i forhold til NAV først og fremst sier en. Legen har en forståelse av hva det er uten å utbrodere mer, sier en annen. Videre sier hun at henvisningsdiagnosen har i praksis ikke mye å si for behandlingen. En annen informant sier at:

"Jeg leser og legger diagnosen inn i journalsystemet og så forholder jeg meg ikke særlig til den."

Informantene mener henvisningen fungerer som en inngangsbillett til PMF. En sier at for henne tenker hun at henvisningspraksisen handler mer om at de skal få refusjonsretten sin eller ikke. Henviser på DPS er ofte samtaleterapeut, psykolog eller sykepleiere, men henvisningsblanketten må underskrives av en lege, så da blir det ikke den som kjenner pasienten best som henviser. Så det blir jo bare en formalitet. En annen sier at pasienten hennes sier at vi lar diagnose være diagnose for det er sånn vet du at han (legen) bare brukes for å få en henvisning. Videre sier en informant at hun er mest opptatt av at henvisningen gjelder, dvs at den har riktig dato og underskrift. Jeg tenker rett og slett at jeg bare må ha en diagnose for å få utløst refusjon for behandlingen. Det har jo ikke noe å si for behandlingen som blir valgt.

Et hovedinntrykk var at alle informantene opplever diskrepans i henvisningsdiagnosene. En sier at de sier muskel- og skjelettplager, men så er det et traume. Eller det er vonde skuldre og så oppdager man at det er traumer og ting og tang.

”Diagnosen kan være angst og depresjon men så er det familiebelastninger. Det er det jo ikke noen diagnose for, sier B?”

Et annet eksempel er en pasient som kom med henvisningsdiagnosen artrose i kneet men hadde vondt i hele seg og hadde astma og ADHD i tillegg. Der var det jo artrosediagnosen som ble brukt. Jeg tenker at det kan være fordi den utløser honorartakst. Dette har ikke vært nevnt av våre informanter, men jeg velger å se at det kan være en mulig årsak.

”Informant B sier at henvisningsdiagnosene stemmer innimellom men på de aller fleste gjør de ikke det.”

En sier at de som kommer som tilfeldige bypassers, henvist fra en ukjent henviser, kan oftere ha skjult problematikk. En annen informant mener henvisningsdiagnoser er tull og tøys.

”C sier at en diagnose kan være ganske misvisende og veldig overfladisk. Jeg tenker hva gjør det med pasienten og hva gjør det med terapeuten. Jeg har for eksempel en politisk flyktning, med smerter i kroppen og det ligger voldsomme sorger og ja, du kunne gitt mange diagnoser der men diagnosen var myalgi. Men det favner vel ikke det pasienten kommer med?”

”De fleste som kommer hit kommer jo med muskel- skjelettproblemer sier B. Det er ikke ofte det står psykiske lidelser, men noen ganger. Andre ganger opplever man at det er et traume, men det står muskel- skjelettplager, og pasienten sier jeg har vonde skuldre...”

For noen pasienter kan det faktisk gi problemer med selve diagnosen fordi de knytter seg så mye til den og det reduserer utforskningen hos meg da, sier C. Det kan jo være en måte å skåne pasienten på det å gi en sånn litt ufarlig diagnose. Det har slått meg mange ganger. Men hvem er de vi skåner? Er det legen som skåner seg eller er det pasienten som skånes. Eller er det kanskje en litt faglig feighet?

Alle informantene opplever at henvisningsdiagnosen er for lite beskrivende. En sier at hvis legen beskriver noen ting så er det vel greit nok, men det er liksom veldig enkelt sagt da. Da har vel legen en forståelse av hva det er uten og utbrodere mer.

”A forteller at pasienter kan si; Jeg har hørt om PMF og så gikk jeg til legen og fikk en henvisning og så skrev bare legen på noe...(en diagnose).”

Alle informantene er opptatt av vår autonomi som behandlere. Det blir sagt at B at hun fører inn diagnosen og så tenker hun sine egne tanker. En annen sier at det å sette vår diagnose hjelper jo ikke noe for den registreres jo ikke. Psykomotorisk fysioterapeut velger jo hvilken behandling som skal benyttes uansett hva henvisningsdiagnosen er. Videre sier en at det blir en mismatch mellom hvor mye man skal legge i disse diagnosene og at problemet er vel at det ikke er vi som setter diagnosene. Det er noen andre som gjør det fordi vi ikke har mandat til det. Så det har jo noe med psykomotoriske fysioterapeutens faglige autonomi å gjøre. En annen sier at fri tilgang til fysioterapi anerkjenner jo vår vurderingsevne. En annen nevner at fri tilgang vil jo ikke gi mer behandling da vi allerede har så lange ventelister. Det blir jo ikke flere av oss selv om de kan gå direkte til oss.

”D sier at man kan likeså godt spare et ledd og gjøre vurderingen direkte når det uansett er opp til oss å vurdere om det er passende for pasienten med psykomotorisk behandling.”

Alle informantene uttrykker at uansett hva som står på henvisningsdiagnosen så får pasienten den behandlingen som den psykomotoriske fysioterapeuten mener pasienten skal ha – slik at henvisningsdiagnosen ikke på noen måte er styrende i forhold til hvordan pasienten behandles.

4.2.2 Uvitenhet

Alle informantene er opptatt av uvitenhet. Det er uvitenhet både hos psykomotoriske fysioterapeuter om at henvisningsdiagnosen faktisk registreres og det henvises til at det er uvitenhet hos henvisere. Det ble sagt at f.eks at av og til vet ikke de som henviser til meg hva de henviser til. Det refereres også til at Helfo ikke vet hva slags behandling vi gir. Helfo er vel bare opptatt av dato og underskrift og diagnose bryr de seg vel nøkken om, sier en. Det blir

også påpekt at en har brukt mye tid på opplæring om PMF i bydelen. For å informere og opplyse om hva og hvordan vi jobber og hva vi kan bidra med. Det blir også utvist et slags skjønn for at det er uvitenhet hos henviser fra informantene.

”A sier at hun tenker hva skal den stakkars legen skrive? Jeg har tenkt mye på hva er det som gjør at de vet så lite om hva vi driver med eller hva vi kan gjøre. Men det er kanskje fordi vi ikke har fortalt det?”

Dette er vel et uttrykk for at det er en viss åpenhet for at ansvaret for uvitenheten rundt psykomotorisk fysioterapibehandling ligger flere steder, ikke bare på henviser.

Ovennevnte er forhold som leder til at det blir misvisende statistikk om psykomotoriske fysioterapeuters virke hos HELFO. Når det råder så mange tilfeldigheter rundt henvisningsdiagnosen. Det nevnes også at det er fort gjort å ikke velge en psykisk lidelse som hoveddiagnose og vi bør kanskje gi tilbakemelding om rekkefølgen på diagnosene til legen? Altså vi bør kanskje gi tilbakemelding til legen da om hva som skal stå i rubrikken som hoveddiagnose.

”C sier at det er det med helsestatistikk da som kan bli misvisende med tanke på hvilke pasienter som kommer til oss og hva deres problemer er. Det er jo det man lager helsepolitikk av og det politikerne ser på.”

Dette er jo et eksempel på at registrering av hva pasientene lider av bør være så korrekt som mulig. Hvis grunnlaget for å gjøre prioriteringer i utgangspunktet er feilaktig.

”A sier at hva er egentlig HELFO. De har jo masse statistikk på diagnoser og folk og takster men de vet jo ikke hva slags behandling vi gjør?”

Hva den psykomotoriske fysioterapeuten faktisk tenker om pasienten er altså fraværende i HELFO sin statistikk.

Informantene ser for seg et annet system og mener det er viktig å se på dette med henvisning og organisering. Det blir nevnt at det er litt gammeldags å henvise på den måten det gjøres i dag og kanskje hadde vært mer fleksibelt med andre systemer. En slik enkel ting som dette

med langtidsterapier, at pasienten da skal måtte henvende seg til legen gjentatte ganger for å få en ny henvisning. Og det er kanskje de to gangene i året pasienten ser legen. Det blir også påpekt at uten en henvisning så ville det være enda viktigere med samarbeid rundt pasienten og også behov for mer tverrfaglig samarbeide. Noe som oppfattes positivt av informantene.

”C opplever at privat praksis som greit, men at man også må ha PMF innenfor 3. linjetjenesten, helsestasjon og flere andre steder. I privatpraksis kan man bli for isolert om man bare er inne i det terapeutiske rommet og ikke forholder seg til verden utenfor. Jeg tenker vi har en viktig rolle inn i å jobbe i mer skreddersydde team rundt pasienten. Det tror jeg er viktig å se videre på i morgendagens helsetjenester.”

5.0 Diskusjon

Studiens hensikt var å utforske privatpraktiserende psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med henvisningsdiagnoser, særlig hvordan henvisningsdiagnosen pasienten kommer med fra legen, kiropraktor eller manuellterapeut står i forhold til hva den psykomotoriske fysioterapeuten opplever er pasientens lidelse/problem.

Empiri fra resultatkapittelet vil diskuteres i kapittelet. I avsnittet om ”Sammensatte problemer og ønske om en bedre hverdag” diskuteres empirien utledet fra forskningsspørsmål 1, ”Hvordan beskriver et utvalg psykomotoriske fysioterapeuter sine vurderinger av behovene til pasienter som får behandling hos dem?” og under avsnittet ”Et system preget av tilfeldigheter og uvitenhet” diskuteres empirien utledet fra forskningsspørsmål 2, ”Hvordan passer disse vurderingene med henvisningsdiagnosen og dermed HELFO’s statistikk?”

-

5.1 Pasienter med sammensatte problemer og ønske om en bedre hverdag

Empirien utledet fra forskningsspørsmål 1, ”Hvordan beskriver et utvalg psykomotoriske fysioterapeuter sine vurderinger av behovene til pasienter som får behandling hos dem?” vil bli diskutert i dette avsnittet.

5.1.1.Sammensatte problemer, relasjonsproblematikk og skjult psykisk lidelse

Sammensatte problemer, relasjonsproblematikk og skjult psykisk lidelse var et gjennomgangstema hos informantene. Det ble sagt; ”Det står muskel- og skjelettplager og så er det relasjonsproblematikk”. Eller: ” Det står myalgi, men så er det angst og/eller depresjon”. Jeg forstod det som de mente at det ofte var komplekse årsaksforhold til at pasientene søkte hjelp. Det var sjelden de vurderte pasienten til å kvalifisere for en diagnose og det var det. Med bakgrunn i HUNT3 studien fant Tomasdottir et al (2015) at livserfaringer og biografi har klar medisinsk relevans, og de mener det blir feil hvis legen ikke åpner for en dialog i møte med pasienter, spesielt hvis det dreier seg om komplekse helseproblemer og plager det er vanskelig å finne en god forklaring på. Kirkengen og Thornquist (2012) hevder også at det er en sammenheng mellom opplevd smerte, frykt og hjelpeløshet med bakgrunn i krenkelser i mellommenneskelige relasjoner. Det gir seg også til uttrykk i form av komplekse symptomer og sammensatte lidelser. De er opptatt av på hvilken måte hendelser som krenker ens identitet setter spor. Det var slik jeg oppfattet at de psykomotoriske pasientene nærmet seg

de sammensatte problemene. De la vekk henvisningsdiagnosen og åpnet opp for pasientens historie. For å få innsikt i dette komplekse og sammensatte bildet. Det er jo et helt liv som ligger der var det en som sa. I Øiens studie (2013) kom det også frem at det var nesten alltid veldig sammensatte problemstillinger pasientene kom med og at det ble kommunisert dårlig gjennom diagnosekoden på henvisningsblanketten. Studien viste også at informantene mente at diagnosekodene ikke kunne uttrykke pasientenes livssituasjoner og komplekse problemer. Det er altså et diagnosesystem og en sykdomsforståelse som ikke rommer å beskrive pasientens problem. Borg og Karlsson (2013) sier også at de opplever diagnoser som mangelfulle og tidvis snevre. Ut fra et Recoveryperspektiv kunne man tenke seg at diagnose ikke var viktig men mer beskrivelsen av personens verdier, hva han/hun ønsker å oppnå, finne ressursene, være nysgjerrig og interesserte og finne frem til det som gir mening for hver enkelt (Biong, 2012). Det var nettopp slik jeg oppfattet grunnleggerne av NPMF – Bülow-Hansen og Braatøy. De var nysgjerrige på det mennesket de hadde foran seg, de tok utgangspunkt i den virkeligheten pasienten beskrev og det de selv observerte.

Informantene jeg snakket med var opptatt av skjult psykiatri. Det kan være fort gjort å ikke velge en psykisk lidelse som hoveddiagnose, sa en, og refererte til henviser. Noen ganger kan det stå på henvisningsblanketten at hoveddiagnosen er myalgi, tensjonshodepine eller migrene men under står det at de har slitt med angst og/eller depresjon. Da er det jo muskel-skjelettlidelsen som registreres hos HELFO. Det ble også sagt at det henvises pasienter fra DPS med muskel- skjelettlidelse og ingen psykiatrisk diagnose. Øyen (2013) sin studie fant det samme, at psykiske diagnoser skjuler seg i muskel- skjelett diagnosene. Alle hans informanter trakk frem at HELFO databasen ikke tydelig nok uttrykker at de jobber med psykiske lidelser hos pasientene. Et spørsmål blir jo da også hvorfor er det slik. Er det på grunn av ulike forståelsesrammer, eller er det for å unngå å bruke psykiatriske diagnoser i den forståelse av at det kan være stigmatiserende. Utilstrekkelig for å beskrive pasienten er det uansett. Man kan tenke seg at det er den ulike grunnforståelsen som ligger til grunn.

5.1.2 Kropp og smerter

Alle informantene var opptatt av kropp som et viktig område. Psykiatriens historie har vært ganske grusom når det gjelder hvordan kroppen har blitt behandlet. Ekeland (2014) beskriver at det fra 1700-tallet og frem til 1980 tallet har vært preget av en historie med desperate somatiske kurer for å få orden på galskapen (ibid.). Han peker på at pasienten må betraktes

som subjekt i psykisk helsearbeid, ikke som objekt, slik han mener det fortsatt er til tross for velmenende offentlige planer som St.meld.nr. 25 (Helse- og omsorgsdepartementet, 1996 – 1997), ”Åpenhet og helhet” og senere St.prp.nr. 63 (Sosial- og helsedepartementet, 1997 – 1998), ”Opptrappingsplanen”, der pasienten omtales som subjekt men at den likevel behandles i et system som behandler den som objekt.

Når det gjelder fysioterapeuter har de kroppen som innfallsvinkel også til psykisk helse (Ottesen & Thornquist, 2015). Kropp og erfaring ses i sammenheng for å forebygge, forstå og behandle helseplager. Det at kroppen er så lite tematisert i både studiet om psykisk helsearbeid og i psykiatrien ellers kan oppleves som et praksissjokk for en fysioterapeut som skal ta mastergrad i psykisk helsearbeid (ibid.). I denne studien nevnte alle informantene kropp som et behov pasientene deres ønsket hjelp med. Det kunne være et behov for å omstille seg fra de gamle vanene med feil muskelbruk og muskelmønster. Eller at kroppen var med i alt dette som ble presentert, og at det handlet om balanse og helhet. Kropp og psyke ble beskrevet som skilt i forståelsen til omverdenen rundt informantene. Jeg tolker det dit at informanten har et syn på at disse to henger sammen, eller er ett, og at deres grunnlagsforståelse er preget av en mer fenomenologisk og relasjonsteoretisk tilnærming. Det ble også påpekt at det var mye samtale om kropp og at anamnesen gikk litt mer på kroppshistorie. Informantene formidler en forankring som gjør at kroppen har sin naturlige plass i deres daglige virke som psykomotoriske fysioterapeuter. I en studie som Ottesen og Thornquist (2015) gjorde av hvordan kroppen forstås i styringsdokumenter for psykisk helsearbeid viste det seg at kroppen hovedsakelig knyttes til somatisk helse og fysisk aktivitet. Kun unntaksvis synes den forstått som meningsbærende og uttrykksfull som kilde til innsikt og endring. Videre konkluderte disse to med at studien gir grunn til å etterlyse økt oppmerksomhet på kroppen og sammenheng mellom psykisk og somatisk helse i styringsdokumenter for psykisk helsearbeid. De påpekte at det kunne være slik at kroppen tas for gitt.

I samfunnet generelt har kroppen fått mer og mer oppmerksomhet og det er presentasjonskroppen som blir viktig når vi ikke lenger jobber fysisk og idrett kun er få de få av oss (Gretland, 2007). Samtidig har kroppen – som alt annet i samfunnet – fått varekarakter (Featherstone, 1996). Videre nevner Gretland (2007) at en stigende interesse for kroppen innen psykiatrien kan være en speiling av generell kroppsoptatthet og at det også kan ha sammenheng med at flere pasientgrupper tydeligere uttrykker sine problemer og

mestringsstrategier gjennom kroppen. Et eksempel på dette er pasienter med anoreksi, hvor kroppen blir det dominerende (ibid.). Braatøy og Bülow- Hanssen hadde fokus på nettopp det kroppslige uttrykket (Thornquist & Bunkan, 1995).

Studien til Øien viste at hans informanter uttrykte at de hadde hele kroppen som utgangspunkt for undersøkelsen. Det ble påpekt at kroppslige plager som for eksempel smerter eller pustebesvær kan være uttrykk for emosjonell belastning i hverdagen og som da synliggjøres gjennom det muskulære spenningsnivået og andre kroppslige uttrykk.

Smerter ble ofte beskrevet som et område som for noen pasienter opplevdes som hovedproblemet. Det var alt fra stramme skuldre til at pasienten trengte hjelp til å håndtere smerter. Noen hadde også en ”quickfixbestilling”, de ønsket rask hjelp til å fjerne smertene. Smertens natur er forsøkt forklart på flere måter.

Når det gjelder uforklarte smerter hersker det ofte fantasifulle og fryktsomme forestillinger om årsaken til dette. Det kan betegnes som katastrofetanker eller ”fear avoidance” og innebærer en frykt for smerten i seg selv eller at aktivitet skal føre til smerter som igjen gjør at individet begrenser sin aktivitet og får nedsatt funksjon (Linton & Shaw, 2011).

Den biopsykososiale modellen forsøker å forklare smerter ut fra at, smerter slik den forklares og kommer til uttrykk hos den enkelte, er et resultat av hjernens kontinuerlige bearbeiding av sansemessige, kognitive og emosjonelle input. Altså at smerten henger nøye sammen med hva vi tenker om den og hvilke følelser den vekker hos oss (Ahlsen, 2014). Kirkengen (2002) mener at begrepet ”biopsykososial” er et multifaglig konsept lansert av Engel (1913 – 1999) som ikke er tuftet på noen konsistent teori og ikke er annet enn en språklig konstruksjon. Hun sier at ethvert menneske er situert og intensjonalt. Vi omgjør våre erfaringer til kropp, som reaksjoner, holdninger eller spenninger i samsvar med den meningen vi tillegger dem. Smerten finner sitt sted i den levde kroppen på en meningsfull måte. Kirkengen mener at så lenge medisinfaget er delt opp på en måte hvor kropp og sinn er adskilt, vil faget verken kunne se menneske i sin væren eller smerten i hele sin mening (ibid.). Forutsetningen for en meningsfull menneskelig tilværelse er ikke oppfylt gjennom bare det å være, vi må også være til i samvær med andre (ibid.). Hun mener at en konsistent værenslære, fenomenologien, humanmedisinens forståelsesgrunnlag må integreres i forståelsen av menneskelig lidelse. Uten en slik forankring i værenslære gjør faget både pasienter og de som utøver det urett.

Fremmedgjøringen, naturvitenskapelig i sin begrunnelse og objekt gjørende i sin virkning, representerer den dypeste krenkelse av den menneskelige integritet (ibid.). Det å se smerter i sammenheng med levd liv og invitere pasienten til å fortelle sin historie, eller sette ord på sine tanker, slik de psykomotoriske fysioterapeutene gjør, og fokusere bort fra smerten gir mening ut fra en slik tankegang som Kirkengen beskriver.

I en undersøkelse der kvinner erklærte seg friske av fibromyalgi fant Mengshoel & Heggen (2003) at smertesymptomer funderte som varsel. De varslet om for mye stress, ikke om sykdom eller at noe var galt, men om nødvendigheten av å ta det med ro.

5.1.3 Anerkjennelse

Alle informantene mente at det var viktig med anerkjennelse. Det ble sagt at noen ganger var det viktigere hva de får sagt enn det informantene faktisk gjorde. Anne Werner (2005) sier i sin undersøkelse at en anerkjennende holdning fra legen, som for eksempel å bli lyttet til eller trodd, bidrar til at pasienter i større grad aksepterer, og faktisk tilpasser seg et liv med vedvarende eller tilbakevendende smerter. Det styrer rett og slett tilfriskningsprosessen til pasienten. Det å slippe den kampen det kan være å kjempe for å bli trodd kan frigjøre mye energi til arbeidet som må gjøres for å få det bedre. Det høres rimelig ut at dette er mekanismer som kan overføres til behandlingssituasjonen med pasient og psykomotorisk fysioterapeut også.

Det å bli fulgt av øyne som vil deg vel slik du gjør i terapeutens blikk, mens du setter ord på din historie, kan være med på å bidra til at pasienten kanskje gradvis oppdager seg selv (Kirkengen, 2005). Gjensidig vil det komme at gjennom fortellingen forstår behandler hvor skoen trykker. Det å skape et narrativ som gir individet opplevelse av mening og kontinuitet er et viktig fokus (Teigar Jacobsen, 2016). Dette passer bra med hvordan informantene opplevd at de møter og samhandler med pasientene og slik sett vil jeg påstå at de anerkjenner pasienten som subjekt. I Øiens studie fremkom det også at informantene starter med å samtale med pasienten for å få "et større bilde" av pasienten og at de inkluderer det pasienten formidler som sitt hjelpebehov i sin samlede vurdering. Slik sett anerkjenner de også pasienten som et subjekt.

5.1.4 Tid

I Intervjuene ble tid sett på som en viktig faktor. Det var på forskjellige måter som å bruke tid per gang de så pasienten, bruke tid over tid, tiden ga de en unik posisjon ovenfor pasienten – det var for eksempel den psykomotoriske pasienten som hadde vært der hos pasienten i store deler av helningsprosessen. Jeg tolker det som at det ofte er den psykomotoriske fysioterapeuten som pasienten hadde mest kontakt med i helsevesenet. Det var også det at pasienten hadde en ”tung” psykiatrisk historie, henvist fra DPS, sa en av informantene og det var tidkrevende arbeid.

Kirkengen (2005) sier at det kan være en tidkrevende prosess å nøste tilbake den nærmest usynlige tråden som viser vei til selvet før det ble krenket. Slik sett er det forståelig at det kan ta tid med pasienter som har krenkelser der jeg’et må bygges underveis i behandlingen. Sviland (2014) påpeker at det er et etisk dilemma dette med tid. I dagen helsevesen skal alt helst ha rask behandling og gjerne av kort varighet. Hun påpeker at i hennes studie var det slik at pasienten takket for å ha blitt gitt den tiden hun trengte og at dette nettopp også var Braatøy og Bülow-Hansens erfaringer dette at pasienten ofte trengte tid. Etter hvert blir det vel tydelig at det ikke finnes så mange, om noen, ”Quickfix” behandlinger innen psykisk helsearbeid. Likevel er det å bruke tid et økonomisk anliggende og Hatling (2015) påpeker at når behandlere i en poliklinikk eller privatpraktiserende psykologer eller psykiatere prioriterer få og lange pasientforløp framfor mange og korte, vil det også handle om prioritering av økonomiske ressurser på det viset at behandling blir mindre tilgjengelig for de som står i kø for å få et tilbud. Det er et poeng at det er økonomiske interesser på flere nivå. Pasienten skal ha råd til behandling, terapeuten skal ha lønn, og det er krav til effektivitet i helsevesenet. Jeg tror tankegangen bak Samhandlingsreformen (Helse- og sosialdepartementet, 2012) der man ønsker at den som trenger hjelp skal komme fort til behandling er bra i stedet for slik det blir sagt i denne studien at de psykomotoriske fysioterapeuten ofte er siste post, altså har den som ønsker hjelp vært mange steder før den kommer dit.

5.1.5 Kunnskap og hjelp til selvhjelp

Formidling av kunnskap til pasientene mente informantene at var et viktig behov, og de trakk fram at pasientene hadde behov for psykoedukasjon. Det fremkom som viktig å kunne forklare hvordan ting hang sammen. Det ble sagt at pasientene måtte hjelpes til å se at det som

kanskje hadde vært funksjonelt ikke var så funksjonelt lenger. For eksempel å forsøke å lage en logikk rundt at det var så mange ting som feilte dem, men ingen funn, knyttet til å forklare hvorfor det var vondt, men ingen objektive funn. Begrepet "Sense of Coherence" (SOC) innebærer at man må oppnå følelse av sammenheng i livet, og det oppnås ved det å kunne forstå situasjonen jeg befinner meg i, ha tro på at jeg kan finne frem til løsninger og finne mening i forsøket på å gjøre det (Antonovsky, 2012). Man kan vel si at det er det de psykomotoriske fysioterapeutene forsøker å gjøre seg bruk av, hjelpe pasienten til sitt "Sense of Coherence".

Kirkengen (2002) beskriver en pasient som gjenvant sin balanse ved at hun gjennom å forstå hvordan hennes levde erfaring påvirket hennes aktuelle kroppsopplevelse. Det at hun så sammenhengen, "at ting hang på greip", gjorde henne i stand til å velge hensiktsmessige tiltak som motvirket følelsen av avmakt. Dette var slik pasienten til A – opplevde. Det ga en opplevelse av sammenheng og mening og hun gjenvant balansen og dermed kom seg i arbeid.

I intervjuene jeg har foretatt ble det også påpekt at mange ikke helt vet hva trenger og hvorfor de kommer til behandling men at de har behov for "noe". De har ofte vært hos mange andre typer behandling før de kommer og det er noen ganger andre som har tenkt at det er bra for de. Jeg tenker at for mange mennesker er det ikke kjent sammenhengen mellom levd liv og kroppslige symptomer. Dette er ikke en del av allmennkunnskapen til folk flest. Det at de også ofte har vært mange andre steder før de kommer til psykomotorisk fysioterapi er interessant. Som en av informantene sa; De har forsøkt alt annet og så tatatata....

Psykomotorisk! Det kan virke som det er en det er som en siste utvei noen ganger det å henvise til psykomotorisk fysioterapi. Det kan være multifaktorielle årsaker til at psykomotorisk fysioterapi blir valgt som siste utvei, dette er jo ikke alltid tilfelle, men lange ventelister, lite informasjon om behandlingen etc kan være grunner til dette. Når de nå kommer til psykomotorisk behandling, og det viser seg at psykomotorisk fysioterapi er rett behandlingsform, kan det være fordi fokuset ikke er på sykdommen, men den syke personen (subjektet) man retter seg mot jfr Ekeland (2014). Eller man kan kanskje si at man benytter seg av en form for Recovery som har inkludert kroppen. Ved at man har fokus på oppgaveløsningen, det å "hjelpe" mennesket og tar utgangspunkt i folks håp og ambisjoner. Dette ut fra hvilke verdier personen har og hva eller hun eller han ønsker å oppnå? Ser etter ressurser, er nysgjerrig og interessert i det som fremtrer for seg mer enn av diagnosene, og ut

fra dette finner fram til det som gir mening for personen, samtidig som kroppen er en viktig informasjonskilde.

5.1.6 Brobygger

Informantene påpeker at de ofte er brobyggere eller bindeledd for pasienten ut fra deres private praksiser. Dette beskrives ikke helt ukomplisert og tidkrevende.

Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid, St. meld nr. 47 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008) beskriver “et kompetent helsepersonell – i alle deler av tjenesten”. Samhandlingsreformens problemforståelse viser at tilgjengelige ressurser i framtida må benyttes annerledes enn i dag. De mener de må skje en utvikling og en endring slik at rammebetingelser og praksis enda bedre tilpasses de politiske målene. Videre nevnes det at tidlig intervensjon er viktig og at mange profesjoner kan være med på å bidra i dette arbeidet. Her tenker jeg at de psykomotoriske fysioterapeutene har en god mulighet til å bidra inn i dette arbeidet og på flere arenaer i helsevesenet enn i dag. Det skal likevel nevnes at informantene påpekte sine lange ventelister og at det er en faktor som må ses mer på samt at de mener psykomotoriske fysioterapeuter burde inn på flere arenaer i Helsevesenet. Ikke bare hovedsakelig jobbe i privatpraksis.

Andersen (2014) skisserer et helsevesen som kan benytte seg av en tverrfaglig modell – forhandlingsmodellen. Der tre kunnskapsområder settes i og på spill. Det innebærer en økt bevissthet om at definisjonen av psykisk sykdom inkluderer vektning av både sosiokulturelle forhold, kroppslige forhold og subjektive opplevelser knyttet til egen livssituasjon. Modellen innebærer at man anerkjenner nødvendigheten av både natur-, human- og samfunnsvitenskapelige perspektiver når psykisk sykdom skal avgjøres.

En slik dialog og nettverkspraksis finnes allerede i Finland (Seikkula & Arnkil, 2007) og benyttes også enkelte steder i Norge. Her bruker fagfolk god tid sammen med berørte parter for å finne frem til hvordan dette ”noe” skal benevnes, hvordan situasjonen skal forstås og hva som kan gjøres for å avhjelpe krisen. Med slike tilnærminger som ville et samarbeide allerede være en del av modellen man jobber etter og brobyggingen allerede innebygget i behandlingsopplegget.

5.2 Et system preget av tilfeldigheter og uvitenhet

Empirien utledet fra forskningsspørsmål 2, ”Hvordan passer disse vurderingene med henvisningsdiagnosen og dermed HELFO’s statistikk?” vil bli diskutert i dette avsnittet.

5.2.1 Henvisningsdiagnosen fungerer som inngangsbillett til PMF

Det kommer frem i resultatdelen at informantene var opptatt av at henvisningsdiagnosen og henvisningen er korrekt utfylt av henviser slik at den godtas hos HELFO og utløser refusjon for behandlingen som er gjort. Hva som står på selve henvisningsdiagnosen virket å være mer sekundært. Da denne oppfattes til å være alt fra alt den noen ganger stemmer men er mangelfull, ikke stemmer i det hele tatt, skjuler psykiske lidelser, ikke er viktig for hvilken behandling som blir valgt eller at den faktisk er helt feil. Slik sett blir det at den kun, svært ofte, bare blir en inngangsbillett til psykomotorisk fysioterapi. Likevel ser det ut til at dette ikke har noe å si for vurderingen eller behandlingen pasienten får. Den psykomotoriske fysioterapeuten er fri til å velge behandling uavhengig av henvisningsdiagnose (Helsedirektoratet, 2012). Her kan det se ut som henviser, helsevesenet, HELFO og de psykomotoriske fysioterapeutene er forankret i forskjellige ståsteder med tanke på grunnlagsforståelse. De opererer i hver sin ”verden” men det går tilsynelatende ”helt fint”. Pasienten får den behandlingen de skal ha og terapeuten får lønn. I Øiens (2013) studie kom det frem at informantene på ingen måte opplevde diagnosene de ble henvist med var dekkende men likevel fremstod de ikke som kritiske til diagnoser, eller det underliggende perspektivet som dette bærer med seg av sykdomsforståelse. Øien opplevde dette som paradoksalt i og med at informantene fremstod som svært autonome og selvhevdende i forhold til sin egen forståelsesramme i arbeidet med pasientene. Han satte spørsmål ved om det var mangel på fagpolitisk engasjement eller muligens avmakt hos informantene. Det ble konkludert med at informantene ikke syntes det stod noe særlig på spill selv om det var legens diagnoser som ble videreformidlet til HELFO. Øien så dette som at vurderingen informantene selv gjør og det de formidler eksisterer som to ulike monologer. I Bråtens (1983) tenkning om modellmakt er det slik at man kan se det som mer hensiktsmessig om disse to perspektivene utfylte hverandre for å skape et bedre sykdomsbegrep. Hadde man benyttet seg av Andersens (2014) forhandlingsmodell ville det ikke vært 2 monologer men en dialog. Det må også bemerkes at det er lange tradisjoner for at det er ”andre” og da legen som henviser og kun i senere tid at det er kiropraktor og manuellterapeut.

Bourdieu er opptatt av den fordekte makten i samfunnet (1996). Hierarkiet med at fysioterapeuten er legens underordnede er lang, sett i lys av profesjonsteorier, og det er en etablert kultur hvor pasientene oppsøker lege før de kan gå til fysioterapeut. I St.meld.nr 26 Primærhelsemeldingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014 - 2015) ble det foreslått at det skulle bli direkte tilgang til fysioterapeuter med kommunal driftsavtale, men det ble ikke vedtatt. SINTEF gjorde en undersøkelse hvor det ble sett på manuellterapeutenes henvisningsprosjekt i 2003. Hovedfunnet var da at ”direkte tilgang” bidro til mer fornøyde brukere og samfunnsøkonomiske besparelser. Det er kanskje rimelig å tro at det samme vil gjelde psykomotorisk fysioterapi også. Det ville i tilfelle reflektert den autonomien psykomotoriske fysioterapeuter allerede har i form av undersøkelsestakst og rett til å velge behandling. Samtidig tror jeg Freidsons (2001) begrep ”professionalism” er interessant i denne forbindelse. Psykomotoriske fysioterapeuter som profesjon må opptre kommunikativt og faglig demonstrere autoritet. Hvis ikke vil de undergrave sin kompetansepresentasjon (ibid.).

5.2.2 Autonome fysioterapeuter uten autonomi

Informantene i dette prosjektet ga uttrykk for at de helt og holdent, uavhengig av henvisningsdiagnosen, valgte den behandlingen de fant mest hensiktsmessig. Når det så likevel ikke står i forhold til henvisningsdiagnosen den vurderingen som gjøres blir dette en autonom psykomotorisk fysioterapeut uten autonomi i det offentlige rom. Likevel skulle det faktisk at vi har en egen undersøkelsestakst si noe om en forventning om at vi kan bidra inn i det diagnostiske arbeidet. Man kan stille undres om dette paradokset er tenkt å skulle fortsette i norsk helsevesen. Manuellterapeuter, som også er fysioterapeuter med mastergradsutdanning, har i den senere tid fått utvidet sin autonomi. Ved at de kan henvise til psykomotorisk behandling, sykmelde og henvise til bildediagnostikk. Dette kan bety at vi i fremtiden kanskje kan forvente at det vil gjelde de psykomotoriske fysioterapeutene også. Myndighetsområdene er ikke statiske og er stadig gjenstand for forhandling og reforhandling. Defineringen av hvilken yrkesgruppe som har tilgang og krav på et myndighetsområde vil således endre seg over tid (Sommervold, 1997). Det ble også foreslått at det skal være direkte tilgang til fysioterapibehandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Det ble ikke vedtatt denne gangen. Hvis dette blir vedtatt ved et senere tidspunkt, vil det være med på å gjøre noen forskjell i tilfelle? Hvordan skal det da registreres diagnoser og hvordan skal dette organiseres på best mulig måte?

5.2.3 Fare for skjult psykisk lidelse i henvisningsdiagnosene

Skjult psykisk lidelse et tema som fremkommer i analysematerialet. Det at det ofte står muskel- skjelett lidelser men så er det noe mer/annet. Årsaken til at det er slik kan være mange men det som er viktig ift denne oppgaven er at det forstås som at det blir en underrapportering av psykiske diagnoser og dermed et feil grunnlag for å si noe om hvilke problemområder psykomotoriske fysioterapeuter arbeider med. Det samme fremkom i Øiens studie, han viser til at psykiske lidelser underrapporteres. Man kan spørre seg hvor bevisst henviser er når denne skriver en henvisning og dermed en henvisningsdiagnose. Det er det ikke opp til meg å vurdere men i det kan det ligge både en tillit til den psykomotoriske fysioterapeuten om at behandlingen finner du nok ut av selv og bevisstheten om at det er henvisers diagnose som registreres hos HELFO behøver ikke være tilstede. Det hele kan fort bli veldig tilfeldig uten at det er intensjonen, snarer tvert imot. En av informantene pekte på at det kan være feighet eller en slags ”snillhet” det å ikke gi en psykiatrisk diagnose. Kan det være slik at det er slik at psykiske diagnoser fortsatt er stigmatiserende og derfor ikke blir benyttet? At det er lettere å skrive en henvisning med ”muskel- og skjelettlidelse”?

5.2.4 Misvisende HELFO statistikk

Alt som tidligere er nevnt under kapittelet ”et system preget av tilfeldigheter og uvitenhet” er med på å synliggjøre at statistikken HELFO har om pasienter som kommer til psykomotorisk behandling mest sannsynlig er misvisende. Tre psykomotoriske fysioterapeuter i Øiens studie har bekreftet at korrelasjon med henvisningsdiagnose og deres vurdering av pasienten er mangelfull og det samme har 4 fysioterapeuter i denne studien vist. En mulig forklaring på dette er at henviser og psykomotorisk fysioterapeut ikke har samme grunnlagsforståelse. Henviserne har en biososial sykdomsforståelse hvor pasienten oppfattes mer som et objekt (Ekeland, 2014). Mens de psykomotoriske fysioterapeutene med sin opprinnelse i den psykodynamiske tradisjon og etter hvert mer innen fenomenologien og relasjonstenkning har et syn hvor pasienten er subjektet, individet og medmennesket de undersøker og diagnostiserer. Selve diagnosesystemet, ICPC-2, har sine røtter i en biomedisinsk sykdomsforståelse, der undersøkelse og behandling er rettet mot avgrensede strukturer og biologiske prosesser (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Dette er bakgrunnsteorien for henvisningsdiagnosene. Et mål må være at vi snakker samme språk, altså henvisere og behandlere, og at vi kommuniserer ut til helseverden en mer omforent og beskrivende

vurdering av pasienten. En annen plausibel forklaring kan være som nevnt i kapittel 5.2.3, ”Fare for skjult psykisk lidelse i henvisningsdiagnosene”, det at psykiske lidelser kan være stigmatiserende og derfor velges bort når henvisningsdiagnosen settes. Det nevnes også av informantene at de har forståelse for henvisers ståsted, for som en sier: ”Hva skal den stakkars legen skrive?” De vet kanskje lite om hva vi driver med eller hva vi kan gjøre. Det kan jo hende det er fordi vi ikke har fortalt det?

Dette er vel et uttrykk for at det er en viss åpenhet for at ansvaret for uvitenheten rundt psykomotorisk fysioterapibehandling ligger flere steder, ikke bare på henviser.

Ovennevnte er forhold som leder til at det blir misvisende statistikk om psykomotoriske fysioterapeuters virke hos HELFO. Det nevnes også at det er fort gjort å ikke velge en psykisk lidelse som hoveddiagnose og vi bør kanskje gi tilbakemelding om rekkefølgen på diagnosene til legen? Altså vi bør kanskje gi tilbakemelding til legen da om hva som skal stå i rubrikken som hoveddiagnose.

6.0 Konklusjon

”Privatpraktiserende psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med henvisningsdiagnoser” var spørsmålet jeg stilte ved studiens start.

Studien viste at henvisningsdiagnosen pasientene kommer med oftest er mangelfull, og i liten grad beskriver pasientens problem fullt ut. Den fungerer som oftest som inngangsbillett til psykomotorisk behandling. Det kan synes som at henvisningsdiagnosen er basert på tilfeldigheter og uvitenhet. Øien (2013) fant også i sin studie at henvisningsdiagnosene var utilstrekkelige.

Når det gjelder de psykomotoriske fysioterapeutenes vurdering av pasientens behov når de kommer til behandling mente informantene at det ofte var sammensatte problemer og et ønske om en bedre hverdag. Pasientene vet ofte ikke hvorfor de kommer eller hva de kan få hjelp til men de ønsker hjelp til ”noe”, for de vil ikke ha det slik de har det. Kroppen er også sentral i informantenes vurdering og også tid. Studien viste også at det er grunn til å tro at det er en del skjult psykisk lidelse/uhelse fordi det ofte er muskel- skjelettlidelser som står som henvisningsdiagnose men at det ofte er noe ”psykisk” også. Et godt eksempel på dette fra denne studien er henvisninger fra DPS med muskel- skjelettlidelse som henvisningsdiagnose, eller at det på henvisningen står myalgi og så er det en lang historie om overgrep. En forklaring på at det er slik kan være at henvisere og de psykomotoriske fysioterapeutene har ulik grunnlagsforståelse eller at det er mye uvitenhet rundt henvisningsordningen.

Studien påpeker at det at det er diskrepans i den vurderingen psykomotoriske fysioterapeuter gjør av pasienten som kommer til de og henvisningsdiagnosen pasienten kommer med og at dette igjen fører til en misvisende statistikk hos HELFO om hva de lider av de som kommer til psykomotorisk behandling i privatpraksis med driftstilskudd. Dette kan gi et feilaktig bilde av psykomotorisk praksis og danne et ufullstendig grunnlag for helsepolitiske prioriteringer.

6.1 Implikasjoner for praksis

Jeg håper denne studien kan bidra til innsikt i hvordan statistikk lages utfra HELFO databasen om psykomotoriske fysioterapeuter med driftstilskudds virke i primærhelsetjenesten. Hvis

henvisere ble kjent med denne praksisen med å lage statistikk ut fra deres henvisningsdiagnoser kanskje det ville føre til en annen oppmerksomhet rundt dette slik at statistikken viste et bedre bilde av psykomotoriske fysioterapeuters virke. Kanskje HELFO er interessert i å få innsikt i at det er slik at det er diskrepans i vurderingen psykomotoriske fysioterapeuter med driftstilskudd gjør og henvisers diagnose. Kanskje psykomotoriske fysioterapeuter vil bli mer engasjert i å sørge for å gi tilbakemelding til behandler om hvilken diagnose som de mener burde stå. Eller aller helst, kunne det være et håp om at oppgaven er med på å være et bittelite bidrag for å forandre på hvordan vi beskriver pasienter innen psykisk helse. Tiden er moden for et annet, mer beskrivende, system.

I tillegg kan det virke som om det er på tide å se nærmere på hvordan man nyttiggjør seg den kompetansen som allerede er der, de psykomotoriske fysioterapeutene, innen psykisk helsearbeid. Jeg stiller spørsmål om den benyttes mest hensiktsmessig med tanke på psykomotoriske fysioterapeuter og en naturlig arena ville være for eksempel deltagelse i flere tverrfaglige team på arenaer innenfor både spesialist – og primærhelsetjenesten.

Psykomotorisk fysioterapi kan også være et viktig bidrag inn i den medisinfrie tilnærmingen.

6.2 Implikasjoner for videre forskning

For fremtiden tenker jeg at det trengs mer forskning rundt psykomotoriske fysioterapeuters virke. Det er fremdeles lite forskning på hvilke pasienter psykomotoriske fysioterapeuter jobber med. Et mål må være å beskrive virkeligheten best mulig og med dagens praksis med å lage statistikk av henvisningsdiagnosene kan det se ut som dette ikke er tilfelle. Kanskje vil en direkte tilgang til psykomotorisk fysioterapi gjøre dette mer synlig ved at den psykomotoriske fysioterapeuten blir den som beskriver behovet til pasienten. Inntil det måtte komme en direkte tilgang er det fortsatt viktig å rette søkelyset mot henvisningsdiagnosene og også utforske andre deler av HELFO databasen.

LITTERATURLISTE

Abbott, A. (1988). *The System of Professions. An Essay on the Division of Labour*. Chichago: The University of Chichago Press.

Ahlsten, B. (2014). Veier til ny innsikt eller reproduksjon av kjønns spesifikke myter? Biopsykososiale perspektiver på kroniske smerter. *Tidsskriftet Fysioterapeuten* 2014 (10)

Andersen, A.J.W. (2014). Psykisk sykdom – et resultat av forhandlinger? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 2014 (3) s. 201-210

Antonovsky, A., & Sjøbu, A. (2012). *Helsens mysterium : den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Bengtsson, J. (1998). *Fenomenologiska utflykter*. Göteborg: Bokförlaget Daidalos AB

Biong, S. (2012) Lær av de som “kommer seg” i NAPHA, desember 2012.
<https://www.napha.no/content/13254/Lar-av-de-som-quotkommer-segquot>

Borg, M. & Karlsson, B. (2011). Recovery – hva så? Om erfaringsbasert kunnskapsvilkår og muligheter. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 2011 (4) s. 314-323

Bourdieu, P. (1996). *Symbolisk makt*. Oslo: Pax Forlag

Breitve, M. & Hynninen M. & Kvåle, A. (2008). Emosjonelle symptomer og helseplager hos pasienter som oppsøker psykomotorisk fysioterapi. *Tidsskriftet Fysioterapeuten* 2012

Bretteville-Jensen, A. L. & Kaarbøe, O. (2004). Innsatsstyrt finansiering også i psykiatrien? *Tidsskrift for den norske legeforening* 124, 2379-2381.

Bråten, S. (1983). *Dialogens vilkår i datasamfunnet – essays om modellmonopol og meningshorisont i organisasjons- og informasjonssammenheng*. Del I. s. 1-75. Oslo: Universitetsforlaget

Bunkan, B. (2008). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Carr, D. (1987). *Interpreting Husserl: Critical and Comparative Studies*. Dordrecht: Martinus Nijhoff

Direktoratet for ehelse (2016). *ICPC-2 Den internasjonale klassifikasjonen for primærhelsetjenesten*. www.ehelse.no/standarder-kodeverk-og-referanse katalog/helsefaglig/Icpc-2

Direktoratet for ehelse (2016). *ICD-10 (ICD-11) Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. <https://ehelse.no/standarder-kodeverk-og-referanse katalog/helsefaglige-kodeverk/Ikodeverket-cd-10-og-icd-11>

Engelstad, F. (1999): "Innledning av Fredrik Engelstad" i Weber, Max (1999): *Verdi og handling*. Oslo: Pax forlag A/S

Ekeland, T-J. (2014). Fra subjekt til objekt – og tilbake igjen? *Tidsskrift for psykisk helse* 2014 (3), s. 211-220.

Ekeland, T-J. (2011). Ny kunnskap – ny praksis? Et nytt psykisk helsevern. Skien: Erfaringskompetanse.no 2011:1 (www.erfaringskompetanse.no).

Ekeland, T-J & Bergem, R. (2006). The negotiation of identity among People with mental illness in rural communities. *Community Mental Health Journal* 2006 (3) s. 225-232.

Erichsen, V. (red.) (1996): *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. Oslo: Tano Aschehoug.

Fagermoen, M. S. (2005). Kvalitative studier og kvalitetskriterier. *Norsk Tidsskrift for sykepleieforskning* 2005 (7) s. 40-54

Fou-plan for klinisk helseforskning 2007-2010, Høgskolen i Sogn og Fjordane, avdeling for helsefag, Førde.

Freidson, E. (2001) *Professionalism, The third logic*. Cambridge: Polity Press

FYSIOPRIM, (2015, 27. november). Systematisk registrering av data i fysioterapi praksis.
fra:<http://www.med.uio.no/helsam/forskning/grupper/fysioprim/>

Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen. Fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget

Gretland, A. (2011). *Hva er psykomotorisk fysioterapi?* Upublisert manuskript. Universitetet i Tromsø.
<http://www.fysio.no/content/download/47112/535482/file/Foredrag%20NFF%2016.%20jan11.pdf>.

Halvorsen, Knut. (2004). *Forskningsmetode for helse- og sosialfag – en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Hatling, T. (2015). Fra objekt til subjekt -og tilbake? Et kritisk blikk. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 2015 (01).

HELFO. (2016) Om Helfo. www.Helfo.no

Helsedirektoratet (2012). delutredning 1: Vurdering av offentlig spesialistgodkjenning for aktuelle helsepersonellgrupper. URL:
<http://www.helsedirektoratet.no/helsepersonell/spesialistomradet/delprosjekter/Documents/delutredning-1-vurdering-av-offentlig-spesialistgodkjenning-forside.pdf>

Kap. 9: Vurdering av offentlig spesialistgodkjenning av fysioterapeuter 28-40

Helse- og omsorgsdepartementet (1996). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. St. meld nr. 25 (1996 - 1997). Oslo: Departementet

Helse- og omsorgsdepartementet (2008). Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid. St. meld nr. 47 (2008-2009). Oslo: Departementet

Helse- og omsorgsdepartementet (2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. St. meld nr. 26 (2015). Oslo: Departementet

Helse- og omsorgsdepartementet (2015). Folkehelsemeldingen – mestring og muligheter. Meld. St. 19 (2014-2015). Oslo: Departementet

Høyskolen i Buskerud og Vestfold. Studieplan for master I klinisk helsearbeid HBV, 2012-2016.

Hummelvoll, J. K. & Dahl, T. E. (2012). Helt – ikke stykkevis og delt. *Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk

Johannessen et al. (2010) . *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag AS.

Kirkengen, A. L. (2002). Begrepet ”funksjonell lidelse” vitner om biomedisinens dysfunksjonelle teorigrunnlag. *Tidsskriftet for Den norske legeforening*, 2002 (27), 2647 – 2649.

Kirkengen, A. L. & Thornquist, E. (2012). The lived body as a medical topic: an argument for an ethically infomed epistemologi. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2012 (18) s. 1095-1101.

Kvale, & Brinkmann, (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag as.

Linton, S. J & Shaw, W. S (2011). Impact of Psychological Factors in the Experience of Pain. *Physical therapy*, 1991 (5). Doi: 10.2522/ptj.20100330

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. 2.utg.* Oslo: Universitetsforlaget

Malterud, K. (2015). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. 3.utg.* Oslo: Universitetsforlaget.

Mengshoel, A.M & Heggen, K. (2004). Recovery from fibrolyalgia – previous patients own experiences. *Disability and Rehabilitation* 26 46-53.

Norsk Fysioterapeutforbund (NFF), (2016), Hva kreves for å bli spesialist?

<https://fysio.no/Forbundsforbunden/Kompetanseutvikling/Spesialistgodkjenning/Hva-keves-for-aa-bli-spesialist>. (nedlastet: 27.08.2016).

Norvoll, R. (2013). *Samfunn og psykisk helse: samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Ottesen, A. & Thornquist, E. (2015). Kroppen i styringsdokumenter for psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2015 (02)

Paulsen, H & Nydal, T. (2011). *Analyse rapport – Statistikk over fysioterapeuters takstbruk 2012*. HELFO Økonomiforvaltningen.

Polit, D & Beck, C. T. (2004). *Nursing research. Principles and methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Ruyter, K. (Red.). (2003). *Forskningsetikk. Beskyttelse av enkeltpersoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet. Fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget

Schiøtz, A. (2003): *Folkets helse - landets styrke 1850-2003*. Oslo: Universitetsforlaget.

Seikkula, J. & Arnkil, T. E. (2007). *Nettverksdialoger*. Oslo: Universitetsforlaget

Sommervold, W. (1996): ”Ledelse i sykepleien: Forståelsesmåter i endring” i Erichsen, V. (red.) *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. TANO Aschehoug.

Sviland, R. (2005). Om å komme til seg selv – gjennom sansning, bevegelse og forståelse: en hermeneutisk analyse av tekster av Trygve Braatøy i lys av Løgstrups sansefilosofi. (Hovedfagsoppgave i Helsefag, Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet I Bergen.)

Sviland, R. (2014). *Norwegian Psychomotor Physiotherapy and Embodied Narrative Identity*. Bergen: Universitetet i Bergen (Doktorgrad).

Teigar Jacobsen, J. (2016). Hva traumer gjør med oss. <https://psykologisk.no/2016/07/hva-traumer-gjor-med-oss/> (Nedlastet 2 september 2016)

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget

Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Thornquist, E. (2006). Psykomotorisk fysioterapi – tenkning og tilnærming, del 1. *Utposten* 2006 (5) s. 28-33.

Thornquist, E. & Bunkan, B. H. (1995). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Pensumtjenesten AS, Universitetsforlaget.

Tomasdottir et al. (2015). Self reported Childhood Difficulties, Adult Morbidity and Allostatic Load. A Cross-Sectional Analysis of the Norwegian HUNT Study. <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0130591> (nedlastet 2 september 2016)

Vasseljen, O. & Hansen, A. (2002). Pasienter i privat praksis. Hvem er de og hva lider de av? *Tidsskriftet Fysioterapeuten* (5) mai 2002.

Vidar Ø. (2013). *Elektroniske refusjonskrav til HELFO- en kilde til kunnskap om psykomotoriske fysioterapeuter? (Masteroppgave)*. Tromsø: Universitetet i Tromsø.

Werner, A. (2005). Kamper for (tro)verdighet: kvinner med ubestemte helseplager I møtet med legen og dagliglivet. (Doktoravhandling, senter for kvinne- og kjønnsforskning, Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet I Oslo). Oslo: Unipub AS.

World Health Organization (WHO). The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986.

www.who.int/healthpromotion/conference/previous/ottawa

World Medical Association (2008). Declaration of Helsinki Ethical Principles of Medical Research Involving Human Subjects. www.wma.net/en/30publication/10policies/b3

Yalom, I. (2009). *Terapiens gave*. Oslo: PAX FORLAG A/S

Øvreberg, G. & Andersen, T. (2002). Aadel Bülow-Hansens fysioterapi. Skarnes: Compendius Forlag AS

Vedlegg 1

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Stian Nissen Biong
Institutt for sykepleievitenskap (Drammen) Høgskolen i Buskerud og Vestfold
Postboks 7053
3007 DRAMMEN

Vår dato: 19.01.2016

Vår ref: 46180 / 3 / ANH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 17.12.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

46180	<i>Privatpraktiserende psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med henvisningsdiagnoser</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Buskerud og Vestfold, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Stian Nissen Biong</i>
Student	<i>Kari-Line Bakkene</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.07.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Agnete Hesesevik

Kontaktperson: Agnete Hesesevik tlf: 55 58 27 97

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kvre.svarva@svt.ntnu.no

Vedlegg 2

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med masteroppgave ved
Høgskolen i Sørøst-Norge (tidligere HBV).

Til *deg* som er privatpraktiserende psykomotorisk fysioterapeut med
kommunalt driftstilskudd.

Denne masteroppgaven søker å utforske privatpraktiserende psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med henvisningsdiagnoser, særlig hvordan henvisningsdiagnosen pasienten kommer med fra legen passer med hva den psykomotoriske fysioterapeuten opplever er pasientens lidelse/problem. Hensikten vil være å utvikle kunnskap om disse erfaringene. Mitt litteratursøk viser at det mangler kunnskap om dette feltet. Studien vil således ha relevans for å beskrive og gi innsikt i psykomotoriske fysioterapeuters virkefelt innen psykisk helsearbeid og klinisk helsearbeid. Dette vil så sees i sammenheng med den informasjonen som ligger i HELFOs database. Det vil også rettes et søkelys mot systemmessige konsekvenser.

Oppgaven vil ut fra dette diskutere konsekvensene av at HELFOs database brukes som kunnskapskilde for å betrakte psykomotorisk fysioterapi. For å belyse problemstillingen ønsker jeg å intervju psykomotoriske fysioterapeuter i privat praksis, og som mottar driftstilskudd.

Det er slik at man kan tenke seg at kunnskap om hvilke pasienter vi behandler er viktig å fremstille riktig, med tanke på at det er ut fra denne kunnskapen det gjøres økonomiske og helsepolitiske prioriteringer.

Etter å ha jobbet i privat praksis som psykomotorisk fysioterapeut og hatt mange pasienter med ulike diagnoser i behandling samt sittet i styret for faggruppen for psykomotorisk fysioterapi i NFF ble jeg nysgjerrig på hvilke pasientkategorier psykomotoriske fysioterapeuter behandler og hvordan offentlig statistikk lages om vår yrkesgruppe. Etter å ha

søkt i litteraturen samt funnet en masteroppgave fra Øien ved UiT 2013 som setter spørsmålstegn ved innholdet hva gjelder psykomotoriske fysioterapeuters virke i hele HELFOs database, ble jeg enda mer nysgjerrig på hvilke pasienter som behandles i psykomotorisk privat praksis.

Hva innebærer intervjuet?

Det vil bli brukt lydopptaker og jeg vil ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent en time og vi blir sammen enige om tid og sted. Denne informasjonen er sendt deg slik at du kan ta stilling til om du ønsker å stille som informant. Spørsmålene dreier seg om hvordan psykomotoriske fysioterapeuter beskriver sine vurderinger av behovene til pasienter som får behandling hos dem, og hvordan disse vurderingene eventuelt skiller seg fra henvisningsdiagnosen fra legen og da også HELFOs tall om psykomotoriske fysioterapeuter.

Frivillig deltagelse.

Deltagelse er frivillig og du kan trekke deg når det skulle være underveis i prosjektet. Du må ikke gi noen nærmere forklaring i så tilfelle. Prosjektet har ikke økonomi til å dekke eventuell tapt arbeidsfortjeneste og det gis ikke honorar for deltagelse.

Erklæring om inngåelse av samtykke.

Intervjuet blir spilt inn på lydopptaker. Lydmaterialet blir skrevet ut på papir for analyse. Transkripsjon av lydopptak vil bli gjort slik at du som informant er sikret konfidensialitet. Hver informant gis en fiktiv betegnelse og opplysninger som kunne gi grunnlag for persongjenkjenning vil bli endret eller utelatt. Det vil således ikke være mulig å identifisere deg ut fra det skriftlige materialet i oppgaven.

Hva skjer med informasjonen informantene har avgitt?

Transkriberte intervju vil bli brukt i masteroppgaven. Ved bestått eksamen publiseres masteroppgaven elektronisk ved HSN.

Anonymisering

Lydopptak kan inneholde indirekte personidentifiserende informasjon. I fremstillingen av oppgaven vil sitater bli brukt på en slik måte at ingen skal kunne kjennes igjen. Lydopptak, transkripsjon og øvrige data slettes senest 01.07.2017.

Kontaktinformasjon

Ved spørsmål kan du kontakte meg på 90957338 eller mail: klbakke@online.no Du kan også kontakte veileder Professor Stian Nissen Biong, Fakultet for helsevitenskap, Institutt for sykepleievitenskap ved HSN, campus Drammen på 31009555 eller mail: stian.biong@hbv.no

Oppgaven antas å være ferdig i mai 2016 og er planlagt publisert samme høst.

Takk for at du deltar!

Med vennlig hilsen,

Kari-Line Bakkene

Psykomotorisk fysioterapeut /masterstudent klinisk helse, psykisk helsearbeid Høgskolen i Sørøst-Norge

Intervjuspørsmål

Om pasientens behov

- Hvordan vil du beskrive behovet pasientene har når de kommer til deg?
- Hva tenker du er det viktigste du kan bidra med for pasienten?

Om diagnoser

- Kan du fortelle litt om hva du tenker om henvisningsdiagnoser?
- Hvordan opplever du at diagnosen beskriver pasienten du har i behandling?
- Hvilke tanker gjør du deg om eventuelle avvik mellom henvisningsdiagnoser og den diagnosen du gir?

Om henvisningspraksis til privatpraktiserende psykomotorisk fysioterapi


- Hvilke tanker gjør du deg om henvisningspraksis til psykomotorisk fysioterapi i privat praksis i dag?
- Hva tenker du om fri tilgang til fysioterapibehandling?

Om systemmessige forhold

- Hvilke tanker gjør du deg om hva som registreres hos HELFO når du sender inn oppgjør dit?
- Hva tenker du om dagens organisering av psykomotorisk privatpraksis?

Pilotstudie for psykomotoriske fysioterapeuter i
privat praksis
Fagkongressen 2015
Kari-Line Bakkene
Psykomotorisk fysioterapeut
Masterstudent HBV

Hva er vanligste henvisningsdiagnose til PMF i din praksis?

Muskel- og skjelett lidelser	19		
Nevrologiske lidelser			
Operative inngrep			
Psykiske lidelser			7 (6 dobbelt krysset)
Lungelidelser			
Annet			
Hvis annet skriv her			<hr/>

SVAR:

- ofte sammensatte lidelser
- gode henvisninger fra psykiater som pmfer er samlokalisert med, ikke gode fra fastleger.
- endrer seg mer mot psykiske lidelser pga mitt nettverk nå.
- psykiatri fordi jeg får pasienter fra BUP.

Opplever du at pasientens henvisningsdiagnose(r) er i overenstemmelse med den diagnosen du mener passer pasientens hovedproblem?

Ja ☐ 5 ☐ Nei 16

En krysset på både ja/nei steder.

Hva er den vanligste problematikken pasienter kommer med til deg?

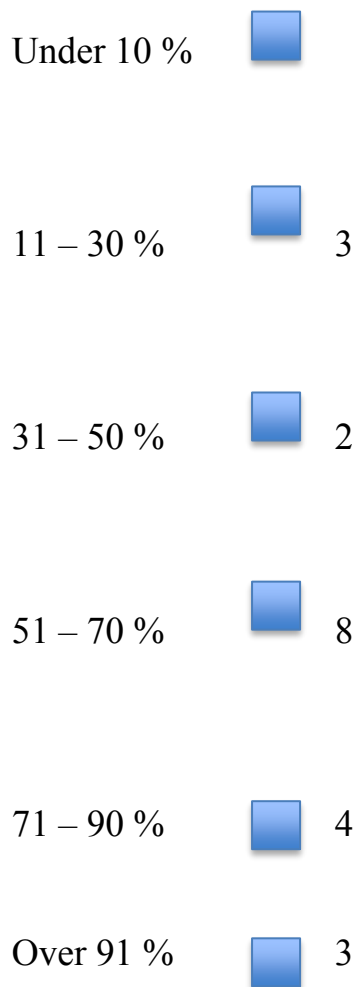
Muskel- og skjelett lidelser	7 med	<input type="checkbox"/>	ett kryss og 3 dobbelt
Nevrologiske lidelser		<input type="checkbox"/>	
Operative inngrep		<input type="checkbox"/>	
Psykiske lidelser	6	<input type="checkbox"/>	med ett kryss og 3 dobbelt mst
og 2 dobbelt annet.			
Lungelidelser		<input type="checkbox"/>	
Annet	2	<input type="checkbox"/>	med ett kryss og 2 dobbelt med
psykiske lidelser			

Hvis annet skriv

her _____

- Traumer, belastninger
- Traumer (PTSD), angst, depresjon, ruslrelaterte lidelser
- Sammensatt belastningsproblematikk, traumer, vedvarende stress.
- Mye levd liv – traumer i bunnen

Hvor stor prosentandel tror du av dine pasienter har et traume?



Takk for at du tok deg tid til å svare!

Tabell 1

Eksempel på Koder – Trinn 2
Forskningsspørsmål 1

Kode	Informant	Informant	Informant	Informant
Smerter	XXX	X		
Bedre hverdag	XX		XX	XX
Vet ofte ikke hva de kommer for	XX		XX	XX
Kunnskap	XXXX	X	XXXX	X
Håndtere	X	XX		
Relasjonsproblemer	X	XXX		X
Sammensatte problemer	X	XX	X	X
Kropp	X	X	XXX	XXX
Bli møtt/anerkjennelse	XXX	X		XX
Bindeledd			X	X
Tid	X	XX	XX	X
Fokus		X		
Hjelp til selvhjelp	X	XXXX		X
Skjult psykiatri	X		X	XX

Et eksempel på analyseprosessen fra forskningsspørsmål 1

Hva har jeg gjort	Trinn 1	Trinn 2	Trinn 3	Trinn 4
	<p>Leste igjennom og gjorde meg kjent med materialet. Skrev ned i stikkordsform essensen av de impresjonistiske resymeene. Skrev ned temaer som skimtes i materialet.</p>	<p>Systematisk gjennomgang av materialet (intervjuene) linje for linje. Identifiserer meningsbærende enheter. Velger ut tekst som bærer med seg kunnskap om ett eller flere av temaene i første trinn. Samtidig som de meningsbærende enhetene identifiseres begynner man å systematisere dem. Dette kalles koding. Starter å reflektere over hvorvidt kodene representerer fenomener av noenlunde samme klasse. Organiserer materialet i en matrise. Skrev ned også i form av tekst.</p>	<p>Abstrahere kunnskapen som hver av kodegruppene representerer. Systematisk hente ut mening ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som i analysetrinn 2 ble identifisert og klassifisert. For resten av materialet sorterer vi de meningsbærende enhetene i grupper etter koder. Når det er gjort har vi redusert materialet til et dekontekstualisert utvalg av sorterte og meningsbærende enheter.</p>	<p>Sammenfatte kunnskap fra hver enkelt kodegruppe og subgruppe. Her forstår jeg at jeg skal skrive en innholdsbeskrivelse hvor vi formidler en utvalgt side ved av prosjektets problemstilling.</p>
			<p>Jeg sitter igjen med 4 grupper av meningsbærende enheter som forhåpentligvis sier noe om hvordan privatpraktiserende psykomotoriske fysioterapeuter beskriver hvilket behov pasientene som kommer til de i behandling har. Ikke med 120 tekstsider av intervjuet.</p>	
			<p>Kondenserer og fortetter innholdet i hver subgruppe ved å utvikle et kunstig sitat – et artefakt forankret i data. Gjenfortelles med informantens egne ord og begreper fra meningsbærende enheter. Brukt jeg form.</p>	

