



**Jeg kan ikke prioritere deg:**  
Kommunale fysioterapeuters opplevelse med prioriteringer i møte med  
nevrologiske brukere.

**Tone Kaasbøll Andresen**

**Mastergradsoppgave i helsefag,  
studieretning klinisk nevrologisk fysioterapi,  
fordypning voksen.**

Institutt for helse- og omsorgsfag  
Det helsevitenskapelige fakultet  
UiT Norges arktiske universitet

Oktober 2016

21539 Ord

## FORORD

Mitt første møte med kommunens fysioterapitjeneste var som turnusfysioterapeut i en bydel i Oslo. Jeg ble alt her fasinert over det prioriteringsansvaret de kommunale fysioterapeutene satt med. Mitt neste møte med den kommunale fysioterapitjenesten var i forbindelse med masterstudiet, hvor jeg hadde praksis i en annen bydel. Her opplevde jeg mer håndfast hvordan det var å ha dette ansvaret, samt hvor utfordrende det kunne være. Det å stå ansikt til ansikt med brukere, og forsøke å avslutte en behandlingssekvens opplevdes for meg vanskelig. Flere ganger startet jeg samtalen, men endte opp med å fortsette behandling. Det er disse opplevelsene som videre vekket min interesse for hvordan andre fysioterapeuter, gjerne med mer erfaring, håndterer slike situasjoner. Utenom dette, ønsket jeg å få en bredere innsikt i systemet hvor prioriteringer tas. Mer spesifikt i den kommunale helsetjenesten.

Det å ha skrevet en masteroppgave har vært en spennende og lærerik prosess, om så til tider utfordrende. Derfor er jeg veldig takknemlig for all den gode hjelpen jeg har fått. Først og fremst vil jeg gi en stor takk til min veileder Eirik Lind Irgens. Takk for alle kommentarer, både små og store, både i hverdagene og i helger. Det har vært til uvurderlig hjelp. Takk også for all støtten og motiverende ord.

Videre vil jeg takke fysioterapeutene, som stilte opp på intervju i en travel hverdag, og var villige til å dele så mye med meg.

Jeg vil også takke min samboer for all støtte og tålmodighet gjennom skriveprosessen, og tilslutt vil jeg takke min kusine for gjennomlesning og korrektur av avhandlingen.

Tone Kaasbøll Andresen

Oslo, 2016

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Ved innføringen av samhandlingsreformen ble kravet om fysioterapitjeneste i kommunene fjernet. I en situasjonen hvor gapet mellom helseressursene og behovet er økende, har dette ført til en stagnasjon eller reduksjon av det kommunale fysioterapitilbudet. Samtidig har det skjedd en økning i andelen av nevrologiske brukere. I en slik situasjon kreves det strengere prioriteringer av hvem som skal få fysioterapi, samt hvor mye og hvor lenge.

**Hensikten:** er å få innblikk i hvordan erfarne kommunale fysioterapeuter i Oslo og Akershus opplever å ta prioriteringer i arbeidet med nevrologiske brukere.

**Materiale og metode:** Avhandlingen er basert på semistrukturerte intervjuer med tre erfarne fysioterapeuter. Denne dataen ble analysert med hjelp av systematisk tekstkondensering. Prioriteringsnøkklene til kommunene er også en del av datagrunnlaget.

**Resultat:** Fra denne analysen kom tre temaer frem; fysioterapeutens identitet, Ytre press og utilstrekkelighet. Fysioterapeutens identitet besto av å opprettholde høy kvalitet på tjenesten, samt å være et medmenneske overfor brukerne. Temaet ytre press besto av to deler; press fra brukerne og press fra kommuneadministrasjonen. Analysen viste videre at fysioterapeutene sto i et krysspunkt mellom disse to pressene. I denne situasjonen så det ut til at fysioterapeutenes identitet var med på å ytterligere øke presset. I sum førte dette til det tredje temaet, en opplevelse av utilstrekkelighet.

**Nøkkelord:**

Fysioterapi, kommunehelsetjenesten, nevrologi, prioriteringer, profesjonsetikk, roller.

## ABSTRACT

**Background:** With the introduction of the 2012 Health Reform (samhandlingsreformen), the requirement of having a physical therapy services in the municipalities was removed. This has led to a stagnation or reduction of the physical therapy services in the municipalities, since the gap between health resources and the demand of the services are increasing. Meanwhile, there has been an increase in the proportion of neurological patients. This situation requires a stricter management of priorities concerning who should get physiotherapy, as well as how much and for how long.

**Purpose:** is to gain insight into how experienced physiotherapists, in the municipalities, experience taking priorities in regards to neurological patients.

**Material and method:** This thesis is based on semi-structured interviews with three experienced physiotherapists. This data was then analysed with systematic text condensation. Prioritization keys (prioriteringsnøkler) of the different municipalities are also included as part of the data.

**Results:** Three themes emerged from the analysis; professional identity, external pressure and inadequacy. The professional identity theme was composed of the need to maintain a high quality of the service, and the need to be compassionate towards the patients.

The external pressure theme was composed of; pressure from the patients, and pressure from the municipal administration.

The further analysis indicated that the physiotherapists stood in an intersection between the pressure from these two directions. In the intersection, the professional identify seems to put further pressure on the physiotherapists. In sum, this led to the third theme, a sense of inadequacy.

**Keywords:**

Physiotherapy, the municipal health care services, neurology, prioritization, professional ethics, roles.

# INNHALDSFORTEGNELSE

FORORD.....	I
SAMMENDRAG.....	II
ABSTRACT .....	III
1. INNLEDNING .....	1
1.1 Nevrologiske brukere .....	1
1.2 kommunale helsetjenesten: Fremvekst og utfordringer .....	2
1.3 Fysioterapeutens prioriteringer .....	4
1.4 Hensikt og problemstilling.....	4
1.5 Strukturering av oppgaven.....	5
2. TEORETISK REFERANSERAMME.....	6
2.1 Organisasjonsteori.....	6
2.2 Nevrologiske perspektiver.....	8
2.2.1 <i>Plastisitet- grunnlaget for endring</i> .....	8
2.2.2 <i>Dynamiske systemteorier</i> .....	9
2.3 Filosofiske teorier .....	10
2.3.1 <i>Rollebegrepet</i> .....	10
2.3.2 <i>Rawls teori om rettferdighet</i> .....	11
2.3.3 <i>Profesjonsetikk</i> .....	12
2.3.4 <i>Foucault sine fem advarsler om makt</i> .....	14
3. METODE.....	15
3.1 Vitenskapsteoretisk forankring .....	15
3.2 Valg av forskningsdesign .....	16
3.3 Utvalg og rekruttering av informanter .....	17
3.4 Forberedelser og gjennomføring av intervju.....	18
3.5 Sekundære datakilder.....	18
3.6 Bearbeiding og Analyse .....	19
3.7 Etske betraktninger .....	20
3.8 Selvfleksjon og metodiske begrensninger.....	22
4.RESULTATER .....	23
4.1 Ytre press .....	23
4.1.1 <i>Når man må si: «jeg kan ikke prioritere deg».</i> .....	23
4.1.2 <i>Når man får beskjed: «du må spare penger»</i> .....	27
4.2 Fysioterapeutenes identitet.....	37
4.2.1 <i>kvalitet</i> .....	37
4.2.2 <i>medmennesket</i> .....	42

4.3 Utilstrekkelighet.....	45
4.4 Roller og etikk i krysningpunktet.....	48
4.5 Avsluttende diskusjon .....	52
LITTERATURLISTE.....	yy
Vedlegg .....	a
Vedlegg A: Intervjuguide. ....	a
Vedlegg B: Eksempel på prioriteringsnøkkel.....	d
Vedlegg C: Informasjonsskriv og samtykkeskjema.....	i
Vedlegg D: Godkjennelse fra NSD .....	l

# 1. INNLEDNING

I 2015 kåret FN Norge til verdens beste land å bo i (United Nations Development Programme, 2015). Mye av grunnen til dette kommer av at det norske velferdssystemet gir alle i befolkningen et sikkerhetsnett. Dette innebærer blant annet en minimumsinntekt å leve av, gratis utdanning, og ikke minst et offentlig helsevesen som tar vare på alle som blir syke (Hatland, Kuhnle, & Romøren, 2011). Bak velferdsstaten ligger det noen verdier som er førende for hvordan vi ønsker at samfunnet skal være; solidaritet, rettferdighet, likebehandling, forutsigbarhet, og åpenhet for å nevne noen (Kuhnle & Kildal, 2011; NOU (2014:12)). Når dette relateres til helsesektoren innebærer det at vi skal etterstrebe «flest mulig gode leveår, rettferdig fordelt» (NOU (2014:12), s. 12). I dette sitatet kommer det frem at et offentlig helsevesen som dette må ta stilling til hvordan helseressursene skal fordeles. Når ressursene oppleves som tilstrekkelige for å imøtekomme behovene er dette uproblematisk, men når det av ulike årsaker oppstår et betydelig misforhold skaper dette utfordringer for helsesektoren. De senere årene har det nettopp blitt påpekt at avstanden mellom det opplevde behovet, og ressursene er økende (NOU (2014:12); Vike, Brinchmann, Haukelien, Kroken, & Bakken, 2002). I en slik situasjon vil naturlig nok mange forskjellige deler av helsevesenet oppleve et økt press. I denne avhandlingen vil det nettopp rettes fokus mot en slik gruppe, nemlig fysioterapeutene i den kommunale helsetjenesten. Når fysioterapeutene blir presset blir dette til at prioritering får en betydelig rolle i arbeidshverdagen. Prioriteringene omhandler i denne sammenheng; hvem som får behandling, hvor ofte og hvor lenge. I den forbindelse er det en brukergruppe som er spesielt aktuell å se på, nemlig brukere med nevrologiske sykdommer og skader.

## 1.1 Nevrologiske brukere

Når man ser på prioriteringer i kommunehelsetjenesten, er det tre grunner til hvorfor det er aktuelt å se nærmere på brukere med nevrologiske sykdommer og skader (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). For det første er nevrologiske brukere en gruppe med et sammensatt behov. De har en stor variasjon i forhold til hvilke funksjoner som er nedsatt, samt graden av funksjonsnedsettelse (Gjerstad, Helseth, & Rootwelt, 2010). Gruppen inneholder mange ulike sykdommer og skader, som affiserer enten det sentrale- eller det perifere nervesystemet (Gjerstad et al., 2010; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Dette

gjør gruppen spesielt utsatt når prioriteringspresset øker, fordi de til en så stor grad trenger et omfattende og langvarig tilbud.

For det andre er dette en brukergruppe som alt har økt, og kommer til å øke i antall de nærmeste årene. I kommunen i dag har det alt skjedd en økning blant yngre nevrologiske brukere. Undersøkelser påpeker at det har skjedd en tredobling av andelen brukere under 67 år i løpet av de tjue siste årene. I 2009 var andelen brukere under 67 år 38 %, og av disse var det 20 % som var nevrologiske brukere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). En av hovedgrunnene til dette er at flere av nevrologiske brukere nå lever med sykdommen lenger enn tidligere. Ett eksempel her er brukere med multipel sklerose (MS) (Midgard, 2012). I tillegg kommer antallet med nevrologiske brukere øke i fremtiden. Den viktigste grunnen er at andelen eldre i befolkningen kommer til å øke, og med økt alder, øker forekomsten av nevrologiske sykdommer (Cappelen, 2011; Helsedirektoratet, 2010).

Dette gjelder for eksempel hjerneslag, hvor Helsedirektoratet (2010) har estimert at forekomsten vil øke med ca. 50 % de neste tjue årene (Helsedirektoratet, 2010). Dette gjelder også andre nevrologiske lidelser, hvor forekomsten øker med alderen. Ett eksempel her er Parkinson sykdom (Tysnes, 2012).

For det tredje er det potensielt mye å tjene på å prioritere nevrologiske brukere. Dette er både fordi brukergruppen ofte har et stort potensialet for endring, og at vedlikeholdstrening kan ha mye å si i forhold til at de kan være selvstendig lenger (Brodal, 2013; Raine, Meadows, & Lynch-Ellerington, 2009). I sum gjør dette det interessant å undersøke hvordan fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten opplever prioriteringer i møte med denne brukergruppen.

## 1.2 kommunale helsetjenesten: Fremvekst og utfordringer

Før man kan gå nærmere inn på fysioterapeutenes prioriteringer i kommunen, er det viktig å se på hvordan systemet de jobber i fungerer, samt hvordan dette systemet har endret seg de siste årene. Selv om det i mellomkrigstiden var tendenser til at staten tok på seg en større rolle, i forhold til folks velferd, var det først etter andre verdenskrig at en fullverdig velferdsstat vokste frem (Kuhnle & Kildal, 2011). Siden den tid og frem til i dag har velferdsstaten ekspandert. Dette er både i form av det faktiske kronebeløpet som brukes på velferdsgoder, men også i prosentvis andel av bruttonasjonalproduktet (BNP). Av denne økningen går mye til helsegoder (Cappelen, 2011). I 2015 brukte Norge halvparten av helsegodene til medisinsk behandling og rehabilitering (Statistisk sentralbyrå, 2016). For bare



få år siden ble en større andel av den medisinske behandlingen og rehabilitering utført på de statlige sykehusene og andre statlige institusjoner. Mens i dag har større deler av ansvaret blitt flyttet over til kommunene (Romøren, 2011). Den siste store endringen i denne retningen skjedde i 2012, da samhandlingsreformen ble iverksatt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Samhandlingsreformen innebar blant annet; raskere utskrivning fra sykehus (hvor kommunen skulle ha ansvar for pasienten fra dag en), bygge ut og styrke det helsefaglige miljøet i kommunen, øke brukermedvirkning, og et større fokus på å forebygge helseplager og bedre tilbudet til kronikerne. I sum førte dette til at kommunene fikk et betydelig økt ansvar (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Til dette ansvaret fulgte det økt økonomisk bevilgning i form av flere milliarder kroner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014).

I samsvar med at kommunen over en lenger periode har fått tildelt mer ansvar, ble de i kommunehelsereformen anno 1984 pålagt fysioterapitjeneste i kommunene (Nikolaisen, 2015). Målet her var å få en mest mulig jevn fordeling av fysioterapitilbudet uavhengig av bosted. Noe kontraintuitivt ble i imidlertid kravet om fysioterapi i kommunene fjernet med samhandlingsreformen i 2012 (St melding 47, 2009). Dette har ført til enten en stagnasjon eller en nedgang av dekningsgraden av fysioterapeuter i kommunene, samtidig som at behovet har vært økende (Fysioterapiforbund, 2013; Lindvåg, 2013; Nikolaisen, 2015; Norsk Fysioterapeutforbund, 2014). Denne nedbygningen eller stagnasjonen av tjenesten står i sterk kontrast til målsettingen bak samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Også lovmessig er utviklingen i fysioterapitjenesten problematisk, siden det i står Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) §3-1 første ledd at: «Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester». Dette innebærer blant annet helsetjenester i hjemmet, samt habilitering- og rehabilitering (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).<sup>1</sup>

I sum er fysioterapeutens posisjon i kommunen noe uklar. I den samme perioden som uklarheten har oppstått, har imidlertid kravene til fysioterapitjenesten økt. Det er i hovedsak to grunner til dette. For det første blir behandling utført på poliklinikk, og pasienter blir raskere utskrevet fra sykehus. For det andre ser vi en endring i befolkningssammensetningen med en økende andel eldre med kroniske lidelser. (Norsk Fysioterapeutforbund, 2014). I sum fører disse to faktorene til et økt behov for kompetanse, kapasitet og en bedre kvalitet av tjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014; Norsk Fysioterapeutforbund, 2014).

---

<sup>1</sup> Det er verdt å merke seg at etter at informantene har blitt intervjuet har det blitt varslet om en opptrappingsplan, som blant annet snakker om å gjeninnføre lovpålagt fysioterapitjeneste i kommunene. (st. melding 25 Nærhet og helhet)

### 1.3 Fysioterapeutens prioriteringer

Som alt nevnt ser man på statlig nivå at avstanden mellom ressurser og behov ser ut til å være økende. I en slik situasjon er det naturlig at prioriteringer må gjøres på alle nivåene av helsevesenet (NOU (2014:12)). På det kliniske nivået inkluderer dette fysioterapeutenes prioriteringer. Prioriteringer kan i sin enkleste forstand defineres slik: «Å prioritere innebærer å rangere, det vil si å sette noe foran noe annet.» (NOU (2014:12), s. 30). Det er verdt å merke seg at prioriteringer per denne definisjonen ikke nødvendigvis behøver å være bevisst. Så lenge noe blir satt foran noe annet, har man gjennomført en prioritering, om det var et bevisst valg bak eller ikke (NOU (2014:12)).

For den enkelte fysioterapeut er ressursen de skal fordele sin egen arbeidstid. Mer spesifikt innebærer dette hvem som skal få behandling. I tillegg til hvor mange behandlinger hver enkelt bruker skal få, samt over hvor lang tid. Hvordan det oppleves for hver enkelt fysioterapeut å stå i denne prioriteringsprosessen har det blitt forsket lite på. Det eneste tilsvarende studiet ble gjennomført i Finnmark (Nikolaisen, 2015). Her kommer det frem at fysioterapeutene opplever at ressursene de får tildelt ikke står i samsvar med de oppgavene de skal dekke, og pasientenes behov. Videre ble de nødvendige prioriteringene i stor grad overlatt til dem, noe deltakerne opplevde som belastende (Nikolaisen, 2015).

Som denne avhandlingen kommer mer tilbake til siden i resultat- og diskusjonsdelen, har mange kommuner tatt en mer aktiv rolle i fysioterapeutenes prioriteringsarbeid. Dette har i utgangspunktet skjedd ved at de har innført spesifikke prioriteringsnøkler (se vedlegg B), for et eksempel basert på nøklene fra de aktuelle kommunene). Disse prioriteringsnøklerne ble, som vil bli vist i metodekapittelet, en viktig del av datagrunnlaget i denne avhandlingen.

### 1.4 Hensikt og problemstilling

Som vist over har det blitt gjort lite forskning på hvordan fysioterapeuter opplever prioriteringsproblematikk. Forskningen som til nå har blitt gjort på feltet, ser ut til å handle mer om fysioterapeuten i møte med prioritering i rurale strøk (Nikolaisen, 2015). Derfor er det et behov for å undersøke dette også i urbane strøk. Et annet viktig aspekt i studien til Nikolaisen (2015) var at fysioterapeutene opplevde å stå alene med prioriteringer som problematisk. Dette gjør det verdt å kartlegge om dette også er tilfellet i Oslo og Akershus. I tillegg er det som sagt påventet at gruppen med nevrologiske brukere kommer til å øke de neste årene, samtidig som det er uklart om ressursene kommer til å øke i takt med dette. Dette

vil trolig øke belastningen på tjenesten, og det er relevant å kartlegge situasjonen per i dag. Det planlagte avhandlingen stiller derfor spørsmålet:

«Hvordan opplever erfarne fysioterapeuter i Oslo og Akershus prioriteringer i arbeidet med nevrologiske brukere?»

## 1.5 Strukturering av oppgaven

Avhandlingen er videre delt inn i tre kapitler: I det neste kapitlet blir hovedteoriene som blir benyttet i avhandlingen beskrevet. I det påfølgende kapitlet blir avhandlingen metodiske forankring beskrevet. Dette innebærer blant annet rekruttering og beskrivelse av informantene, prosedyrene brukt i forbindelse med intervju og analyse, samt etiske og andre metodiske betraktninger. I det siste kapitlet, som også inneholder hovedtyngden av avhandlingen, blir analysen og diskusjonen presentert. Tilslutt inneholder dette kapitlet en oppsummering og avslutning.

## 2. TEORETISK REFERANSERAMME

For å fullverdig besvare problemstillingen presentert i sist kapittel, ble flere teoretiske perspektiver benyttet. Det følgende kapittelet dekker de viktigste teoriene. Disse teoriene kan grovt sett deles inn i tre kategorier; Organisasjonsteoretiske, nevrologiske og filosofiske.

### 2.1 Organisasjonsteori

Innledningsvis ble det argumentert for at det var nødvendig å ha en viss innsikt i kommunen, for å forstå miljøet fysioterapeutene gjør prioriteringene sine i. Det finnes flere måter kommunen kan bli sett på (Christensen, Egeberg, Lægreid, & Aars, 2014). Men i denne oppgaven er det kommunens rolle som organisasjon som er det viktigste. Organisasjon kan bli definert som «et sosialt system som er bevisst konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål» (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 18). Når vi bruker denne definisjonen på kommunen innebærer «sosial system» at kommunen består av flere enkeltindivider som jobber sammen i ulike sosiale strukturer. Kommunen er bevisst konstruert gjennom en politisk prosess, og en av de viktigste oppgavene den skal løse i denne sammenheng er å fordele og prioritere samfunnets helseressurser (Christensen et al., 2014; Jacobsen & Thorsvik, 2013).

Kommunen som en organisasjon har som alle andre organisasjoner en organisasjonsstruktur. En organisasjonsstruktur kan defineres som de formelle maktstrukturene som finnes i organisasjonen (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Et eksempel her er hvordan kommuneorganisasjonen formelt sett står over fysioterapeutene i et hierarki, og dermed har rett til å legge visse føringer for hvordan fysioterapeutene skal arbeide. Dette kan sees i motsetning til de mer uformelle maktstrukturene som finnes i alle organisasjoner. Et viktig fokus i denne avhandlingen er hvor makt er plassert i organisasjonshierarkiet. Det vil si hvor beslutningsmyndigheten befinner seg i organisasjonen. Generelt sett kan makt sees som mer sentralisert eller mer desentralisert. Med sentralisering menes det at makten flyttes oppover mot lederne i hierarkiet, mens desentralisering er det motsatte (Jacobsen & Thorsvik, 2013). I denne sammenheng kan man se på en kommune som mer desentralisert når fysioterapeutene selv kan fatte mange selvstendige beslutninger, og mer sentralisert når denne myndigheten blir flyttet oppover i kommunehierarkiet.

Når makten til en viss grad er sentralisert, kan man snakke om to ulike styringsformer som de høyere nivåene i organisasjonshierarkiet kan benytte. For det første kan målstyring benyttes. Dette innebærer at lederne i organisasjonen setter ned de målene de lenger nede i

organisasjonen skal nå, uten å legge føringer for hvordan det skal gjennomføres. For det andre kan regelstyring benyttes. Dette innebærer at ledelsen i organisasjonen lager spesifikke prosedyrer som de lavere nivåene i hierarkiet skal følge (Jacobsen & Thorsvik, 2013). I kommunen innebærer målstyring at kommuneadministrasjonen<sup>2</sup> setter spesifikke mål som fysioterapeutene skal etterstrebe. Regelstyring på sin side kan eksempelvis innebære spesifikke behandlingsprosedyrer som fysioterapeutene må etterfølge (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

Felles for disse to styringsformene er at det handler om beslutninger i organisasjonen. I organisasjonsteori har man utviklet modeller som beskriver beslutningsprosesser i organisasjoner. Et viktig skille her er mellom deskriptive og normative modeller (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Normative modeller er idealistiske, som handler om hvordan det burde være, og ikke hvordan situasjoner er. Mer spesifikt bygger disse modellene på ideen om rasjonelle aktører. Dette vil si aktører som handler med et mål for øye, og på en mest mulig effektiv måte. Med andre ord forteller modellen aktørene hvordan fatte den optimale beslutningen (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Deskriptive modeller på sin side, ønsker som det ligger i ordet, å beskrive. Her ønsker man ikke å komme med en optimal løsning, men heller gi et mest mulig riktig bildet av organisasjonen. Med andre ord, hvordan og hvorfor beslutningstakere i organisasjonen tenker og handler slik de gjør (Jacobsen & Thorsvik, 2013). I denne avhandlingen er det to spesifikke beslutningsmodeller som er av interesse. Nemlig regelmodellen, og forhandlingsmodellen.

Regelmodellen er et eksempel på en normativ modell. Den legger vekt på hvordan aktørene lenger nede i en organisasjon kan styres til felles rasjonelle handlinger på bakgrunn av regler som blir laget høyere opp i hierarkiet. Disse reglene er utformet i form av standardprosedyrer, som viser nøyaktig hva aktørene skal gjøre i forskjellige situasjoner. Mer spesifikt kan trekkene ved en regelmodell deles i fire; For det første foreligger det i prosedyrene en mal over alle de ulike situasjonene som kan oppstå på arbeidsplassen. For det andre, må de ansatte når det oppstår en sak bedømme hvilken situasjon i malen dette er. For det tredje når dette er gjort, kobles det spesifikke handlingsregler til de ulike situasjonene, og vedkommende gjennomfører det. Dette er ofte beslutningsmodellen man finner i offentlig forvaltning (Jacobsen & Thorsvik, 2013). De positive aspektene ved denne modellen er at det fremme effektivitet, og likhet. De negative aspektene på sin side er at den kan bli for rigid.

---

<sup>2</sup> Med kommuneadministrasjonen er her brukt som en fellesbetegnelse på alle nivåene som er over fysioterapeutene i et organisasjonshierarki. Fra en nærmeste leder i deres avdeling og alle nivåene helt opptil stortinget.

Dersom det ikke foreligger beskrivelser av alle tenkelige situasjoner eller at reglene ikke lar seg følge, vil fort den ansatte bli handlingslammet (Jacobsen & Thorsvik, 2013). For at denne modellen skal være en effektiv beslutningsmodell for en organisasjon krever det videre at alle i organisasjonen er mer eller mindre enige om både målene til organisasjonen og hvordan disse best kan nås (Jacobsen & Thorsvik, 2013) .

Den andre modellen som er av interesse i denne avhandlingen er forhandlingsmodellen. Denne modellen er mer deskriptiv sammenlignet med regelmodellen i forrige avsnitt. I denne modellen er det ikke en forutsetning at alle i organisasjonen er enig i mål eller middel (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Imidlertid er det en forutsetning for at modellen skal passe at det ikke er totalt diametrale uenigheter. Videre i større organisasjoner er ofte uenighetene angående mål og middel tydeligst mellom ulike profesjoner eller avdelinger. Videre krever modellen at det eksisterer et forhandlingsgrunnlag ved at de ulike partene har en viss makt. Denne makten kan de benytte i situasjoner hvor de møtes, og er forutsetningen for at de kan nå et kompromiss (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

## 2.2 Nevrologiske perspektiver

Ettersom denne avhandlingen handler om prioriteringer av nevrologiske brukere, er det noen bakenforliggende teorier som er av interesse. Dette er fordi det er disse teoriene som er det empiriske grunnlaget for prioriteringsprosessen i møte med de nevrologiske brukerne.

### 2.2.1 Plastisitet- grunnlaget for endring

Det første perspektivet som det er verdt å se på er plastisitet. Plastisitet er definert som nervenes evne til å formes eller endre seg ut i fra bruk (Brodal, 2013; Raine, 2009). På et cellulært nivå innebærer dette at fyringsmønsteret til en presynaptisk celle endrer fyringsmønsteret til en postsynaptisk celle. Når den presynaptiske cellen øker fyringssekvensen til den postsynaptiske cellen, snakker vi om potensiering (potentiation). Mens når den presynaptiske cellen reduserer fyringssekvensen til den postsynaptiske cellen, snakker vi om svekking (depression) (Bear, Connors, & Paradiso, 2007; Brodal, 2013). Uavhengig av om det er snakk om svekking eller potensiering, deler man det inn i korttids- og langtidsplastisitet. Som ordene uttrykker er det snakk om ulikt tidsspenn for endring. Korttidsplastisitet varer under ett sekund til noen få minutter, mens langtidsplastisitet kan vare fra dager til flere år. Innebygd i dette systemet er det en treghet som gjør at endringer ikke skjer for fort. Grunnen til dette er trolig at for kjappe endringer ville heller virke ødeleggende (Bear et al., 2007).

Denne plastisiteten er trolig grunnlaget for all menneskelig læring (Bear et al., 2007; Brodal, 2013). I denne forstand er selvfølgelig plastisitet relevant for mange brukergrupper, ikke kun nevrologiske. Men som vil bli vist i diskusjonen er det grunner til å mene at kunnskap om plastisitet er spesielt relevant når man snakker om nevrologiske brukere.

Dette er fordi de strukturene som før hadde ansvaret for de aktuelle funksjonene er ødelagte, og sentralnervesystemets nevroner ikke kan erstattes eller vokse tilbake igjen. Dette gjør nevrologiske brukere avhengig av at andre deler av sentralnervesystemet (SNS) kan endre seg. Dette gjør at plastisitet blir en vesentlig forutsetning for at de kan oppnå en bedring i funksjon (Brodal, 2013). Denne bedringen ser i hovedsak ut til å komme fra to restitusjonsmekanismer. For det første kan bedring oppstå gjennom substitusjon. Dette vil si at uskadete strukturer i SNS tar over funksjonene, som før ble utført av de nå skadede områdene (Brodal, 2013). For det andre kan en bedring av funksjon skje gjennom kompensasjon. Denne tilpasningsmåten til SNS skjer ved at nærliggende områder rundt skadestedet endrer sin normale funksjon. Dette fører til at symptomene til den nevrologiske brukeren reduseres, eller ved at oppgavene han skal løse utføres med en strategi enn tidligere (Brodal, 2013).

### *2.2.2 Dynamiske systemteorier*

Dynamiske systemteorier er også et relevant perspektiv når man snakker om nevrologiske brukere. I denne avhandlingen er spesifikt den dynamiske systemteorien til Shumway- Cook and Wollacott (2012) benyttet. Modellen viser tre systemer som teoretisk kan adskilles, men som i praksis jobber sammen i et større komplekst og dynamisk system. I kjernen av modellen har vi bevegelse, og det er dette modellen forsøker å forstå kompleksiteten av. Mer konkret prøver modellen å beskrive hvilke systemer som kan hindre en bevegelse (Shumway- Cook & Wollacott, 2012). De systemene som kan være med på å hindre bevegelse er delt inn i tre; individ, oppgave og miljø. Hindringene som er iboende hos individet blir i denne modellen igjen delt inn i kognisjon, persepsjon og handling. Dette blir da de forutsetningene individet har med seg inn i ulike situasjoner hvor bevegelse foregår. Oppgaven på sin side har iboende egenskaper som kan klassifiseres ut i fra en skala fra enkle til mer utfordrende å utføre. Her bruker modellen en klassifisering angående oppgavens krav om mobilitet, stabilitet og manipulasjon (Shumway- Cook & Wollacott, 2012). Dette setter føringer for om individet klarer å gjennomføre en oppgave, eller ikke. Den siste delen av modellen er miljø. Her bedømmes det ut i fra om miljøet er regulerbart eller ikke (Shumway- Cook & Wollacott, 2012). For eksempel kan man flytte en stol ved gange, og stolen anses dermed som

regulerbar. I motsetning til en trapp, som du ikke kan øyeblikkelig endre. Dermed anses den som en ikke-regulerbar. Slike betraktninger er viktige i fysioterapeutenes møte med brukerne, for å lettere kunne danne seg et mer helhetlig inntrykk av brukerens situasjon, men også spesifikt inn i behandlingssituasjonen.

## 2.3 Filosofiske teorier

### 2.3.1 Rollebegrepet

I den følgende avhandlingen blir rollen som fysioterapeut et viktig begrep. Dette er fordi det nettopp i sin rolle som fysioterapeut at informantenes meninger er interessante. Goffman (1992) rollebegrep står dermed helt sentralt. Goffman (1992, s. 23) definerer en rolle som: «utøvelsen av de rettigheter og plikter som er knyttet til en bestemt status». Rollen som en fysioterapeut i dette perspektivet gir dermed visse rettigheter og plikter. Plikter her kan innebefatte alt fra kjernevirksomheten i fysioterapi som er pasientbehandling til mer byråkratiske oppgaver som journalføring. På rettighetssiden kan man bruke tittelen som fysioterapeut med den autoriteten det innebærer. Videre er det viktig å påpeke at Goffman (1992) ikke mener at et individ ikke er låst til en og samme rolle, men at personen kan ha ulike roller i møte med de samme menneskene eller forskjellige mennesker. I denne sammenhengen er ikke fysioterapirollen en enkeltstående rolle, men kan bestå av flere enkeltroller. I denne avhandlingen som vil bli vist er eksempelvis her rollen som behandler i pasientrelasjonen ikke nødvendigvis den samme som den rollen fysioterapeuten har som arbeidstaker ovenfor kommuneadministrasjonen.

Når en rolle spilles ut foran et publikum, i et avgrenset tidsrom og har en effekt på dem, kaller Goffman (1992) dette for en opptreden. En fysioterapeuts opptredener kan eksempelvis utspille seg i en spesifikk behandlingstime i pasientens hjem, eller i et møte med sjefen hvor man diskuterer lengde på ventelistene. Et siste moment som er vesentlig for den kommende diskusjonen er Goffman (1992) sitt syn på normer i en opptreden. I dette synet antar man at en person i sin opptreden prøver å ivareta et inntrykk av at visse normer blir opprettholdt. Disse normene deler han inn i høflighet og sømmelighet. Høflighet er når kommunikasjonen rettes direkte imot publikum, og sømmelighet når kommunikasjonen ikke er direkte mot publikum, men blir iaktatt av dem. Høflighetsnormer blir eksempelvis gjeldende spesifikt mot pasienten man behandler, mens sømmelighetsnormene må ivaretas mot en pårørende som observerer behandlingen. Videre skiller Goffman (1992) mellom



instrumentelle- og moralske krav. Hvor moralske krav blir verdsatt for sin egen del, og instrumentelle krav som blir verdsatt som et middel til å nå et mål. Eksempelvis kan det å vise empati ovenfor en pasient være et mål i seg selv, mens å føre journaler kan være mer for å ha alt på det rene ovenfor administrasjonen.

### *2.3.2 Rawls teori om rettferdighet*

Det er flere etiske perspektiver som er relevante i den følgende avhandlingen. Den første som her tas opp er John Rawls (1999) teori om rettferdighet. Denne teorien er i utgangspunktet svært omfattende både metodisk og i dens konklusjoner, og det er ikke mulighet her til å gjengi mer enn en liten del av den (Sandel, 2010). Det viktige her er imidlertid et sentralt moment i metoden, og de brede konklusjonene Rawls (1999) kommer til. Teorien tar utgangspunkt i spørsmålet om hvordan et rettferdig samfunn skal fordele ressursene sine. Han argumenterer for at et godt svar på dette spørsmålet, avhenger mer av en rettferdig prosess, enn hva som er det gode i seg selv. Dette vil si at prosessen er vel så viktig som utfallet (Rawls, 1999). Sett opp mot prioritering, så er selve prioriteringsprosessen vel så viktig for å komme frem til et godt utfall. For å prøve å nå et svar på dette spørsmålet introduserte han en ny tilnærming som er mye brukt i ettertid, nemlig uvitenhetens slør. I korte trekk stammer denne metoden fra erkjennelsen av at mange aspekter ved en persons liv skaper en slagside når personen skal bedømme rettferdighet (Rawls, 1999). For eksempel vil fort en fysioterapeut som har et spesifikt interessefelt være mer opptatt av at flere ressurser skal tildeles til dette feltet. Samtidig vil ikke fysioterapeuten da være, i dette tenkte eksempelet, objektiv i forhold til at andre brukergrupper trenger vel så mye ressurser om ikke mer. Rawls (1999) løsning på dette slagssideproblemet er å innføre tankeeksperimentet om uvitenhetens slør. I korte trekk spør han seg om hva en person ville valgt som en rettferdig fordeling, hvis han ikke visste noe om sin spesifikke situasjon i verden. Dette vil eksempelvis si at man ikke vet om; man er en fysioterapeut, man har en lønnsinntekt, eller at man har faginteresser. I stedetfor skal denne tenkte personen ha alt av nødvendig bakgrunnskunnskap, som ikke er forbundet med å ha en spesifikk posisjon i samfunnet. Ved å bruke denne kunnskapen og befinne seg bak dette sløret av uvitenhet så mener Rawls (1999) at valgene om hva om er en rettferdig fordeling kan nås. Rawls (1999) mener ikke, at det faktisk er mulig for noen å kunne innta en slik situasjon fullt ut. Dette er ment som et tankeeksperiment.

Fra dette eksperimentet kommer Rawls (1999) frem til to hovedprinsipper. Det første prinsippet går i hovedsak ut på at alle skal ha så mye frihet som de kan ha, uten at dette ødelegger for andres frihet. Det andre prinsippet, som her i denne avhandlingen sees som mest

relevant, er prinsippet om fordeling. Dette prinsippet sier at ulikheter i fordeling skal skje bare hvis en ujevn fordeling gagnar den som får minst, og /eller at det er lik mulighet til å få de forskjellige posisjonene (Rawls, 1999). Det er den første delen av dette som er relevant i denne avhandlingen. For å relatere dette til helsesektoren vil dette si at alle skal få lik tilgang til helseressurser, med mindre en ujevn fordeling vil gagnar den pasientgruppen som får minst. Et tenkt eksempel vil være at en bruker får intensiv behandling over en kort periode, slik at det kan frigjøre ressurser til andre siden.

### *2.3.3 Profesjonsetikk*

Når man skal snakke om etikk i forbindelse med fysioterapi kommer begrepet profesjonsetikk fort i fokus. Profesjonsetikk er på mange måter et omstridt begrep. Mye av denne omstridtheten kommer av at ordet profesjon i seg selv er omdiskutert. I sin enkleste forståelse kan en profesjon ses som et yrke man er faglært i (Christoffersen, 2011). En slik definisjon er for snever for hvordan ordet profesjon brukes i denne oppgaven. Her sees profesjon på som noe mer enn bare kunnskapsbaserte yrker, da det her også legges vekt på at en profesjon har et spesifikt samfunnsmandat. Det vil si spesifikke oppgaver, eller funksjoner, de skal ha i samfunnet og myndigheten til å utføre det. I profesjon ligger det også et sosialt aspekt. Dette er fordi de i profesjonen ser på seg selv som en del av en klar definert enhet, og at samfunnet for øvrig også definerer dem i denne enheten (Christoffersen, 2011). Ut i fra dette kan man definere en profesjonsetikk som: «en kodeks- forstått som et sett med mer eller mindre formaliserte normer og verdier- som skal ivareta den angjeldende profesjonens samfunnsoppdrag» (Christoffersen, 2011, s. 24). Denne definisjonen dekker mange viktige aspekter når man snakker om profesjonsetikk, men som Christoffersen (2011) påpeker blir denne definisjonen litt for snever. Mens definisjonen fanger opp hvordan profesjonene har en forpliktelse ovenfor samfunnet, mangler den det faktumet at en profesjonsutøver også har rettigheter på grunnlag av sin kunnskap og sin posisjon. Ut i fra dette kan også en profesjonsutøver stille et krav om hva de ikke kan, kan, eller burde bli bedt om (Christoffersen, 2011).

Kilden til profesjonsetikk er derfor på sett og vis todelt. På den ene siden har man de politiske dokumentene som er grunnlaget for samfunnsoppdraget. På den andre siden, og trolig viktigere, profesjonens egen organisasjon sine yrkesetiske retningslinjer (Christoffersen, 2011). For fysioterapeuter er dermed den viktigste kilden til sin profesjonsetikk de yrkesetiske retningslinjene, som er utarbeidet av Norges Fysioterapiforbund (2015b). Stortingsmeldinger og andre statlige dokumenter spiller også en viss rolle her (for eksempel, NOU (2014:12) ).

Profesjonsetikken til mange helsefagsprofesjoner som fysioterapi og sykepleie har vært sterkt preget av liberale verdier, som selvbestemmelse og autonomi (Wyller, 2011). Dette er en tradisjon, som for eksempel John Rawls er en del av (Sandel, 1984). I nyere tid har imidlertid profesjonsetikken tatt en ny vending imot dydsetikk (Wyller, 2011).

Mens den eldre profesjonsetikken var opptatt av å fjerne de mellommenneskelige aspektene, er den nyere dydsetiske vendingen nettopp opptatt av viktigheten av disse (Wyller, 2011). «Når vi møter en annen, enten det er en klient eller et hvilket som helst medmenneske, er det noe i selve møtet som forplikter oss» (Wyller, 2011, s. 45). Den nye dydsetikken betyr ikke at man ser helt bort i fra de liberale verdiene, men at disse alene ikke er nok. Ofte blir slike prinsipper for abstrakte, og når man prøver å bruke dem i praksis blir det ofte stor avstand mellom de gode intensjonene og den faktiske atferden (Wyller, 2011). Derfor er det ikke ubetydelig hvilke egenskaper yrkesutøveren har, og helt sentralt her står dyden medmenneskelighet; det å være et godt menneske ovenfor den som trenger hjelp (Wyller, 2011). Videre legger den nye dydsetiske vendingen vekt på det gode liv, hvordan en profesjonsutøver, som en fysioterapeut, skal jobbe for å oppnå dette ovenfor brukeren. Hva som er det gode liv for den enkelte brukeren kan ikke leses ut av en bok eller en prioriteringsnøkkel, men må oppdages gjennom relasjonen med den enkelte (Wyller, 2011).

Et annet viktig aspekt fra dydsetikken som er viktig når man skal diskutere informantenes dydsetiske ståsted er tanken om telos. Et telos kan sees som en ting eller en persons hensikt, som har et mål i seg selv (Sandel, 2010). Eksempelvis kan man si at en fiolins telos er å lage så god musikk som mulig. Det er viktig å påpeke at hvorvidt et telos er oppfylt ikke er et dikotomt skille mellom ja og nei, men en gradering. En fiolin som ligger i et skap oppfyller dermed ikke sitt telos i det hele tatt, en fiolin som blir spilt av en amatør oppfyller sitt telos til en viss grad, men det er først når en fiolin blir spilt av en profesjonell musiker at den fullt ut det. Hvis vi overfører dette til fysioterapi blir spørsmålet om hva hensikten til en fysioterapeut er i seg selv. Hva som er fysioterapiens mål kan sees i de yrkesetiske retningslinjene og andre dokumenter fra deres fagorganisasjon (NFF). Siden dette er fysioterapiens egen definisjon, og dermed deres egen målsetting. Ut i fra disse kan vi se at fysioterapien har blant annet innført to mål i seg selv. For det første er fysioterapeutenes telos: «helsefremming, forebygging og behandling/rehabilitering/habilitering» (Norsk Fysioterapeutforbund, 2015a), og fysioterapeuter oppnår sitt telos mer eller mindre fullstendig ut i fra den faglige kvaliteten de holder på arbeidet. For det andre er god omsorg også en del av fysioterapeutens sitt telos: «Fysioterapeuten skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og

omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra fysioterapeutens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.» (Norsk Fysioterapeutforbund, 2015b).

#### *2.3.4 Foucault sine fem advarsler om makt*

Det i utgangspunktet vanskelig å definere hvor Michel Foucaults teorier skal plasseres (Juritzen & Heggem, 2006). På en side har han skrevet verk som minner mer om historie enn filosofi. Eksempelvis har han skrevet om framveksten av helse-, og fengselsvesenet (Foucault, 1988). Like fullt kan man hevde at makt som et filosofisk konsept ligger mellom linjene i mange av verk hans (Juritzen & Heggem, 2006). Det er dette maktkonseptet av Foucault som er relevant i denne avhandlingen. Da konseptet ofte ligger mer skjult i verkene han, er det krevende å vite nøyaktig hva han mente, men i to foredrag er han mer tydelig. Her kan vi finne frem til fem spesifikke forholdsregler som kan benyttes når man skal studere maktrelasjoner (Foucault, 1988; Juritzen & Heggem, 2006).

Den første advarselen går ut på at man ikke skal søke etter en enkelt mektig person eller instans. Men heller må se etter makten der den utspiller seg. For eksempel skal man ikke kun se etter makt øverst i kommuneadministrasjonen, men heller i kommunens mer hverdagslige praksis (Foucault, 1988; Juritzen & Heggem, 2006).

Den andre advarselen går ut på at man ikke skal spørre etter de bakenforliggende motivene for makten. Det som derimot er vesentlig er å se hvor og hvordan makten utspiller seg. Dermed skal man ikke spørre seg hvorfor ledelsen i kommunen har etterstrebet makt, men heller se på hvordan beslutningene de faktisk tar spiller seg ut i praksis (Foucault, 1988; Juritzen & Heggem, 2006).

Den tredje advarselen går ut på at man burde se makt mest mulig som flytende og dynamisk. Dette er i motsetning til å se makten som noe som er fastlåst hos enkeltmennesker eller grupper (Foucault, 1988; Juritzen & Heggem, 2006).

Den fjerde advarselen går ut på at man ikke burde studere makt ovenfra og nedover. Men heller studere den fra der den utspiller seg på det laveste nivå, og oppover i systemet (Foucault, 1988; Juritzen & Heggem, 2006).

Den femte advarselen går ut på at man ikke skal fokusere for mye på ideologi. I stedet for skal man se hvordan informasjon blir produsert. Altså hvordan forskjellige prosedyrer eller instrumenter samler inn informasjon, og hvordan disse ved bruk er en del av en maktutøvelse. For eksempel er de forskjellige dokumentasjonskravene i kommunen en del av en maktutøvelse (Foucault, 1988; Juritzen & Heggem, 2006).

### 3. METODE

I dette kapitlet vil avhandlingens metodiske forutsetninger bli presentert. Det første delkapitlet omhandler undertegnedes vitenskapsteoretiske forankring, og den legger føringer for valget av design og analysemetode i de kommende delkapitlene. Videre vil valget av design bli presentert og underbygget, og deretter blir avhandlingens utvalg og rekrutteringsprosess beskrevet. Så følger tre underkapitler, som beskriver selve prosedyren for innsamling og analyse av datamaterialet. Disse delkapitlene har til hensikt å synliggjøre hvordan disse prosessene gikk frem. I de to siste delkapitlene blir etiske betraktninger, selvrefleksjon og begrensninger presentert.

#### 3.1 Vitenskapsteoretisk forankring

Ved valget av hvilken som helst vitenskapelige metode, er det et viktig spørsmål forskeren burde stille seg: Hva slags kunnskap ønsker man å produsere? Dette er med andre ord et spørsmål om den epistemologiske posisjonen til forskeren (Willig, 2008). På dette spørsmålet kan man ta en mer eller mindre realistisk, til en mer eller mindre konstruktivistisk posisjon (Willig, 2008). Denne avhandlingen, som vist i første kapittel, ønsker å få kunnskap om fysioterapeutenes opplevelser i møte med prioriteringer. Rent epistemologisk anerkjennes det at man aldri kan få direkte tilgang, og dermed ikke direkte kunnskap om en annen person sin livsverden (Thornquist, 2003; Willig, 2008). Dermed kan jeg aldri vite nøyaktig hvordan informantene opplever sin livsverden. Til tross for dette legges det her til grunn at jeg, kan gjennom å bearbeide informantenes beretninger, oppnå en viss innsikt. Her begynner jeg med antagelsen om at folk sine fortellinger sier noe om deres private tanker og følelser, om så dette selvfølgelig vil være farget av min egen forforståelse (Willig, 2008). Med dette utgangspunktet er det to vitenskapsteoretiske tradisjoner som er av interesse; fenomenologi og hermeneutikk. Fenomenologien er her av interesse da den nettopp gir en åpning for å snakke om menneskers livsverden, og dermed deres opplevelser med prioriteringer (Thornquist, 2003; Tjora, 2010). Men fenomenologi som en filosofisk tradisjon handler i utgangspunktet om min egen livsverden, men ikke andres. Det er derfor hermeneutikk også er et viktig perspektiv. Dette er fordi det er gjennom en hermeneutisk fortolkning av informantenes beretninger, at jeg kan komme nærmere deres livsverden. Dette er med hjelp av den hermeneutiske sirkelen, hvor enkeltdelene blir fortolket gjennom helheten og omvendt. Dette har til hensikt å komme til en dypere forståelse av opplevelsene til informantene (Thornquist,

2003). I sum har jeg en vitenskapsteoretisk forankring, som ligger et sted mellom realistisk og konstruktivistisk.

### 3.2 Valg av forskningsdesign

Ut i fra problemstillingen og den vitenskapsteoretiske forankringen i denne avhandlingen, var det naturlig at en kvalitativ metode ble valgt. Når det er sagt, finnes det flere ulike forskningsdesign innenfor kvalitativ metode som kunne vært aktuelle. I denne avhandlingen ble semistrukturert intervju sett på som det mest passende designet. Dette er fordi et semistrukturert gir anledning til å samle inn rikelig data med den nødvendige dybden til å få innsikt i informantenes opplevelser i kommunene, og dermed tilfredsstillende besvare problemstillingen (Tjora, 2010; Willig, 2008). Videre gir denne typen intervju en åpning for at informantene selv fritt kan reflektere rundt sine opplevelser i kommunen, uten å bli påvirket unødig mye av intervjusituasjonen (Tjora, 2010; Willig, 2008). Dette står i motsetning til et strukturert intervju hvor det er faste rammer med svarkategorier (Kleven, Hjordemaal, & Tveit, 2011). Dette ville også vært svært vanskelig å gjennomføre, da det har blitt gjort veldig lite forskning på dette feltet. Dette ville således ha gjort det svært utfordrende å finne dekkende kategorier å benytte (Kleven et al., 2011). På den andre siden var det nødvendig å legge visse føringer for intervjuet, for å sikre at alle informantene kom til å dekke den samme bredden av opplevelser fra kommunen. Dette gjorde det mulig å gjennomføre en samlet analyse. Av denne grunn ville et helt åpent intervju vært upassende (Smith & Osborn, 2008). Intervjuene ga allikevel åpning for digresjoner, da det på forhånd var vanskelig å predikere hvilke temaer som var de mest relevante for informantene (Smith & Osborn, 2008). Et annet viktig moment var at informantene måtte få muligheten til å åpne seg.

Prioriteringsproblematikk kan være et sårbart tema for enkelte, og dermed var relasjonen i intervjusituasjonen essensiell. Dette er fordi problemstillingen ønsket å ha anledning til å fange opp aspekter ved informantenes arbeidshverdag som de muligens ikke opplevde å mestre (Willig, 2008). Av samme årsak ville fokusgruppeintervju være et problematisk design i denne avhandlingen (Willig, 2008). Man kan lett tenke seg at en informant som ikke føler at de mestrer prioriteringer, vil oppleve at det er vanskelig å innrømme dette foran kollegaer som, riktig eller ikke, oppleves som mer kompetente. I sum viser litteraturen og avveiningene til at semistrukturert intervju er det mest passende designet i denne avhandlingen.

### 3.3 Utvalg og rekruttering av informanter

Da et semistrukturert intervju har blitt valgt som det mest passende designet, legger dette visse føringer for utvalget. Intervjuformen karakteriseres i litteraturen som egnet til å gå i dybden av et tema, og at intervjuene gjerne er av en varighet på 1-1,5 time for å generere store nok mengder data til å besvare problemstillingen på en tilfredsstillende måte (Willig, 2008). I sum gjør dette at avhandlingen har etterstrebet å ha tre – fire deltakere.

Selve rekrutteringen var strategisk, for å finne «informanter som av ulike grunner vil kunne uttale seg på en reflektert måte om det aktuelle temaet» (Tjora, 2010,s. 145). Årsaken til at denne rekrutteringsprosessen ble valgt var at studien ønsket å intervjuer erfarne fysioterapeuter som jobber i bydeler eller kommuner. Ved å rette søkelyset mot erfarne fysioterapeuter, som jobber i bydeler eller kommuner i Oslo og Akershus, ville det åpne muligheter for å få innsikt i erfaringer og refleksjoner de har hatt anledning til å høste fra jobben over flere år.

Utgangspunktet var at dette kunne bidra til både fyldige beskrivelser og nyanserte fremstillinger av temaet, inkludert vurderinger av dagens situasjon i et historisk perspektiv.

Rekrutteringsprosessen foregikk ved at bydelen eller kommunen sin administrative leder for fysioterapitjenesten ble bedt om tillatelse for å rekruttere deltakere til avhandlingen i sin respektive bydel eller kommune i Oslo eller Akershus. Dersom de ikke var mulig å nå per telefon, ble e-post benyttet. Etter at kontakt ble oppnådd, ble et informasjonsskriv om studiet sendt per e-post. Der ble de informert om bakgrunn og formål med studiet, samt hva det ville innebære for de ansatte og delta. Til sammen ble totalt åtte bydeler og kommuner kontaktet. Av disse svarte seks ledere på henvendelsen. En av disse sa nei til at de kunne delta, på grunn av stort press på tjenesten. De fem resterende, vekslet responsen mellom å sende en liste over aktuelle fysioterapeuter, til at lederen selv oppfordret til deltakelse og delte ut informasjonsskriv/samtykkeskjema. I utgangspunktet var planen at aktuelle fysioterapeuter skulle ta kontakt, dersom de ønsket å delta. Det var kun en fysioterapeut som tok kontakt, derfor ble en annen strategi benyttet. I de situasjonene hvor lederen hadde sendt en liste, over aktuelle fysioterapeuter, ble de kontaktet per telefon. Denne strategien ga ytterligere to informanter. De ble informert om studiet, og de fikk et informasjonsskriv/samtykkeskjema før de takket ja til deltakelse. Nærmere tid og sted ble avklart med hver enkelt. Generelt opplevdes rekrutteringsprosessen som utfordrende. Som et insentiv til å øke deltakelse fikk de et gavekort på trehundrekroner. Dette insentivet ble det informert om både til kommunene, og den enkelte informant.

Det endelige utvalget besto av to informanter fra Oslo, og en fra Akershus. Gjennomsnittlig hadde de 16 års erfaring, med et spenn fra 9 til 22 år. Alle var kommunalt ansatte fysioterapeuter, som hovedsakelig drev med hjemmebehandling. Kjønnsmessig var alle tre kvinner.

### 3.4 Forberedelser og gjennomføring av intervju

Som det allerede har blitt nevnt har studien benyttet semistrukturert intervju. Alle intervjuene ble tatt opp med en lydopptaker. Den spesifikke lydopptakeren som ble brukt var en Sony diktafon ICD- BX140. Dette er en diktafon som lagrer filene internt, og ikke har nettverkstilkobling. Videre tar den opp sammenhengende, dette var nyttig da man kunne ha sitt fulle fokus på intervjuet (Tjora, 2010).

Det ble benyttet en intervjuguide (se vedlegg A), som ga en viss struktur til intervjuet. I tråd med Tjora (2010) sine anbefalinger, startet intervjuene med noen lette og overfladiske oppvarmingsspørsmål som fikk intervjuene til å få en god flyt. Dette var spørsmål om hvordan fysioterapien var organisert i bydelen i forhold til prioritering. Dermed dreide intervjuguiden samtalen videre inn mot temaene som var essensielle for studiet. Dette var spørsmål som for eksempel strategier deltakeren hadde i møte med prioritering. I tråd med at semistrukturert intervju ble valgt var spørsmålene i intervjuguiden åpne (Smith & Osborn, 2008; Tjora, 2010). Intervjuene varte i cirka en time, med det korteste intervjuet på 53 minutter, og det lengste på 58 minutter. Alle informantene fikk anledning til å velge hvor intervjuene skulle bli avholdt, og samtlige valgte da et rom på egen arbeidsplass. I det store og det hele var dette velegnede steder for intervjuene, men på to av stedene ble intervjuet avbrutt av andre kollegaer som kom inn. Etter alle intervjuene ble forskeren sittende å snakke i et par minutter for å høre om informantene for å få en hyggelige avrundning, og høre om de hadde hatt en god opplevelse med intervjuet. Avslutningsvis ble det gitt anledning til å stille eventuelle spørsmål.

### 3.5 Sekundære datakilder

Denne avhandlingen er i all hovedsak basert på data fra intervjuene. Det er analysen av denne dataen som blir presentert i resultatkapittelet. Utenom dette datagrunnlaget er det en annen kilde som også ble benyttet. I alle kommunene, informantene i denne avhandlingen kommer fra, er det innført prioriteringsnøkler. Disse nøklene kan sees som et sett med regler for



hvordan den enkelte fysioterapeuten skal prioritere tiden sin. Formålet med nøklene er å prioritere henvisninger de får i kommunen i henhold til lokale og nasjonale føringer. Et eksempel på nasjonale føringer finner vi i den norske offentlige utredningen om prioriteringer i helsevesenet (NOU (2014:12)). Disse nøklene ble en del av datagrunnlaget ved at alle informantene hadde med seg et eksemplar av kommunen sin prioriteringsnøkkel. Etter intervjuene sendte også en av informantene et eksemplar av sin nøkkel per epost. Da disse nøklene ga et tydeligere bilde av prioriteringsproblematikken, ble det ansett som relevant å inkludere disse som en del av datagrunnlaget. Den tilsendte prioriteringsnøkkelen ble anonymisert, og ligger som et vedlegg (se vedlegg B). Dette vedlegget viser at de aktuelle brukerne blir fordelt utover forskjellige kategorier. Det som bestemmer hvilken kategori brukeren tilhører er i utgangpunktet den aktuelle brukerens funksjon. Dette vurderes ut ifra hvor akutt og alvorlig dette funksjonstapet er, og sees i sammenheng med nytten for vedkommende.

### 3.6 Bearbeiding og Analyse

Alle intervjuene ble transkribert semantisk. Det vil si at alle ordene som ble sagt ble skrevet ned. Dette inkluderte også falske starter til informantene, og ufullstendige setninger. Videre ble svært lange pauser, latter og andre meningsbærende lyder også transkribert (Smith & Osborn, 2008).

Datamaterialet ble analysert ved bruk av de første stegene til Malterud (2012) sin systematisk tekstkondenseringsmetode. Dette er en analysemetode som er inspirert av blant annet Georgi sin beskrivende fenomenologiske metode, innholdsanalyse og grounded theory (Malterud, 2013). Dette vil si at metoden er opptatt av livsverdenen til deltakerne, hvor subjektive erfaringer og opplevelser står i sentrum innenfor et felt (Malterud, 2013). Metoden etterstreber å utforske personlige opplevelser, og er opptatt av hvordan individet persiperer miljøet rundt seg. Dette står i motsetning til en mer naturvitenskapelig tilnærming, som er ute etter å avdekke objektive sannheter uavhengig av individet. (Smith & Osborn, 2008). Dette er i overensstemmelse med problemstillingen, hvor fysioterapeutens erfaringer i møte med prioriteringsproblematikk er kjernen. Med andre ord er det ikke hvordan en tenkt objektiv tredjepart ville sett på fysioterapeutens situasjon, men informantens livsverden som er det interessante. Videre tillater metoden nettopp en fortolkning av denne livsverdenen, og en mulighet til å sette den inn i en bredere referanseramme.

Mens Malterud (2012, 2013) fulle analyseprosess består av fire steg, er det de to første som har blitt benyttet i denne avhandlingen. Det første steget har som mål å få et helhetlig

inntrykk av teksten. Den transkriberte teksten blir lest med et åpent sinn, og de øyeblikkelige oppfatningene av teksten blir skrevet ned. I steg to leses transkripsjonen på nytt, og her er fokuset på å identifisere meningsbærende enheter. Meningsbærende enheter defineres som: «et tekstfragment som inneholder noe informasjon i henhold til forskningsspørsmålet» (Malterud, 2013, s. 101). Disse meningsbærende enhetene blir deretter kodet. Koden er en merkelapp som er ment som et verktøy man kan bruke til å tenke med, og til få en mer helhetlig oversikt. Etter hvert blir det flere koder som omhandler det samme og de blir dermed videre plassert i en kodegruppe (Malterud, 2012). Disse stegene ble gjennomført ved bruk av Excel. I utgangspunktet ble transkriberingen gjort i Excel med en fane for hver av informantene. Meningsbærende enheter ble identifisert i denne filen, og deretter kodet med en farge. Etter dette ble de kodene som hadde samme farge samlet inn i en kodegruppe. Det over får det til å virke som analyseprosessen var en stegvis og lineær prosess, men i realiteten var dette mer dynamisk. Flere ganger ble både kodene og kodegruppene revidert på grunnlag av nye gjennomlesninger og en dypere innsikt i datamaterialet.

I selve fremstillingen av analysen ble Kvale og Brinkmann (2015) sine tre analysenivåer anvendt. I de første nivået presenteres en mest mulig tekstmær forståelse av sitatet. Dette for å best mulig representere informantens selvforståelse. I de andre nivået blir sitatet forsøkt fortolket ut i fra en allmenn kritisk forståelse. Dette er et forsøkt på å plassere sitatet i en større forståelsesramme, men uten at teoretiske konsepter trekkes inn. I det tredje nivået blir så sitatene nettopp fortolket med hjelp av teoretiske konsepter (Kvale & Brinkmann, 2015). I denne avhandlingen blir hvert sitat beskrevet ut i fra de to første nivåene, mens det tredje teoretiske nivået først blir presentert i slutten av hvert delkapittel.

### 3.7 Etiske betraktninger

I forskning er det viktig å reflektere over hvordan man skal ivareta deltakerne på en god måte, og i denne forbindelse må ulike hensyn bli tatt i de ulike delene av forskningsprosessen (Tjora, 2010). I første omgang ble dette ivaretatt ved at avhandlingen ble meldt til norsk senter for forskningsdata (NSD), som har godkjent denne avhandlingen (se vedlegg D). I andre omgang ble dette ivaretatt ved å innhente informert samtykke under rekrutteringsprosessen (se vedlegg C). Et samtykkeskriv ble sendt til informantene og ble signert før intervjuet begynte. Dette skrevet forsøkte å informere tilstrekkelig om hva det innebar å delta i studien, samt annen informasjon som kunne være relevant for om vedkommende ønsket å delta. Ved å sende skrevet i forkant, ble det lettere for informantene å

gi et fritt samtykke, da det lot dem vurdere skrevet uten å ha forskeren til stedet. Tilslutt ble det etterstrebet å gi informantene en tydelig forståelse av at de når som helst kunne trekke seg fra studiet uten negative konsekvenser (Fossheim, 2009; NSD personvernombudet for forskning, 2012).

Et annet viktig moment var å få deltakerne til å føle seg trygge i intervjusituasjonen (Malterud, 2013). Dette ble forsøkt oppnådd ved at informantene selv valgte stedet for intervjuet. Som nevnt tidligere valgte de å bli intervjuet på egen arbeidsplass. Det ble etterstrebet å ha en uformell atmosfære før intervjuet startet, og det ble gitt full åpning for at eventuelle spørsmål kunne stilles. For å ivareta informantene best mulig ble det etterstrebet å oppnå et godt tillitsforhold, samt en god tone gjennom hele intervjuet. Det er verdt å merke seg at dette ikke bare var viktig av etiske grunner, men også frembragte best mulig data (Malterud, 2013). Etter hvert intervju ble det som nevnt viktig satt av tid til en oppsummering, hvor hver informant kunne fortelle om hvordan det hadde vært å delta i intervjuet.

Generelt i forskning er det et mål at deltakerne skal forbli anonyme. I denne avhandlingen ble det ivaretatt i flere ledd av forskningsprosessen. I transkripsjonsfasen ble navnene til deltakerne erstattet med psevdonymer. Samtidig ble det fortløpende vurdert hvorvidt enkeltbiter av informasjon var for identifiserende, og hvor dette var tilfeller ble de også fjernet eller endret. Da det i utgangspunktet ikke er så mange kommunale fysioterapeuter var dette et viktig henseende. I resultatdelen som følger ble dette hensynet igjen vurdert, og hvert enkelt sitat ble gjennomgått (Malterud, 2013). Et annet viktig moment når de kom til anonymisering var når deltakerne omtalte brukere de selv har hatt. På samme måte som for informantene ble identifiserbar informasjon endret eller fjernet.

Betydelige steg ble tatt i dette studiet for å forsikre at utenforstående ikke fikk tilgang til rådata i form av lydopptak og transkripsjoner. All rådata i form av lydopptak var det kun forskeren som hadde tilgang til. Mens veileder fikk tilgang til transkriberte filer. I denne avhandlingen ble som nevnt tidligere en egen lydopptaker benyttet, og denne ble oppbevart hjemme i et låst skap som kun forskeren hadde tilgang til. Lydopptakeren inneholdt ikke en elektronisk avsender, og tilgangen til rådata skjedde kun ved fysisk å koble den til en datamaskin. Selve transkriberingen foregikk på en datamaskin. Denne var ikke koblet til internett, og ble oppbevart på samme måte som lydopptakeren, når den ikke var bruk. Filene på datamaskinen ble kryptert med passordkontroll. Dataen ble kun brukt i eget hjem.

### 3.8 Selvrefleksjon og metodiske begrensninger

Under forskningsprosessen er det umulig å være helt nøytral. Spørsmålet er ikke om forskeren påvirker forskningsprosessen, men hvordan vedkommende gjør det (Malterud, 2013). Dette er noe jeg har hatt i tankene under hele forskningsprosessen. I dette spesifikke tilfellet er det verdt å reflektere over at jeg også i likhet med informantene er en fysioterapeut. Mer spesifikt har jeg jobbet i to bydeler i Oslo som fysioterapeut, og har dermed fått med meg egne erfaringer fra feltet som omhandler problemstillingen. Denne jobberfaringen ga meg opplevelsen av å stå ovenfor utfordrende prioriteringer særlig i forbindelse med nevrologiske brukere. Disse problemene kom særlig til uttrykk når pasientene uttrykte at de ikke var fornøyde med det tverrfaglige tilbudet og rehabiliteringsoppfølgingen etter skaden eller sykdommen. I andre tilfeller kom prioriteringsutfordringene mer av at jeg faglig sett ikke opplevde at behandlingen man hadde tid til å gi var tilfredsstillende. Da jeg fra første øyeblikk var bevisst på min egen forutinntatte holdning, var jeg veldig oppmerksom på å ikke la denne forforståelsen unødig prege verken intervjuguiden, selve intervjuene eller analysen. Et annet viktig aspekt ved min identitet som fysioterapeut er at informantene også visste dette. På den ene siden kan dette ha gjort at enkelte nyanser under intervjuene kan ha blitt underkommunisert. På den andre siden ga nettopp denne delte identiteten et felles referanseramme, som gjorde det lettere å kommunisere og forstå hverandre.

Det var imidlertid to viktige forskjeller mellom meg og informantene. Informantene i denne studien hadde i tråd med inklusjonskriteriene lang erfaring i arbeidet som fysioterapeut. Dette er i kontrast til undertegnede som i sammenligning har mindre erfaring. På den andre siden holder jeg på med en videreutdanning spesifikk om nevrologi, mens informantene var generalister. Spesielt det siste punktet førte muligens til informantene var litt tilbakeholdne med å gå for mye i detaljer om nevrologi, noe som ble spesielt tydelig i ett av intervjuene. En lignende betraktning er at jeg kun jobber med nevrologiske brukere, mens informantene må forholde seg til svært mange ulike brukergrupper. Dette i seg selv gjorde det noe utfordrende å holde samtalen om nevrologiske brukere, dette førte videre til noen utfordringer i analysen. Helt spesifikt var det tidvis vanskelig å bedømme om et utsagn var ment generelt eller spesifikt om de nevrologiske brukerne. Imidlertid er det verdt å merke seg at de nevrologiske brukerne nettopp er en del av den totale brukermengden, så et utsagn som gjelder alle vil også gjelde dem. I tillegg er det verdt å merke seg at referanserammen for intervjuet er om nevrologiske brukere, som gjør det nærliggende å tolke mer generelle utsagn til å handle om dem.

## 4.RESULTATER

I alle tre intervjuene sentrerte samtalen seg rundt spesifikke opplevelser informantene hadde hatt angående prioritering i møte med nevrologiske brukere. Tilsammen fortalte informantene mange enkeltstående beretninger, som omhandlet både selve møtet mellom dem og brukere, men også hvordan de opplever systemet de jobber i, og er en del av. Ut i fra disse beretningene kom det tre tydelige temaer frem; Ytre press, fysioterapeutens identitet og utilstrekkelighet. Disse blir her representert i tre hoveddeler med sine respektive underkapitler. Tilslutt kommer to delkapitler som diskuterer delkapitlene over mer samlet.

Presentasjonen vil videre følge de tre analysestegene til Kvale and Brinkmann (2015) som er representert i metodekapittelet. Hvert enkelte sitat blir først fulgt av en selvforståelsesfortolkning, og deretter en kritisk fortolkning. Mens den teoretiske fortolkningen blir presentert mot slutten av hvert underkapittel. Alle sitatene er i utgangspunktet hentet direkte fra diskusjonen, men er gjort mer leservennlige. Dette er gjennom at enkelte fyllord er fjernet (for eksempel ehm og mhm), samt der det var irrelevante deler av setningen som ikke ga noe til meningen som blir formidlet. Disse delene er markert med (...). I sitatene er det også tydeliggjort hvem som snakker. Informantene er markert med I1, I2 og I3. mens intervjuer er markert med en T.

### 4.1 Ytre press

Press ble et hovedtema i intervjuene ettersom informantenes fortellinger handlet om prioriteringer av nevrologiske brukere. Prioriteringer handler om at noe settes foran noe annet, og i det ligger det implisitt at når noe blir lavere prioritert. Presset informantene opplevde kommer da nettopp fra to steder som begge to ønsker å påvirke informantenes prioriteringsprosess. Ettersom beretningene handlet om prioritering av de nevrologiske brukerne er det også naturlig at det nettopp er de samme brukerne som er en av kildene til presset.

#### 4.1.1. Når man må si: «jeg kan ikke prioritere deg».

Alle informantene fortalte om opplevelser i forbindelse med prioriteringsprosessen hvor brukerne opplevde at de ikke fikk nok. Det var i disse situasjonene brukerne typisk prøvde å påvirke informantene til å gi mer behandling enn de egentlig hadde tenkt. Det var typisk i beretninger om brukere med kroniske nevrologiske lidelser hvor dette temaet ble tydelig. Men

det kom også frem i mer generelle beskrivelser i hvordan de prioriterer. En av informantene beskrev det slik:

**I2: «(...) Jeg må jo innrømme av at de som står på av pasientene selv. De som står på, og presser meg på at de vil ha meg til å komme hjem til dem.»**

Eksempelet over er et svar på spørsmålet om hvordan informanten prioriterer i jobben. Det er tydelig her at informanten opplever at brukerne selv har en stor påvirkningskraft i prioriteringsprosessen, og at det er de aktive og motiverte brukerne som fort blir høyest prioritert.

Det er to ting med sitatet over det er verdt å påpeke. For det første uttaler informanten at dette er en innrømmelse. Dette tyder på at informanten selv opplever at det er feil av henne å bli påvirket på denne måten. En mulig tolkning er at hun opplever at denne typen påvirkning har for mye innvirkning i hennes prioriteringsprosess. For det andre er det interessant at hun selv bruker ordene «presser meg» som beskrivende for situasjonen. Dette tyder på at informanten mener at brukerne aktivt prøver å påvirke henne. Hvis hun simpelthen var bevisst på at hun har en slagside mot å prioritere motiverte brukere ville hun trolig ikke sagt at de presser henne.

Om så de generelle bemerkningene om presset fra brukerne var viktige for å skape et helhetlig bildet, var det når informantene fortalte om spesifikke møter med de nevrologiske brukerne at de mer dyptgående opplevelsene kom frem. I Disse beretningene var det tydelig at presset opplevdes betydelig. En av informantene uttrykte det slik:

**I3: «(...) Men det er jo sånne prioriteringer som er vanskelige liksom. Når du sier at jeg kan bare komme en gang i uka. Og han bare "å, så lite ja".»**

Informanten snakket her om en spesifikk situasjon hvor hun sto ansikt til ansikt med en bruker, hvor hun informerer han om hvor mye behandling som kunne gis. Brukeren her var en ung mann som har hatt en svulst og et infarkt i hjernen. I starten av sykdomsforløpene hadde han betraktelig med oppfølging, men da dette er en stund tilbake ser hun seg nødt til å prioriterer han lavere. Dette opplevde hun som vanskelig, spesielt fordi han uttrykte så tydelig at han synes dette var for lite.

Situasjonen her kan fortolkes som at informanten allerede har gjort en prioritering om hvor mye denne brukeren kan få videre. En gang i uken var dermed ikke ment som et utgangspunkt for en forhandling, men heller en opplysning av et valg som er tatt. Da brukeren så uttrykte misnøye om denne beslutningen opplevdes dette som et press om å øke mengden behandling. Videre virker det som dette presset er effektivt da informanten nettopp uttrykte at det nettopp er denne typen situasjoner som hun opplever som vanskelige.

I sitatet over opplever informanten press i form av brukeren sin uttrykte misnøye, men i andre beretninger kommer presset mer frem i form av direkte argumentasjon. En annen informant foreller:

**I2: «(...) Når jeg sier at vi må nesten kutte. Altså jeg har prøvd med ett par ganger. Nå må vi nesten ta en pause, for vi har så mange på venteliste og sånn. Ja, men du får ikke noen færre om du kutter ut meg, for da kommer jeg bare nederst på ventelisten igjen. Han er helsearbeider selv da. Så dette skjønner han».**

I sitatet over forteller informanten om en bruker hun har hatt over en lenger tid med Parkinson. Hun forteller om en situasjon hvor hun flere ganger har forsøkt å avslutte han uten at hun har klart det. Hver gang hun har forsøkt kommer brukeren med motargumenter. Helt spesifikt argumenterer brukeren for at informanten ikke kan oppnå målet sitt om å redusere ventelisten, da han bare vil sette seg på den igjen. Videre er det verdt å påpeke at informanten opplever at dette argumentet kommer fra brukerens egne erfaring som helsearbeider.

I likhet med misnøyen uttrykt av den unge brukeren i sist eksempel, kan brukeren sin motargumentasjon fortolkes som et press på et prioriteringsbeslutning informanten allerede har tatt. Selve argumentet som her blir fremstilt er også interessant. Når vi ser på målet til fysioterapeuten om å redusere ventelisten, gjør argumentasjonen til denne brukeren dette uoppnåelig. Argumentasjonen kan sees å flytte makten over ventelisten fra informanten til brukeren, da dette fremstilles som at det er brukeren som bestemmer om han er på ventelisten eller ikke. Hvis denne argumentasjonen godtas blir informanten låst i situasjonen, og brukeren ender opp med å få vedvarende behandling.

Videre kan presset også komme fra pårørende. Informantene forteller om denne typen press spesielt i situasjoner når brukeren selv; ikke har mulighet til å uttrykke egne behov, fått mye

tjenester før, bor i en bolig med døgnbemanning, eller med en kombinasjon av alle disse. En av informantene beskriver en slik situasjon:

**I1: «Noen ganger så vet man selv at dette fører til ingenting. Hvis du skjønner hva jeg mener? Men. Der er det jo også pårørende som er veldig på, på en måte. Jeg har blant annet en bruker som er veldig sånn handikappet. Hun har CP (...) Hun har ikke språk, masse ufrivillige bevegelser. (...) Det går ikke an å instruere. Helt umulig å instruere. Men foreldrene er så opptatt av at hun må ha et tilbud... Så jeg går hjem der da, eller i den boligen.»**

I dette eksempelet forteller informanten om en bruker med uttalt CP som bor i en omsorgsbolig. I informantens eget syn har brukeren lite å tjene funksjonsmessig av fysioterapi. Like fullt opplever hun at foreldrene presser for at datteren skal ha et fysioterapitilbud. Det er dette presset fysioterapeuten legger til grunn for hvorfor hun ender opp med å prioritere brukeren.

Dette eksempelet kan i likhet med forrige sitat fortolkes som en situasjon hvor fysioterapeuten egentlig har tenkt til å nedprioritere en bruker, men ikke gjør det på grunn av press. Det som er interessant her er at kilden til presset er foreldrene som er veldig opptatt av at datteren skal ha et tilbud.

I alle eksemplene som er gitt over er vi på det som innledningsvis ble kalt velferdsstatens førstelinje der informantene faktisk møter brukerne og deres pårørende (Vike et al., 2002). Det er likevel verdt å merke at denne førstelinjen ikke kan sees isolert, men må sees i sammenheng med hele velferdsstaten. Velferdsstaten er som også nevnt tidligere veldig spesiell sett ut i fra et organisasjonsperspektiv. Ved at tjenestene som ytes av velferdsstaten er atskilt fra ressursene som betaler for tjenesten. Samtidig som at begrensningene av tjenestene ikke er tydelige, og har et preg av å være grenseløse for bruker og tjenesteyter (Hatland et al., 2011; Vike et al., 2002; Kroken, & Bakken, 2002). Det er i møte mellom fysioterapeuten og brukeren denne grenseløsheten kommer til uttrykk (Juritzen & Heggem, 2006). Imidlertid er det verdt å påpeke at informantene ikke opplever at brukerne viser total mangel på forståelse av deres ressursbegrensninger, som vist i ett av eksemplene over «Men det må jo til, og de vet jo at vi ikke har all verdens ressurser og.»



Et annet aspekt som er viktig å trekke frem i dette nivået av analysen er makt. Her er de fem advarslene til Foucault (1988) nevnt innledningsvis helt sentrale. Ved å her begynne analysen med fysioterapeutenes møte med brukerne, imøtekommes advarslene med å se makten der den utspiller seg på kapillærnivå, hvor effektene av makten realiseres.

Fra brukerens ståsted har vedkommende en makt ved å uttrykke om man er fornøyd eller misfornøyd med tilbudet de får. Brukerne får dermed en viss makt dersom kravet om at de ikke får nok oppleves som legitimt av fysioterapeutene. Hvorvidt brukernes krav oppfattes som legitime avhenger av flere faktorer, og er trolig forskjellig fra fysioterapeut til fysioterapeut. Når det kommer til brukere med nevrologiske sykdommer er det et viktig aspekt at disse ofte faller i kategorien kroniker. Dette gjelder både sykdommer som cerebral parese og Parkinson som er nevnt i eksemplene over, men også sykdommer som multippel sklerose, ALS og slag. Dette betyr at de ofte trenger langvarig og tidvis livslang oppfølging. Dette gjør at fysioterapeutene ser på kravene som legitime, selv når de alt har gitt betydelig oppfølging. Legitimiteten til brukerens krav kan dermed ikke opphøre med mengden behandling gitt, men bare hvis et annet tilbud kan erstatte behandlingen. Denne oppfattelsen av grenseløs legitimitet gir dermed brukerne og deres pårørende betydelig makt.

Likefult er forholdet mellom brukerne og fysioterapeutene asymmetriske, med fysioterapeutene som den mektigste parten. Dette kommer av at de til syvende og sist bestemmer om brukeren skal få et tilbud, og eventuelt hvor ofte og hvor lenge. Dette kommer frem hos informantene da de er klare på at det er de som er i posisjon til å bestemme over dette (Thornquist, 2009).

#### *4.1.2 Når man får beskjed: «du må spare penger»*

I intervjuene med informantene var det imidlertid ikke kun brukerne og deres pårørende som sto for presset de opplevde. Dette presset kan sees å komme fra kommunen i vid forstand. Dette kan komme fra nærmeste leder, eller fra høyere opp i helsevesenet. Alle informantene delte en slik opplevelse av press, men som det vil bli vist var det også visse viktige forskjeller mellom dem. Selv om dette presset ovenfra handlet om flere ting, var det fra første stund i intervjuene tydelig at informantene opplevde et sterkt pengefokus fra kommunen. En av dem uttrykte det slik:

**I1: «Det tror jeg kommer av at vi har en sånn ordning her da, at vi må se at vi sparer noe på det. Hvis du skjønner? Det er litt det som er jobben vår, passe på at folk kommer seg ut. Eller kommer seg, eller klarer ting selv. Klare å lage seg mat selv slik at de**

**slipper hjemmetjenesten. Klare ting selv. Det er liksom det som er jobben, men på et institutt kan det også være det at du har litt bedre dager hvis du får sånn og sånn behandling. Mens i kommunen tenker du ikke så mye det, du tenker mer funksjon da.»**

Sitatet over kommer i forbindelse med at informanten snakker om hvordan det er å jobbe i kommunen kontra på et institutt. Informanten opplever at mens man på et institutt kan jobbe mer for at folk skal ha det bedre som et mål i seg selv, er man i kommunen nødt til å bedre eller vedlikeholde en funksjon for å spare penger.

Når informanten opplever at det å gi folk bedre dager står i kontrast til det hun opplever som kommunens mål om å spare penger, kan man lett tolke dette slik at jobben som kommune-fysioterapeut blir et rent pengesparesprosjekt. Et pengesparesfokus kan sees å ekskludere de mer mellommenneskelige verdiene som man ofte forbinder med nettopp helsearbeidere.

Det er også verdt å påpeke at sparefokusets opplevelse å komme fra kommuneadministrasjonen, og ikke fra informantene selv. En av informantene kom med denne beretningen:

**I2: «Nei, altså.. Jo, også fordi det er vanskelig fordi atte. Du kan si den jobben vi har. Så er vårt eehm. Vårt fokus skal være å prøve å holde pasientene hjemme så lenge som mulig. Så eehmm. I arbeidsgivers. Hvis du skal tenke arbeidsgiver så skal jeg tenke penger. Prøve å tenke det er billigere å ha dette mennesket hjemmet. Kanskje noen får så mye hjelp hjemme at det hadde vært billigere å ha dem på sykehjem. Men som regel er det billigere. Og det stemmer ikke alltid med hva jeg tenker. Ehm. Hvem jeg tenker har høyest prioritert som fysioterapeut.»**

Her forteller informanten nettopp om hvordan hun opplever kommunens fokus om hva fysioterapi skal være i kommunen. Dette fokuset presenterer hun nettopp som et fokus om å spare mest mulig penger. Dette er et fokus som hun ikke alltid opplever å være i overenstemmelse om hva hun som fysioterapeut ser på som viktig.

Det interessante når man tolker sitatet over er hvor tydelig informanten gjør et skille mellom kommunens pengesparesfokus og hennes rolle som fysioterapeut. Til en viss grad virker det nesten som hun ikke ønsker å identifisere seg med pengesparesfokusets da hun har et behov for å tydeliggjøre et skille mellom arbeidsgiver og seg selv. Det virker videre som

pengesparefokuset ikke oppleves som en naturlig del av jobben som fysioterapeut, og dermed også unaturlig å bruke inn i prioriteringsprosessen.

I intervjuene med de to fysioterapeutene som hadde jobbet lengst i kommunen gikk det frem at det opplevde at dette pengesparefokuset var noe som hadde økt de senere årene. En av informantene sa det slik:

**I2: «Det er helt klart. Og at det er mer fokus på penger nå. Det har vel gått over flere år.»**

Denne uttalelsen kom i forbindelse med en diskusjon angående samhandlingsreformen. Spesielt påpekte hun endringen som har skjedd i etterkant når det gjelder reduksjonen av antall liggedøgn på sykehusene, samt hvordan kommunene forsøker å unngå bruken av sykehjemsplasser. Hun sier videre at dette har resultert i at flere dårligere pasienter bor hjemme. Det er i denne konteksten at informanten konkluderer med at pengesparefokuset i kommunen har økt, som vist i sitatet over.

Det økende sparefokuset kommer også til uttrykk gjennom informantenes opplevelse av at nyere måter å strukturere tjenester på, handler om å spare penger. En av informantene snakket eksempelvis om hverdagsrehabilitering som følgende:

**I1: «Det er helt tydelig at hverdagsrehabilitering som er veldig inn i tiden. Du har sikkert hørt om det. (...) Når alt kommer til alt så er det kun for å spare vedtak på andre tjenester.»**

Her snakker informanten om hverdagsrehabilitering som er en relativt ny tjeneste i mange bydeler, og hun er veldig klar på at hun mener at dette er innført for å spare penger. Her i form av å ikke bruke penger på andre tjenester.

Man kunne ha tenkt seg flere grunner til hvorfor en ny tjeneste blir opprettet i kommunen. Når informanten her uttrykker så tydelig at hun opplever det som et sparetiltak, blir dette i kontrast til om hun så på det som en følge av nyere forskning, eller faglig velbegrunnet av henne selv.

Mens alle informantene delte en oppfatning av at kommunen var opptatt av penger, og at fysioterapitjenesten har økonomisk sparing som et mål, var det imidlertid også noen ulikheter.

En av informantene hadde et litt annet syn, som kom frem da hun snakket om utviklingen i tjenesten de siste årene. Hun forteller:

**I3: «... Hverdagsrehabilitering har vi drevet i to år snart. Så det har på en måte blitt en fast greie da, for kommunen ser at vi gjør en så god jobb at vi tjener mye penger på det. Så det er faktisk derfor de utvida en fysioterapistilling til 100 prosent. Også har vi en hjemmetrener i femti da.. prosent.»**

I sitatet over forteller informanten om hvordan de har fått utvida en stilling fra femti til hundreprosent. Helt eksplisitt uttrykker hun at kommunen valgte å øke denne stillingen fordi de har observert at de sparer penger på det. Pengesparing er også grunnen til at hverdagsrehabilitering har blitt ett fast tilbud.

I kontrast til de andre sitatene i dette delkapittelet viser sitatet over et mer positivt syn på sparefokuset. I motsetning til å se på kommunens sparefokus til kun en kilde til innstramninger, blir her fokuset sett på som en kilde til økte ressurser. Denne muligheten er imidlertid avhengig av at kommuneadministrasjonen opplever at fysioterapitjenesten er en kilde til pengesparing. I den forstand må man snakke kommunens språk for å kunne få utvidet ressursene, noe som det ser ut til at denne informanten har vært vellykket med. Dermed gjør hun sparefokuset til et middel.

Utover det rene sparefokuset informantene ser ut til å oppleve, kan vi også se et annet press i informantenes beretninger. Dette presset er tett forbundet med pengesparingsfokuset, men er allikevel såpass forskjellig at det kan regnes som en annen nyanse av presset fra kommuneadministrasjonen. Kilden til dette presset henger sammen med prioriteringsnøklerne som ble diskutert i innledningskapittelet. Som nevnt innledningsvis har svært mange kommuner innført slike prioriteringsnøkler. De kan som nevnt være litt forskjellige, men i all hovedsak er det svært like. En av informantene omtaler prioriteringsnøkkel slik:

**T: «: Har dere en spesiell måte dere tenker i forhold til funksjon?»**

**I1: « Ja. Nå er det jo sånn at vi er pålagt egentlig å bruke en sånn prioriteringsnøkkel da.»**

**T: «Bruker dere prioriteringsnøkkel veldig aktivt i møtene?»**

**I1: «Jeg må si at vi ikke har gjort det når jeg har vært borte, og de har på en måte prøvd å skal begynne å bruke den mer aktivt nå. Fordi at vi har fått litt lange ventelister, så nå vil de nok være litt strengere på hvordan de skal brukes.»**

Her er det fra første øyeblikk påfallende at nøkkelen oppleves av informanten som pålagt. Om så dette pålegget blir innført tilbake i tiden, blir det nå forsterket av de lange ventelistene. Det er kanskje viktig poeng er at informanten har kunnet unngå å bruke nøkkelen frem til nå.

Når en prioriteringsnøkkel innføres kan den i utgangspunktet både oppleves som et nyttig verktøy, men også som en hindring. I dette studiet er det to av informantene som opplever prioriteringsnøkkelen som en hindring. Hun ene opplevde den som utfordrende å bruke, den andre var simpelthen uenig i vesentlige momenter av nøkkelen.

**T: «Lange ventelister, er det sånn at det gjør det vanskeligere?»**

**I1: «Ja, det er vanskeligere å prioritere. Også skal de liksom settes litt i bås da. Er du en prioritering to eller er du en tre, eller er du en fire. Hvor er du hen liksom? Det er ikke så lett ut i fra et ark.»**

Her uttrykker informanten at det ikke er selve ideen bak prioriteringsnøkkelen som er en hindring, men påpeker utfordringen det er å bruke den. En spesifikk utfordring hun peker på er å kategorisere de ulike brukerne.

**T: «Synes du det er en velfungerende prosedyre det med prioriteringsnøkkel?»**

**I2: «Nei, det er vanskelig (...) Nei, det er veldig vanskelig.»**

**T: «Hva er det du tenker gjør det vanskelig?»**

**I2: «Nei, altså (...) Et ferskt lårhalsbrudd er en førsteprioritet. Men jeg synes jo kanskje av og til kan like gjerne. Hvis du hadde fått i gang en drosjeordning så kunne de ha gått på institutt. Men en kroniker nevrologi. Har vanskeligheter. Større vansker for å gå på institutt over en lang periode, fordi jeg ser for meg at vi bør være der hele tiden. Altså, det er ikke noe du kan avslutte. De har vanskeligere for å komme seg til et institutt. Men de skal jo egentlig ikke være førsteprioritet hos oss.»**

I dette sitatet kommer det frem at informantens egne faglige vurderinger er i konflikt med prioriteringsnøkkelen. Mer spesifikt mener hun at kriteriet om hvor akutt en skade eller

sykdom er ikke alltid skal gå foran en med en kroniker med nevrologisk sykdom. Hun vil i tillegg ha med i betraktningen om hvor lett en person kommer seg til et institutt.

Et annen viktig nyanse med dette presset, er omorganiseringen som har skjedd de senere årene. Spesielt viktig er her samhandlingsreformen som ble innført i 2012. Som alt nevnt blir pengespårefokuset til kommunen delvis sett på som en følge av nettopp denne reformen. Dette kan se ut til å igjen ha andre konsekvenser for fysioterapitjenesten. I forbindelse med at samhandlingsreformen ble diskutert kom en av informantene med den følgende uttalelsen:

**I2: «Ja, i vår bydel så... Det er jo det sikkert i alle bydeler, et veldig fokus på å ikke bruke sykehjemsplasser. For de er de dyreste, og det fører jo til at det er veldig dårlige pasienter som bor hjemme altså.»**

I dette sitatet uttrykker informanten at det bor flere dårligere brukere hjemme nå, enn tidligere. Dette mener hun har skjedd fordi kommunen prøver å spare penger på sykehjemsplassene.

Ut i fra dette kan det se at pengespårefokuset ser ut til å ha ført til en økning i fysioterapeutenes ansvarsområde. I stedet for at ansvaret for de aller dårligste brukerne er på de kommunale sykehjemmene blir det flyttet over til fysioterapitjenesten som utføres i hjemmet. Et annet interessant moment i sitatet over er at informanten selv opplever at omstruktureringen av kommunehelsetjenesten og sparefokuset henger sammen.

Koblingen til samhandlingsreformen (2014) og det nye ansvaret blir enda tydeligere når informantene sammenligner før og nå. I en annen samtale om samhandlingsreformen, sa en av informantene det følgende:

**I1: «Ja. Merker jo det at det er kjempe vanskelig å få ligget på (...) sykehus lenger enn akkurat nødvendig og knapt nok det. Også litt sånn som med sykehjem. Det er ikke som de gamle gamlehjemmene. Der folk kom og var ganske friske, du er veldig dårlig når du først får et opphold på sykehjem.»**

I sitatet over uttrykker informanten hvor korte opphold brukere i dag får på sykehus. Samtidig nevner hun hvordan sykehjemmene i dag, ikke lenger tar seg av de dårligste brukerne. Dette sammenligner hun direkte med hvordan sykehjemmene var før.

Ut i fra sitatet kan det tolkes at informanten opplever at det har skjedd en drastisk forflytning av ansvaret fra sykehus til fysioterapitjenesten i kommunen. I tillegg påpekes en lignende ansvarsforflytning internt i kommunen, fra sykehjemmene til fysioterapitjenesten. I sum ser denne omorganiseringen ut til å oppleves som et økt press ved at det er flere brukere med en dårligere funksjon nå enn tidligere.

På generell basis kan det se ut til at presset på fysioterapitjenesten har økt, og empirien presentert her ser ut til å underbygge dette. Mens denne avhandlingen ikke har et metodologisk design som gjør det mulig å trekke kausale slutninger, kan vi allikevel sannsynliggjøre enkelte sammenhenger.

Den første sammenhengen til det økte presset er kommunens sparefokus. I innledningen ble det trukket frem at det var ulike måter å koordinere en organisasjon på. I eksemplene over kan det se ut som informantene opplever kommunens sparefokus som målstyring (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Informantene opplever at det blir sendt klare signaler om at det å spare penger er et resultat som ønskes, og informantene opplever det som det overordnede målet. Dette målet kan fort oppleves som et press, da det legger mange bindinger i forhold til prioriteringene som må tas (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Da to av informantene opplever disse bindingene som negative, blir dette til en pressfaktor som påvirker prioriteringsprosessen.

Et annet fasett som ofte går hånd i hånd med opplevelsen av sparefokuset er omstrukturering av kommunen. Som nevnt innledningsvis har det vært mye omstrukturering av kommunenes helsetjenester de siste årene, og da spesielt etter samhandlingsreformen ble innført i 2012 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Disse endringene kan også sees som et press ovenfra da de ble vedtatt på stortingsnivå, og deretter kommunisert nedover til kommuneadministrasjonen. Ikke overraskende nok opplever fysioterapeutene at brukergruppen har blitt mer sammensatt og har et gjennomsnittlig lavere funksjonsnivå. Det er verdt å merke seg at svært mange av disse nye komplekse brukerne er brukere med nevrologiske sykdommer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Dette gjør jobben i kommunen mer krevende enn tidligere.

Det har før blitt påpekt hvordan effektivisering ofte fra statlig hold blir sett på som en løsning av kapasitetsproblemene, men samtidig at effektiviseringene ofte blir spist opp av det økende behovet. Dermed er det utfordrende å se de eventuelle positive effektene disse tiltakene har. Dette er trolig noe av grunnen til at fysioterapeutene tilsynelatende ensidig ser på omstruktureringen som noe som har økt presset. Videre påpeker Vike et al. (2002) at den

vertikale avstanden mellom nivået hvor planer om omstruktureringen blir laget og velferdsstatens førstelinje er stor. Mens staten ofte ser på omstrukturering som en måte å bedre utnytte ressursene, ser det ikke ut som fysioterapeutene i disse tilfellene opplever det på denne måten. Heller ser det ut til at fysioterapeutene simpelthen opplever et økt press grunnet i de mer komplekse og dermed mer krevende brukergruppene. Dette er både at brukere med et relativt lavt funksjonsnivå holdes lenger hjemme før de eventuelt skal på et sykehjem, eller ved at brukere kommer fortere hjem fra sykehus og dermed har lenger igjen av rehabiliteringsprosessen.

I denne forbindelse er det verdt å nevne nok en advarsel fra Foucault (1988), nemlig det at intensjonen bak ofte er en veldig annen enn effekten den til syvende og sist får. I denne situasjonen er det derfor viktig å reflektere over at stortinget trolig ikke hadde som intensjon å øke presset på fysioterapeutene slik som de opplever det.

Som nevnt over finnes det faktiske begrensninger for hva velferdsstaten kan yte, og dette kommer tydeligst frem i velferdsstatens førstelinje. Da behovet for fysioterapi er større enn hva fysioterapeutene i kommunene kan tilby dukker naturlig spørsmålet om hvordan denne tjenesten skal fordeles. Det er ikke lenge siden en norsk offentlig utredning ble publisert, som nettopp tar opp dette. Her går det som tidligere nevnt målet for prioritering satt som «flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt» (NOU (2014:12), s. 18). Videre går det frem at rettferdig blant annet vil si at det skal være likebehandling. Dette er også en grunnleggende verdi i velferdsstaten (NOU (2014:12)). Det er velkjent når en organisasjon opplever et eksternt press om likebehandling, blir beslutningsmyndigheten mer sentralisert i organisasjonen (Jacobsen & Thorsvik, 2013). I dette tilfellet ser vi hvordan beslutningsmyndigheten om hvem som skal ha fysioterapi blir forsøkt å flyttes oppover i kommunehierarkiet. Med andre ord forsøkes makten å flyttes vekk fra fysioterapeutene og oppover til administrative ledere.

Det er flere måter sentralisering kan foregå på. I dette tilfellet fremstår prioriteringsnøkkelen som et forsøk på å regelstyre fysioterapeutenes prioriteringer. Prioriteringsnøkkelen kan sees på som regelstyring av flere årsaker. Kategoriene beskriver ulike situasjoner funksjonsmessig en bruker kan plasseres i, og fysioterapeutens jobb er i den forstand å klassifisere brukeren inn i den mest passende kategorien. Til hver kategori følger det regler for hvem som skal prioriteres foran hvem og når behandlingen senest skal starte (Jacobsen & Thorsvik, 2013). En fordel med en slik modell er at den kan bidra til effektivisering, da fysioterapeutene slipper å tenke like nøye igjennom hvert tilfelle. Samtidig fremmer en slik modell likebehandling, da prioriteringsnøkklene fjerner variasjon i



behandlingen på bakgrunn av personlig skjønn. Da prioriteringsnøkklene til stor grad er like på tvers av de kommunene som er med i avhandlingen, kan det tenkes at det fremmer også mer likhet på tvers av ulike kommuner og bydeler (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

Ut i fra prioriteringsnøkklene er det tydelig at kommune/ bydel forsøker en slags regelstyring. Imidlertid kan man diskutere om dette er modellen som best beskriver situasjonen slik fysioterapeutene opplever den. Det er hovedsakelig to grunner til dette. For det første opplever ikke fysioterapeutene at bydelene/ kommunene er en enhetlig organisasjon. Dette kommer frem ved at fysioterapeutene opplever at deres mål ikke alltid sammenfaller med kommuneadministrasjonen sine. Hva som er fysioterapeutenes mål blir nærmere diskutert under fysioterapeutens identitet, men det som er verdt å påpeke her er at sparefokus ser ut til å oppleves fremmedgjørende.

For det andre kan det diskuteres om prioriteringsnøkkelene oppleves som så utfordrende å bruke, at den ikke kan bli fulgt konsistent. Det er flere grunner til dette. Kategoriene oppleves som for vage, slik at det er vanskelig å plassere brukeren i passende kategori. For eksempel kan det være utfordrende å vurdere om behandlingen kommer til å ha særlig stor betydning, stor betydning eller kun betydning for brukernes funksjon (se vedlegg B). Dette er spesielt tilfelle når det kommer til nevrologiske pasienter, da sykdomsforløpene ofte er svært vanskelige å predikere (Som blir vist nærmere i delkapittel om kvalitet).

En annen faktor kan være at man er uenig i prinsippene bak kategoriene. Det som påpekes er at hvor akutt et tilfelle er ikke nødvendigvis er det beste eller eneste kriteriet for hvem man skal prioritere høyest. Som alt påpekt blir fort kronikere med nevrologiske sykdommer fort prioritert lavt i de nåværende nøklene. Dette kan gjøre at funksjonen fortsetter å langsomt gå nedover uten at det blir akutt nok til at det noen gang blir prioritert. Videre kan enkelte nevrologisk sykdommer føre til kognitive og kommunikative utfordringer som gjør at nøkkelen ikke kan brukes. En bruker med betydelig grad av afasi kan ikke enkelt fortelle om bråheten av et funksjonstap, og en bruker med langtkommen Parkinson kan for eksempel ikke ha de kognitive evnene til å formidle utviklingen av funksjon. I disse eksemplene vil kategoriseringen av brukeren avhenge av godt informerte pårørende eller langtidskunnskap om brukeren. Enslige nevrologiske brukere som ikke har fått tett oppfølging kan dermed fort bli lavest prioritert selv ved akutte funksjonstap. Tilsatt kan det oppleves som at ressursene ikke strekker til i forhold til å følge reglene om oppstart av behandling, og dermed brytes reglene fort.

Innledningsvis ble det påpekt av regelmodellen er normativ (se, Jacobsen & Thorsvik, 2013), likefult kommer man etter hvert til punktet at realiteten avviker så mye fra idealet at

det ikke lenger kan sees på som en passende modell. Når regelmodellen allikevel forsøkt implementert i form av en prioriteringsnøkkel blir dette fort problematisk. Dermed er det ikke vanskelig å se at fysioterapeutene opplever det som et unødige press når; de blir påtvunget mål de ikke er enig i, en nøkkel som er for vag til å brukes satt opp med kategorier man selv ikke er enig i, og uansett ikke kunne fulgt reglene som man ville på grunn av manglende ressurser.

I motsetning til regelmodellen ser forhandlingsmodellen ut til å passe bedre i forhold til informantenes opplevelse av situasjonen. Hovedgrunnen til dette er at denne modellen tar høyde for at en organisasjon kan bestå av ulike profesjoner med forskjellige mål, samt virkemidler for å nå disse (Jacobsen & Thorsvik, 2013). I disse situasjonene blir makten til de forskjellige profesjonene et viktig moment. Hvis en gruppe sitter med all makten vil det trolig ikke bli forhandlinger om hvordan man sammen kan enes mot å nå et mål. Dersom makten er tilnærmet likt fordelt, vil det trolig bli utbredte og gjensidige forhandlinger. Fysioterapeutenes forhold til kommuneadministrasjonen ser ut til å falle mellom disse to ytterpunktene. Mens man lett kan tenke seg at kommunens øvre administrasjon sitter med all makten gjennom det formelle hierarkiet i kommunen. Dette innebærer eksempelvis makten til å sette mål for organisasjonen samt innføre prosedyrer og regler for hvordan disse målene skal nås.

Prioriteringsnøkkel er som nevnt eksempel på dette. Fysioterapeutene ser imidlertid også ut til å ha en viss makt. Den første makten de ser ut til å sitte med, er den faktiske beslutningsmakten om hvem som skal ha fysioterapi, hvor ofte og hvor lenge.

Fysioterapeutene kan med andre ord fortsatt bruke eget skjønn til å gjøre egne valg. En mulig innvending er selvfølgelig at denne makten er delegert fra kommuneadministrasjonen, og i den forstand kan de ta den tilbake igjen. Det er imidlertid viktige aspekter som vil gjøre dette svært utfordrende. For det første er det at det er fysioterapeutene som faktisk sitter med den faglige kunnskapen om rehabilitering og vedlikehold. For det andre er det fysioterapeutene i førstelinjen som faktisk har en relasjon og dermed personlig kunnskap om hver enkelt bruker. Dette passer igjen godt med Foucaults syn på makt. Hvor vi her ser at makt ikke kun ligger sentralisert hos kommuneadministrasjonen, men er mer flytende og dynamisk (Foucault, 1988; Juritzen & Heggem, 2006).

I forhandlingsmodellen når begge parter har en viss makt, vil det vanligvis oppstå forhandlinger slik at de kan enes mer om hvordan realisere virkemidlene for å nå målene, eventuelt også målene i seg selv. En av informantene er nettopp i en slik forhandlingsposisjon med administrasjonen. De to andre informantene ser ikke ut i vesentlig grad å være med i slike forhandlinger. Dette kommer av at prioriteringsnøkkel og mål om pengesparing oppleves å komme ovenfra uten at det høres ut som de har blitt tatt med i diskusjonen om

dette. Interessant nok fant en spørreundersøkelse fra 2009 nettopp at 2 av 3 fysioterapeuter svarte at de i liten eller ingen grad ble tatt med i slike beslutningsprosesser (Dølvik, 2009). Informantene i denne avhandlingen ser dermed ut til å passe godt med dette bildet. I sum kan det se ut som at kommunene ville vært tjent med å flytte seg helt fra et forsøkt på å regelstyre fysioterapeutene over til den mer virkelighetsnære forhandlingsmodellen.

## 4.2 Fysioterapeutenes identitet

Informantenes identitet som fysioterapeuter dukket opp som et sentralt tema i alle intervjuene. Det er flere sider ved det å være fysioterapeut. I diskusjonen om prioritering var det to subtemaer som kom frem; kvalitet og medmenneskelighet. Med kvalitet her menes det fysioterapeutenes opplevelse av hvorvidt behandlingen er tilfredsstillende i forhold til å imøtekomme brukernes rehabiliteringspotensial, og/ eller å opprettholde funksjon slik at brukerne i mest mulig grad kan være selvstendig. Med medmenneskelighet menes det fysioterapeutenes følelsesmessige relasjon til brukerne, og opplevelsen av at fysioterapeuten skal være der for brukerne som noe mer enn bare en opptrener. Det siste subtema som også faller innenfor dette vide tema er opplevelsen av utilstrekkelighet. Dette er opplevelsen som oppstår i en situasjon hvor de overnevnte to subtemaene kommer i konflikt med det ytre presset (se tema en).

### 4.2.1 kvalitet

Når informantene snakker om kvaliteten av arbeidet sitt i intervjuene er dette som regel i form av at den oppleves å være mangelfull. En av informantene beskriver for eksempel en situasjon hvor hun er på en førstegangsvurdering hos en relativt ung bruker som har hatt slag, samt en tumor. Da det er en god stund siden sykdommene har oppstått og det ikke er noe akutt kan fysioterapeuten ikke prioritere bruker veldig høyt. Hun kommer med følgende konklusjon etter besøket:

**I3: « Jeg kan jo bare tilby han en gang i uka ikke sant. Det er langt ifra det han egentlig trenger. Det er jo litt sånn der. Hjelper det liksom? »**

Her er det tydelig at informanten mener at brukeren har et rehabiliterings- eller vedlikeholdspotensial. Dette kommer frem ved at informanten påpeker at han trenger mer enn den ene dagen hun kan tilby. Til tross for det at hun opplever at han har et potensial, har hun

allikevel ikke anledning til å tilby han en tilfredsstillende mengde. Her ser vi hvordan presset på tjenesten kan medføre at kvaliteten på tjenesten blir lavere enn det som egentlig er ønskelig.

Alle informantene uttrykte situasjoner hvor de opplevde at de ikke fikk gitt nok til å ha en tilfredsstillende kvalitet. Et annet aspekt enn denne opplevelsen, er hvor mye de opplever at de nevrologiske brukerne trenger for å oppnå sitt fulle rehabiliterings- og vedlikeholdspotensial. En av informantene kommer med denne betraktningen:

**I1: «Så skal det ganske mye trening til... Veldig veldig veldig mye tett oppfølging. Og hvem er det som får det? Det er jo ingen som får det nesten. (...) Man kan oppnå kjempe gode resultater da, sier de. Men hvem er det som kan gi så bra oppfølging?»**

I dette eksempelet er konteksten at informanten snakker om rehabilitering av nevrologiske brukere. Mer spesifikt påpeker hun at disse brukerne trenger mye behandling, og tett oppfølging. Videre påpeker hun at det er usedvanlig få som får et slikt tilbud. Helt tilslutt påpeker hun at det kan oppnås veldig mye ved riktig oppfølging av denne gruppen.

Når informanten bruker ordene «sier de» peker dette trolig på de som forsker innen nevrologi og rehabilitering, og som dermed oppleves som kilden til evidensbasert kunnskap. Samtidig illustrerer dette eksempelet at informanten opplever at avstanden mellom egen praksis og den evidensbaserte kunnskapen er stor. Videre er det verdt å påpeke at informanten mener at dette ikke er noe som bare gjelder henne, men er et generelt fenomen blant kommunale fysioterapeuter. Dette kommer frem når hun åpnet spør om hvem som har mulighet til å gi en så bra oppfølging. En nærliggende tolkning av informantens uttalelse er at det er vanskelig for henne å se hvem som faktisk har mulighet til å yte tjenester av et slikt omfang.

Det at fysioterapeutene opplever at høy faglig kvalitet er en viktig del av hva det vil si å være fysioterapeut er ikke overraskende. Hvis vi ser på hva Norges Fysioterapeutforbund (NFF) sier om virket som fysioterapeut går dette idealet klart frem. Det første som påpekes er at fysioterapeuter er: «autorisert helsepersonell og har et selvstendig vurderings- og behandlingsansvar i pasient-/klientsituasjoner» (Norsk Fysioterapeutforbund, 2015a). Dette gjør at hver enkelt fysioterapeut selv er ansvarlig for kvaliteten på behandlingen de skal gi.

Videre kommer dette enda tydeligere i NFF sine yrkesetiske retningslinjer. Mer spesifikt står det her at:

2.3 Fysioterapeuten skal holde seg oppdatert innen sine fagområder.

2.4 Fysioterapeuten skal tilstrebe å holde en høy kvalitet i sin yrkesutøvelse.

2.5 Fysioterapeutens virksomhet skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap (Norsk Fysioterapeutforbund, 2015b).

Her ser vi igjen at fysioterapeuten skal holde høy kvalitet på arbeidet. Videre innebærer dette at fysioterapeuten skal holde seg faglig oppdatert på dagens forskning. Tilslutt går det frem at det er denne forskningen, sammen med egen erfaring, fysioterapeuten skal basere sin yrkesutøvelse på.

I denne avhandlingen er det nevrologi som står i fokus. Dermed innebærer kvalitetskravet til fysioterapeutene her, at de skal ha teoretisk forankret kunnskap om nevrologiske sykdommer og skader. Denne kunnskapen skal gjenspeiles i hvordan fysioterapeuter behandler denne brukergruppen. Spørsmålet her blir da om fysioterapeutens opplevelse av manglende kvalitet står i sammenheng med den teoretiske kunnskapen på feltet. Det mest relevante spørsmålet blir da; hvor mye og hva slags behandling trenger en nevrologisk bruker? På grunn av kompleksiteten og variasjonen blant nevrologiske brukere er dette spørsmålet vanskelig å besvare (Raine, 2009). Da det finnes svært mange forskjellige nevrologiske sykdommer med ulikt forløp og med ulik alvorlighetsgrad. En 20 år gammel gutt med en nyoperert hjernetumor trenger en annen type oppfølging enn en 80 år gammel mann med langtkommen Parkinson med demens. Disse nevrologiske brukerne kan tenkes å ha forskjellig rehabiliteringspotensial, kommunikative evner og antageligvis mål. Det kan likevel tenkes at det finnes flere like bakenforliggende teoretiske prinsipper for behandling av begge, som kan brukes når man snakker om kvalitet. Dette er blant annet kunnskapen om nervesystemets plastisitet.

Som vist i delkapittel 2.2.1 skilles det mellom korttids- og langtidsplastisitet. Det relevante poenget her er at for å oppnå en varig endring av funksjon, altså langtidsplastisitet, så vil det være nødvendig med øving og gjentakelser som er hyppige nok. Videre må behandlingen høy nok intensitet over lang nok tid. Dette er et viktig poeng, ettersom man lett kan tro at man har oppnådd endring i funksjon, men egentlig så er det kun basert på

kortidsplasticitet (Brodal, 2013). At plasticitet er grunnlaget for endring av funksjon gjelder alle brukere, og ikke bare de nevrologiske. Det som gjør dette ekstra relevant for nevrologiske brukere er at de har en skade eller sykdom i sentralnervesystemet. Dette gir ytterligere utfordringer ved at etablerte synapser og nervebaner kan være ødelagte eller reduserte. Dette vil sannsynligvis kreve ytterligere innsats fra bruker og fysioterapeut, siden en gjenvinning av funksjon vil kreve at det skjer en substitusjon omkring de skadede områdene. Hvis substitusjon ikke er mulig å oppnå, er det da ønskelig å fremme en mest mulig effektiv funksjon, slik at individet når sitt maksimale potensiale (Raine, 2009). Her snakker man gjerne om kompensasjon (Brodal, 2013). Uavhengig av om man jobber mot en substitusjon eller en kompensasjon kreves det behandling av høy kvalitet. Dette innebærer at behandlingen er individualisert, adaptiv og kreativ (Raine, 2009).

Selv om kunnskap om plasticitet og dermed hvordan nervesystemet lærer er viktig når man ser på kvalitetskravet, blir dette allikevel for snevert. Av denne grunn har flere forskere innen feltet valgt å ta i bruk mer helhetlige og dynamiske modeller. I delkapittel 2.2.2 ble modellen til Shumway- Cook and Wollacott (2012) presentert. Det at modellen i en behandlingssituasjon skal fungere som en interaktiv prosess mellom miljøet, de spesifikke oppgavene og den nevrologiske brukeren, gjør at nevrologiske brukere vil kreve ekstra mye tid og ressurser av den enkelte fysioterapeut (Raine, 2009). For skal man etter denne modellen, og kunnskapen som fysioterapeutene innehar, jobbe med høy kvalitet, innebærer dette å kartlegge brukeren ut i fra mange dimensjoner. Det kreves da at man må få en oversikt over personens mål, og danne seg en hypotese om hvordan man kan bevege seg mot disse, samt få en helhetlig oversikt over miljøet brukeren befinner seg i (Shumway- Cook and Wollacott, 2012). Videre skal ikke fysioterapeuten se disse momentene isolert, men i sammenheng (Raine, 2009). For eksempel må man hvis en pasient har kognitive utfall ta høyde for hvordan dette spiller inn i personens mål, og om miljøet er en hindring eller støtte på veien dit. Det er dermed ikke underlig at en informant uttaler noe oppgitt at man kan oppnå gode resultater dersom man har nok ressurser, men at hverken hun eller andre fysioterapeuter har mulighet til å gi dette. Eller med andre ord «men hvem får det?».

Denne modellen kan i utgangspunktet brukes om mange brukergrupper, men er trolig spesielt vesentlig å ta i bruk i møte med nevrologiske brukere. Dette er fordi den klargjør hvorfor nevrologiske brukere oppleves som så sammensatte og ressurskrevende (Raine, 2009;Gjerstad et al., 2010). For det første når vi ser på et individ som har en nevrologisk sykdom kan man ofte se stor variasjon i både typen utfall og alvorlighetsgraden av disse. Disse utfallene kan både være; rent motoriske, og dermed hindre bevegelse, perseptuelle som

dermed kan dempe eller helt fjerne sanser, og kognitive som blant annet kan føre til afasi, redusere hukommelse eller planlegging (Gjerstad et al., 2010). En og samme bruker kan også ha utfall i alle disse systemene.

For det andre er ofte målene nevrologiske bruker har globale og kreve mange små steg for å kunne nås. Dette krever at fysioterapeutene er kreativ, og dermed må tenkte alternative veier for å nå disse (Raine, 2009).

For det tredje møter de nevrologiske brukerne ofte omfattende utfordringer når de skal takle miljøet de befinner seg i. Steiner, bakker og eventuelt trapper kan for dem blir reelle hindringer, og muligheten til å tilpasse miljøet vil dermed være av stor betydning (Raine,2009).

Selvfølgelig henger disse tre systemene tett sammen, og kan på mange måter ikke sees atskilt. Det er utfallene individet har, som igjen fører til at oppgavene og miljøet blir mer krevende, samtidig som det er oppgavens natur som gjør at utfallene er problematiske og gjør at miljøet blir vesentlig å tilpasse. Med andre ord går dette dynamisk sammen, og man kan dermed ikke se en bit i isolasjon (Shumway- Cook & Wollacott, 2012).

Denne kompleksiteten nevrologiske brukere ofte representerer vises også i relasjon til generelle treningsprinsipper. Uavhengig av pasientgruppe er det stor enighet i at det kreves kontinuerlig og spesifikk trening for å oppnå en funksjonsbedring. Det er ikke totalt enighet om mengde som er nødvendig, og dette vil selvfølgelig være avhengig av hvert enkelt individ. Likefult kan vi som en generell regel si at man må trene minst minimum ha 2-3 ganger i uka regelmessig for å oppnå bedring. En gang i uka kan være tilstrekkelig for vedlikehold, hvis man i utgangspunktet ikke er veltrent (Raastad, Paulsen, Refsnes, Rønnstad, & Wisnes, 2010). Dette er et generelt prinsipp som gjelder for alle, men igjen kan vi se at de nevrologiske brukerne har ekstra utfordringer på dette punktet. Som nevnt over har ofte nevrologiske brukere en rekke kognitive utfall (Gjerstad et al., 2010) . Dette vil ofte gjøre at disse brukerne er helt avhengig av tett oppfølging for å i det hele tatt kunne trene. De kan ha problemer med å planlegge dagen på egenhånd, problemer å huske at de skal gjøre øvelser og når de gjør øvelsene kan kvalitet på utførelse være vekslende. Noen nevrologiske sykdommer har også mangel på motivasjon som en del av sykdomsbildet, som for eksempel ved Parkinson hvor sykdommen rammer nettopp en del av hjernens belønningssystemer (Gjerstad et al., 2010). Videre kan de kognitive utfallene også kreve mer av fysioterapeuten når de er til stedet. For det første kan instruksjon være utfordrende med brukere med nedsatt kommunikative evner. Vi så et eksempel på dette i beretningen til en av informantene som påpekte at en bruker hun hadde med CP ikke kunne bli instruert, og at dette gjorde behandlingen tilnærmet umulig.

Et relatert poeng er at prinsippet om reversibilitet også gjør neurologiske brukere mer utsatte. Dette prinsippet sier enkelt at gevinster som er opparbeidet over flere måneder, kan forsvinne bare etter få uker (Raastad et al., 2010). Den samme grunnen som da gjør det utfordrende å veilede gjør da disse brukerne utsatte for å forfalle i en periode uten tett oppfølging.

Et tredje allment akseptert treningsprinsipp er spesifisitet. Dette vil si at behandlingen bør sikte seg inn på de spesifikke oppgavene brukeren har utfordringer med (Raine, 2009; Raastad et al., 2010). I fysioterapi vil dette ofte innebære å analysere ulike aktiviteter som brukeren opplever som utfordrende for eksempel reise/ sette seg, og videre lage en arbeidshypotese om hva som kan være årsaken til det. Dette kan for eksempel være på grunn av manglende muskelstyrke, sensibilitet, spastisitet og så videre (Raine et al., 2009). Igjen er dette et allment treningsprinsipp, men også her kan man også se at det er utfordrende å følge dette prinsippet hos neurologiske brukere. Utfallene som nevnt tidligere hos mange neurologiske brukere er sammensatte og i tillegg kan de være svært omfattende. Dette krever som nevnt en stor grad av klinisk resonnering hos den enkelte fysioterapeut, men samtidig gjør det det spesielt utfordrende for brukerne å drive mye med egentrening. Dette kommer av at fysioterapeutene ofte er nødt til å være mer hands-on for å fasiliterer bevegelser for å få til spesifikk trening med en overføringsverdi til for eksempel aktiviteten reise/ sette seg (Raine et al., 2009).

I sum kan vi derfor si at når en av informantene påpekte at en dag i uken var langt ifra det en av hennes neurologiske brukere faktisk trengte er dette godt teoretisk forankret i vår nåværende kunnskap om plastisitet, dynamisk systemteori og i generelle treningsprinsipper.

#### *4.2.2 medmennesket*

Medmenneskelighet blir her sett på som evnen fysioterapeuten har til å sette seg inn i brukerens situasjon, og ha medfølelse for dem og handle ut i fra denne følelsen. Det er kanskje ikke overraskende da at medmenneskeligheten fort kommer i konflikt når de står ovenfor prioriteringer. Og det ofte i diskusjoner om prioritering dukket medmenneskelighet opp som et tema.

**I3: «Men det er aldri gøy å prioritere. Jeg synes det fortsatt er kjempe vanskelig. Men man må jo (...) For man vil jo hjelpe alle. Det er jo sånn når man jobber med mennesker, og man blir jo glad i de og man vil jo hjelpe de.»**



I eksempelet over snakker informanten om hvordan hun opplever det å gjøre prioriteringer. Det går det frem at prioriteringer blir vanskelig når man skal være et medmennesket. Videre er det tydelig at dette ikke er en kald kalkulasjon hvor medmenneskelighet blir veid opp mot nytteverdi, men snarere en situasjon hvor medfølelse for brukeren blir en følelsesmessig belastning i møte med prioriteringer.

Videre blir denne konflikten forsterket når man opplever at målene som blir kommunisert fra kommunalt hold, tidvis står i direkte konflikt med idealet om å være et medmennesket.

**I1: «Ja, og da føler jeg kanskje at den kommunejobben som vi har. Da er det litt sånn at det må være nyttig det vi gjør. For bydelen er jo ute etter å spare penger. Eller å bruke minst mulig penger.» (...) og mens vi vil jo ikke tenke sånn. Vi tenker jo livskvalitet, men samtidig så tenker jeg at folk klarer seg selv. Og man sparer penger på det, det er også livskvalitet.»**

I eksempelet over snakker hun om hva jobben som kommunefysioterapeut vil si. Om det så i sitatet over kommer frem at fysioterapeuten til en viss grad klarer å koble medmenneskelighet sammen med kommunens mål om å holde brukere hjemme lengst mulig, er det klart at tanken om å gjøre jobben nettopp for å spare penger, kommer i direkte konflikt med fysioterapeutens ideal om medmenneskelighet.

Det er verdt å merke seg at det ikke alltid er konflikt mellom fysioterapeutens identitet som et medmennesket og kommunens prioriteringer. I samtlige prioriteringsnøkler er brukere i terminal fase høyst prioritert. Et eksempel på dette er at alle fysioterapeutene påpeker at brukere med amyotrofisk lateralsklerose (ALS) er høyest prioritert. En av dem forteller:

**I1: «De prioriterer vi. (...) I det helte tatt alvorlig syke og døende kreftpasienter prioriteres høyt (...) Ofte får du jo ikke gjort noe, men det er på en måte å være der og si, okay, er det noe du trenger hjelp til? Og sånn blir det litt med ALS også. Hva er det du trenger hjelp til? Er det noe jeg kan bidra med? (...) De er lettere å prioritere. For enten så trenger de veldig at noen er der. Eller så vil de ikke. Ikke sant, de er veldig tydelige. Der er det ikke alltid. Der tenker du jo ikke nytteverdi, eller der tenker du kun på hva de tenker, og har de noen glede av det. Eller har de ikke det? Det er jo ofte, ikke sant, snakk om bare kort tid.»**

I dette sitatet kommer det tydelig frem at informanten opplever det som enkelt å ta prioriteringene når kommunens prioriteringsnøkkel samsvarer med fysioterapeutens egen identitet som medmenneske. Det virker som informanten faktisk føler lettelse ovenfor at dette samsvarer så godt med hvordan hun vil prioritere. Dette er interessant å se hvor forskjellig dette er fra diskusjonen rundt de nevrologiske pasientene som befinner seg mer i en mer langvarig og stabil kronisk tilstand. Helt spesifikt så vi i forbindelse med tema brukerpress hvordan det ovenfor disse pasientene heller er en diskusjon rundt hvordan man skal få tid til dem, eller hvordan man skal klare å kutte dem.

Et siste poeng om fysioterapeutens identitet som medmenneske, er at den ikke kun handler om brukeren, men helhetssituasjonen rundt dem.

**I1: « Han kan ikke gjøre noe, jeg tror ikke at han kan. Kan ikke spise eller gjøre noe selv. Så alt er det noen som hjelper han med. Sånn at det eneste han klarte selv var (...) sånne bittesmå bevegelser med hodet og at han prøver litt sånn med overkroppen. Det var så veldig veldig lite (...) Ja, Da blir du litt sånn i dilemma da synes jeg. For da blir det sånn at jeg tenker at jeg synes det er forferdelig at han og ikke minst kona da som gjør så mye blir i en situasjon der de ikke får tilbud om no. Samtidig som du vet at egentlig ikke fører til så mye. Ja, så det blir et dilemma mellom de.»**

I dette sitatet over ser vi igjen hvordan medmenneskelighet kommer til uttrykk, og er i konflikt med en nyttetanke. Dette sees ved at informanten mener at behandlingen som gis til syvende og sist ikke fører til noe, men allikevel fortsetter hun med behandling. Tilsynelatende gjør hun dette fordi hun føler at både kona og brukeren er i en tøff situasjon, og tilbudet blir tilsynelatende opprettholdt av mer medmenneskelige hensyn. Videre viser dette sitatet nettopp hvordan fysioterapeutene føler seg ansvarlig for mer enn bare brukeren i seg selv, men også den helhetlige situasjonen rundt brukeren.

At man føler medmenneskelighet når man møter mennesker som har alvorlige nevrologiske sykdommer er i seg selv ikke overraskende, uavhengig om man er fysioterapeut eller ikke. Som flere av sitatene hittil har vist snakker vi her om mennesker med alvorlige nevrologiske sykdommer. Som vist i sitatet over hvor informanten påpeker at brukeren er så rammet, at han

trenger hjelp til så si alt, fra spising til personlig hygiene, og det han klarer på egenhånd er bevegelser av hodet.

Fysioterapeuter som helsepersonell vil trolig oftere enn gjennomsnittspersonen føle et kall til å hjelpe syke og pleietrengende, da det trolig er hoveddrivkraft i forhold til valg av yrket. Dette er sant selv om det i vår tid har flyttet seg fra en mer religiøs tanke om kall til en mer humanistisk tanke (Eide & Eide, 2007). Videre er det gode grunner til å tro at denne typen verdier styrkes gjennom utdannelsen. Eksempelvis er dette en uttalt målsetting fra utdanning- og forskningsdepartementet nettopp å fremme slike verdier: «Studentene skal etter endt utdanning kunne opptre faglig forsvarlig og vise respekt, omsorg og empati i samhandling med pasienter/brukere og andre» (Utdanningen og forskningsdepartementet, 2004). Rollen som medmennesket ser også ut til å være godt forankret i NFF, der det går frem av de etiske yrkesretningslinjene at fysioterapeuter skal ha respekt for grunnleggende humanistiske verdier, og generelt være bevisste egne holdninger. I enkle ord kan dette lett summeres opp med en av informantenes egne ord: «For man vil jo hjelpe alle. Det er jo sånn når man jobber med mennesker, og man blir jo glad i de og man vil jo hjelpe de.»

I sum er det derfor på ingen måte overraskende at informantene i denne avhandlingen føler nettopp medmenneskelighet ovenfor brukerne. Av samme grunn er det heller ikke da overraskende at å få beskjed om å tenke ut i fra et sparefokus oppleves uforenlig med disse verdiene for informantene.

### 4.3 Utilstrekkelighet

I delkapittelet om ytre press ble det vist at styrken på det ytre presset, fra kommuneadministrasjonen, til en stor grad var avhengig av hvorvidt fysioterapeutene var enig i kommunens mål om å spare penger. I eksemplene over i fysioterapeutenes identitet har det alt blitt vist at disse som oftest oppsto i negativ forstand, da fysioterapeutene ofte opplever at disse idealene ikke kunne bli møtt. Derfor kommer det et tredje subtema inn i forbindelse med fysioterapeutenes identitet, nemlig følelsen av utilstrekkelighet. Utilstrekkelighet blir her sett på som den negative opplevelse Fysioterapi, kommunehelsetjenesten, nevrologi, prioriteringer, profesjonsetikk, roller n av at ressursene man har ikke er tilstrekkelig til å imøtekomme behovet. I sin enkleste form kommer dette subtema til syne når informantene uttrykker at de ikke klarer å yte nok.

**T: «... Har du noen spesifikke situasjoner hvor du har opplevd at prioritering har vært vanskelig? I forhold til en nevrologisk pasient?»**

**I3: «Det er hele tida. (...) Det er jo hele tida vanskelig å gi folk nok liksom.»**

I sitatet over uttrykker informanten tydelig utilstrekkeligheten hun opplever i forbindelse med prioritering, her i form av at hun aldri får gitt nok. Det er verdt spesifikt å påpeke at utilstrekkeligheten oppleves som et konstant fenomen, og ikke bare bundet opptil sporadiske episoder. Det er her uklart hvilket ideal informanten opplever å ikke nå. Men tidvis blir utilstrekkelighetsfølelsen bundet mer tydelig opptil idealet om kvalitet eller idealet om medmenneskelighet.

**T: «Hvordan synes du arbeidsoppgavene dine er? Synes du at du strekker til, og rekker å gjøre over det du skal i løpet av en dag?»**

**I2: «Ja, men jeg kunne godt hatt. Hadde jeg hatt bedre tid, så hadde jeg gått inn mere intensivt. Det blir ofte til at jeg føler at jeg smører sånn tynt utover, og så... Har de fått fysioterapi på en måte. Men jeg vet at de kan ikke bli noe særlig bedre av en gang i uka. Særlig med de som jeg vet at ikke gjør noen ting på egenhånd. Og det er ganske mange.»**

I eksempelet over uttrykker informanten utilstrekkelighet i forbindelse med idealet om kvalitet. Informanten beskriver en situasjon hvor hun ender opp med å gi behandling til flest mulig på bekostning av kvaliteten som gis. Denne situasjonen oppstår ifølge informanten ved at det simpelthen ikke er nok tid til å oppnå den nødvendige kvaliteten hos alle. Det interessante her er hvor bevisst informanten selv er i forhold til hvor mangelfullt det er å gi behandling kun en gang i uka. Dette gjelder som alt vist særlig nevrologiske brukere med sammensatte behov (se delkapittel om kvalitet). Videre påpeker hun at denne mangelen på oppfølging spesielt rammer de som ikke gjør noe på egenhånd, og igjen som vist i delkapittel om kvalitet gjør dette brukere med nevrologiske sykdommer spesielt utsatt.

I motsetning til utilstrekkelighet når det kommer til kvalitet, er utilstrekkelighet når det kommer til medmenneskelighet mer tilslørt. Typisk kommer denne utilstrekkeligheten til syne ved at informantene tydelig sier at de ikke har tid eller mulighet til å prioritere en bruker/brukergruppe, men likefullt ender opp med å gjøre det av tilsynelatende ingen annen grunn enn medmenneskelighet.

**I1: «det er sånn at han føler at det er allright at man kommer inn og gjør noe, men det fører ikke til no. Hvis du skjønner hva jeg mener? Det blir sånn vedlikeholdsgreie som jeg tenker hjemmesykepleien bør kanskje gjøre litt i stell hver dag. Sånn at vi kan ikke prioritere det, for at tilslutt vil vi bare ha kronikere med vedlikeholdsbehandling. Hvis man ikke avslutter de.»**

**T: «ja, hvor lenge var det dere var der?»**

**I1: «Jeg var der sikkert et par år vil jeg tro, kanskje mer. Jeg husker ikke. Ett par år... Men litt av og på hvis han var inn på sykehuset og sånne ting, og da ble det litt vanskelig for da, okay hvilket tilbud skal han få ellers? For sånn funksjonsmessig så vil han aldri bli noe bedre, men det er jo noe med at man bør få et tilbud.»**

Dette er den samme situasjonen som er vist under subtema medmenneskelighet. Hvor informanten tydelig følte med både bruker og vel så mye kona. I eksempelet over er informanten helt bevisst på at behandlingen ikke vil øke brukerens funksjon. Videre mener hun at det som trengs av vedlikeholdsbehandling er så lite at det lett kan ivaretas av hjemmesykepleien. I sum gjør dette at brukeren ut i fra kommunens rammer ikke skal bli prioritert, og det er dette hun er bevisst på. Samtidig har informanten prioritert brukeren, da hun har gitt han behandling i ett par år. Når behandlingen blir opprettholdt til tross for at informanten selv mener at det hun gjør ikke bedrer hans funksjon, ikke er meningsfullt som vedlikehold, og ikke er påkrevd av kommunen, må det være en annen grunn til at hun gir behandlingen. Denne grunnen er sannsynligvis idealet om medmenneskelighet som ble diskutert i ett delkapittel over. Utilstrekkeligheten kommer da her som en følge av at idealet om medmenneskelighet kommer i konflikt med kommuneadministrasjonen syn på prioritering, og ikke kan forsvares ut i fra kvalitetsidealet. Med andre ord opplever fysioterapeutene at de ikke kan være så medmenneskelige som de ønsker å være.

Utilstrekkeligheten som her har blitt presentert, kan sees som et krysningpunkt mellom de ulike pressene som påvirker fysioterapeutene, når de skal gjøre prioriteringer. Presset kommer som vist både fra nevrologiske brukere og deres pårørende, men også fra kommuneadministrasjonen. Disse to pressene dro i hver sin retning. I delkapittel 4.1.2 så vi hvordan informantene opplevde at det ene presset kom fra kommuneadministrasjonen. Videre opplevde informantene (spesielt to av dem) at dette har økt. I analysen ble dette presset nyansert i tre ulike former; målstyring i form av et sterkt pengesparemål, regelstyring i form av pålegg om prioriteringsnøkler, og omstruktureringer av tjenesten, som har ført til et

betydelig økt ansvar uten en tilsvarende økning i ressurser. Fra den andre siden, så vi i delkapittel 4.1.1, et behandlingspress. Dette var i form av misnøye, eller argumentasjon fra de nevrologiske brukerne og tidvis de pårørende. Dette presset opplevdes å ha et preg av å være ubegrenset, da de nevrologiske brukerne gjerne hadde et kontinuerlig og legitimt behov for behandling. Dette kan tolkes som en situasjon, hvor den enkelte fysioterapeut blir stående i midten, mellom kommunen som har ressursene og de nevrologiske brukerne som har behovet.

Som diskutert under temaet om utilstrekkelighet, kunne det virke som om informantene i denne avhandlingen opplevde det belastende å stå i dette krysningpunktet. Det er ikke en selvfølge at det å stå i et krysningpunkt, mellom etterspørsel og ressurser, vil være en betydelig belastning. En arbeidstaker som står mellom avdelingen sine ressurser og kundenes etterspørsel, vil ikke nødvendigvis oppleve dette som belastende. Så lenge han tenker at han skal gjøre så mye han kan innenfor arbeidstiden, og at resten ikke er hans problem, vil det ikke oppleves som belastende. I en slik situasjon blir dette problemet flyttet over til arbeidsgiver. De må da øke avdelingens ressurser, godta større forsinkelser, eller akseptere dårligere kvalitet.

Det som skiller informantene fra denne tenkte arbeidstakeren, er trolig deres faglige identitet. Som vist i analysen, var det spesielt to aspekter av informantenes faglige identitet, som kunne bidra til en følelse av utilstrekkelighet. Disse var medmenneskelighet og kvalitet. I den grad andre fysioterapeuter står i det samme krysningpunktet, vil de oppleve det samme utilstrekkelighetsproblemet.

#### 4.4 Roller og etikk i krysningpunktet

Det er flere teoretiske perspektiver som kan brukes til å belyse dette utilstrekkelighetsproblemet. I denne avhandlingen benyttes Goffman sitt rollebegrep og forskjellige etiske perspektiver, som utgangspunkt for diskusjon. Som beskrevet i teorikapitlet mener Goffman (1992) at en og samme person kan ha flere enkeltstående roller. I analysen ser det ut som informantene har minst to ulike roller, en ovenfor nevrologiske brukere og en ovenfor kommuneadministrasjonen. Fysioterapeutens rolle ovenfor brukerne ser ut til å være særlig knyttet til den faglige identiteten, der idealene om medmenneskelighet og kvalitet i fysioterapiutøvelsen fremsto som sentrale. Dette kan vi kalle

en behandlerrolle (se delkapittel 4.2.1 og 4.2.2). Rollen ovenfor kommuneadministrasjonen synes å være mer tilslørt, men det fremkommer at fysioterapeutene spiller en rolle som ansatte i et kommunalt system. Denne rollen kommer for eksempel til uttrykk når informantene sa ting som «vi i kommunen», eller henviste direkte til en sjef. Dette kan vi kalle en ansattrolle (se delkapittel 4.1.2). I en ansattrolle handler man på vegne av organisasjonen, og det innebærer da en forventning om lojalitet. Eksempelvis handler kommunale fysioterapeuter på vegne av sine respektive kommuner, og i det ligger det også en forventning om lojalitet til kommuneadministrasjonen. I tråd med Goffman (1992) foregår det ofte og stadige vekslinger mellom ulike roller. Dette skjer i situasjoner som utspiller seg i det sosiale rommet, noe som kan skape utfordringer. Disse utfordringene kommer fordi kravene og forventningene til de ulike rollene ikke samsvarer. I denne avhandlingen ser vi nettopp en slik konflikt, når ansattrollen krever at fysioterapeutene skal være lojal mot kommunens prioriteringsregler (prioriteringsnøkkelen), samtidig som deres behandlerrolle vil at de prioriterer på bakgrunn av medmenneskelige årsaker.

Et annet skille som blir relevant mellom disse to rollene, er skille mellom instrumentelle og moralske mål (Goffman, 1992). Behandlerrollen ser ut til å være forbundet med moralske mål, altså mål som er verdsatt for sin egen del. Et eksempel på dette er målet om å være et medmennesket. Dette ser trolig fysioterapeuter på som et mål i seg selv. Ansattrollen på sin side, ser ut til å være mer forbundet med instrumentell mål, altså mål verdsatt for å nå et annet høyere mål. Et eksempel her er målet om å spare penger. Dette målet har trolig fysioterapeuter mer for å oppnå målet om å være lojale ovenfor kommuneadministrasjonen.

I utgangspunktet er det ikke nødvendigvis problematisk å inneha flere ulike roller. Når disse rollene, som nevnt, står i direkte konflikt med hverandre oppstår det dilemmaer i prioriteringsprosessen. Når fysioterapeutene ser ut til å se flere moralske mål i behandlerrollen enn i ansattrollen, kan dette forklare hvorfor de ser ut til å legge mer vekt på den førstnevnte. Med andre ord kan det se ut til at fysioterapeutene lettere kobler behandlingspress opp til mål om kvalitet i tjenesten og medmenneskelige verdier, men press om pengesparing fra kommuneadministrasjonen ikke sammenfaller like naturlig med fysioterapeutenes moralske idealer. Dette ser ut til å kunne bidra til at kommunens virkemidler og tiltak for å utvikle tjenestene kan oppleves fremmedgjørende.

Diskusjonen med Goffman (1992) sitt rollebegrep kan fort gi et inntrykk av at fysioterapeuten er en moralsk aktør, som står imot en umoralsk kommuneadministrasjon. Dette inntrykket blir trolig forsterket av at Goffman (1992) gjør et skille mellom moralske og

instrumentelle mål. Dette er trolig verken meningen til informantene, eller forenlig med hvordan kommuneadministrasjonen prøver å prioritere<sup>3</sup>. Dette åpner imidlertid spørsmålet om hva slags etikk det kan se ut til at kommuneadministrasjonen sitter med, eller i alle fall hvilken etikk informantene mener de sitter med. Et hint om hva slags etiske betraktninger som kan ligge bak kommuneadministrasjonens prioriteringstanke, finner vi ved å se på hvordan en relativt ny statlig utredning drøfter spørsmål om prioritering i helsevesenet (NOU (2014:12)). Denne utredningen er eksplisitt ment å skulle hjelpe alle nivåer i helsevesenet med prioriteringsprosessen. Det som menes med alle nivåer er alt fra statlig, til kommuneadministrasjon, og helt ned til førstelinjenivået (NOU (2014:12)). Når en disseminering skal gå fra statlig hold helt ned til førstelinjen tar dette tid. Videre vil dette bli typisk bli implementert lenger opp i systemet først. Det interessante i denne sammenhengen er at denne utredningen eksplisitt lener seg på en filosofisk tradisjon. En man kan finne igjen både i prioriteringsnøkklene, men også i informantenes uttalelser om kommunen. Dette er John Rawls (1999) teori om rettferdighet. Et hovedmoment i Rawls (1999), som vist i teorikapitlet, er at et riktig utfall er en følge av en riktig prosess. Det er en slik tanke man ser igjen i prioriteringsnøkklene (se vedlegg B). Nøkkelens hensikt er nettopp å gi en lik og rettferdig prioriteringsprosess for alle brukere. I likhet med Rawls (1999) fremgangsmåte, prøver man her å fjerne alle momenter som kan sees som irrelevante for en rettferdig fordeling. Dette er faktorer som diagnose, alder, empati, kjønn og lignende. Dette kan sees som en tanke om å forhindre slagsider, og dermed vilkårlig prioriteringer hos hver enkelt fysioterapeut. Utenom Rawls (1999) filosofiske prosess i seg selv, er det også likheter med hans konklusjoner, og det tenkte utfallet av prioriteringsnøkkelens. Som nevnt i teorikapitlet, konkluderer Rawls (1999) med at ressurser skal fordeles likt med mindre en ujevn fordeling gagnar den som får minst. Når kommuneadministrasjonen legger opp til at man skal prioritere mest de som kan gjenvinne mest funksjon, kan en forståelse være at man ved å prioritere de, gjør at det blir mer til overs til andre. Hvis man lot en bruker med et brått funksjonstap forfalle, ville denne personen på lang sikt trenge langt mer ressurser, som igjen vil gjøre at det blir mindre til alle. Dersom man da prioriterer den brukeren høyt, vil han gjenvinne tapt funksjon raskt, og dermed ikke kreve ytterligere ressurser. Disse ressursene er da frigjort til andre, som i utgangspunktet er lenger nede på prioriteringslisten. Det kan imidlertid diskuteres om det er slik det fungerer i praksis. Dersom det alltid kommer nye brukere med ett brått funksjonstap, og kronikerne nederst på listen aldri blir prioritert.

---

<sup>3</sup> Her brukes prioriteringsnøkkelens, samt rapporter fra statlig hold om prioritering som grunnlag for kommuneadministrasjonens syn.



Diskusjonen over viser at det trolig ligger etiske betraktninger bak kommuneadministrasjonens syn på prioriteringer. I denne avhandlingen har det kommet frem at informantene, til en viss grad, har gitt uttrykk for at de stiller seg negative til kommuneadministrasjonens prioriteringer. En måte å forstå dette på er å knytte fysioterapeutenes negative innstilling til andre etiske betraktninger og prinsipper. Fysioterapeutenes idealer som profesjonsutøvere kan peke i retning av en profesjonsetikk, som i de senere årene har tatt en vending mot dydsetikk (Wyller, 2011). Det interessante her er at denne vendingen har skjedd vekk fra de mer liberale retningene, som John Rawls representerer (Sandel, 1984, 2010). Samtidig er det interessant at når Rawls (1999) publiserte sin tese, var det blant annet ment som en kritikk av dydsetikk. Med andre ord kan disse to etiske retningene sees som uforenlige. Mens Rawls (1999) at man kategorisk må se det rettferdige før det gode, mener dydsetikere at all etikk må bygge på en forståelse av det gode (Sandel, 2010). Denne uforenligheten utspiller seg i to mer spesifikke konflikter mellom fysioterapeutene og kommuneadministrasjonen.

Den første konflikten kommer av hvilke verdier som er mest relevante når man skal prioritere. Det som kan se ut til å være bakgrunnen for prioriteringsnøkler i kommunal fysioterapivirksomhet kan, i likhet med Rawls etiske perspektiver, knyttes til å gjennomføre prosesser som i størst mulig grad fjerner, eller reduserer potensielle slagsider. Dette er ikke for å si at kommuneadministrasjonen ikke er opptatt av medmenneskelighet, men det er ikke disse verdiene de ser ut til å legge til grunn hvordan de tenker hvordan prioriteringsprosessen skal foregå. Informantene på sin side gir ikke uttrykk for et lignende syn på hva som er en slagside, der blant annet medmenneskelige verdier heller oppfattes som et viktig bidrag i fysioterapeutenes prioriteringsprosess. At informantene er opptatt av medmenneskelighet kommer tydelig frem i delkapittel 4.2.2. Der samtlige informanter gjorde prioriteringsvalg på bakgrunn av medmenneskelige hensyn. Det å se medmenneskelighet som et viktig bidrag inn i prioriteringsprosessen, er i tråd med hvordan dydsetikk mener at ressurser skal fordeles. Når ressursen som skal fordeles er fysioterapibehandling (her fysioterapeutenes tid), og denne blant annet har som sitt telos å være medmenneskelig, er en brukers behov for medmenneskelighet den relevante egenskapen for fordeling. Så når en informant hadde kjennskap til en brukers situasjon, og opplevde at han hadde det vondt, ble dette ansett som en vesentlig faktor inn i informantens prioriteringsprosess.

Den andre konflikten bygger på at teloset til fysioterapi er ikke bare å være medmenneskelig, men å oppnå bedring og vedlikehold av brukernes funksjon. Det er en iboende egenskap, i alle profesjoner, at når man har konkrete oppgaver ønsker man å gjøre

dem så godt som mulig. Med andre ord er det gode i fysioterapi å utføre behandlingen med så høy kvalitet som mulig. Det vil derfor alltid oppleves feil å satse på en lavere kvalitet for å nå effektivitetskrav, når man nettopp føler seg etisk forpliktet til å ha en høy kvalitet. Konflikten oppstår dermed når fysioterapeutene opplever at de må senke kvaliteten for å følge prioriteringsreglene til kommuneadministrasjonen.

I sum ser vi her hvordan det å være låst mellom disse to etiske tradisjonene, lett kan føre til en opplevelse av utilstrekkelighet. Fysioterapeutene ser på den ene siden ut til å bli pålagt å følge fastlagte prioriteringer (prioriteringsnøkler), basert på en etikk som først og fremst vektlegger en riktig og rettferdig prosess. Mens de selv på den andre siden ser ut til å ha en profesjonsetikk som omhandler medmenneskelighet og høy kvalitet. Fysioterapeutene kan dermed oppleve å stå et krysningspunkt mellom kommunens prioriteringer og hensynet til brukerne. Det er denne situasjonen som informantene gir uttrykk for at oppleves problematisk å stå i.

#### 4.5 Avsluttende diskusjon

Denne avhandlingen har altså vist at det er et ytre press mot fysioterapeutene, og videre at dette presset er vanskelig å avfeie. Grunnen til at det er så vanskelig å avfeie det ytre presset ser ut til å stamme fra fysioterapeutens faglige identitet. En identitet som blant annet sier at de skal være medmennesker og ha en faglig høy kvalitet i sitt arbeid. Denne faglige identiteten hos fysioterapeutene kan både sees problematisk fordi den kan skape en rollekonflikt, og medføre etiske utfordringer. I sum kan disse innsiktene bidra til en bedre forståelse for hvordan fysioterapeutene opplever at prioriteringer blir tatt i kommunen. Enkelt sagt blir prioriteringene tatt på en måte hvor mange ulike behov og aktører blir forsøkt møtt.

Det er videre flere grunner til at retningslinjer for prioritering av brukere i kommunene og endringer i ansvar og omfang for fysioterapitjenesten kan se ut til å slå dårlig ut for brukere med neurologiske skader. For det første har mange neurologiske lidelser et progressivt forløp, hvor funksjonstapet skjer over lengre tid. Dette gjør at de kan skåre lavt på graden av akuttet. For det andre fører mange neurologiske lidelser til kommunikative utfordringer, som fører til at det er vanskelig å innhente en utfyllende anamnese. Dette kan gjøre det utfordrende for fysioterapeuten å bedømme graden av akuttet. For det tredje er det ved flere neurologiske lidelser vanskelig å vite potensialet for endring av funksjon, så hvis man ikke får tid til å utforske dette, vil man lett ende opp med å feilaktig konkludere med at det ikke er et potensial. På den andre siden som vist i delkapittelet som handler om press fra brukerne og

deres pårørende, ble det vist hvordan deres behov til behandling oppleves som ubegrenset, men også legitimt av fysioterapeutene. Når ressursene da samtidig er begrensede gjør dette fort at man gir noe til mange. Det gjør at det for eksempel smøres tynt utover i møte med nevrologiske brukere. Dette blir trolig også forsterket av fysioterapeutenes opplevelse av at de skal være medmennesker, som gjør det vanskelig å kutte noen (de må jo ha et tilbud). Interessant nok er ikke de to vide poengene gjort over uavhengige. Når fysioterapeutene smører tynt over kvaliteten i møte med det nevrologiske brukerne, forsterkes problemet med at man ikke klarer å fange opp potensialet for endring. Dette krysspresset fysioterapeuten står i kan altså føre til en ond sirkel hvor en bruker med en nevrologisk lidelse da blir prioritert for lavt til å oppdage/utnytte potensialet for endring, dette fører da til at brukeren forblir behandlingstrengende i større grad, og altså ønsker å ha vedvarende behandling. Dette kan igjen da føre til at det er vanskelig å prioritere den neste nevrologiske brukeren som også forblir behandlingstrengende, og så videre og så videre. Det er verdt å påpeke at dette ikke gjelder alle, da nyoppståtte sykdommer eller skader blir høyt prioritert sammen med de i terminal fase (eksempelvis ALS). Dette gjelder heller de nevrologiske brukerne som har sykdommer med progressive forløp som Parkinson og MS, eller de som har hatt en skade for en stund siden som for eksempel 6 år etter hjerneblødning. Samtidig er det verdt å merke at denne situasjonen trolig oppleves mer problematisk på grunn av det annet viktig aspekt, som kom frem i kapittelet om fysioterapeutens identitet. Fysioterapeutene har som sagt høy faglig kvalitet som en del av sin faglige identitet. Dette forsterker trolig opplevelsen av utilstrekkelighet.

Innsikten fra denne avhandlingen kan være viktig for videre arbeid med prioriteringer i kommunene. Det kan gi en klarere forståelse for fysioterapeutene i kommunene med hensyn systemet de jobber i. Videre kan det tenkes at det kan være til nytte å bruke noen av innsiktene nettopp til å delta mer aktivt i prioriteringsdebatten. Det kan også være til nytte for ansatte høyere opp i kommunehelsetjenesten, siden disse innsiktene kan belyse hvordan fysioterapeuter kan oppleve å stå i prioriteringsprosesser, og dermed kan dette bidra til en økt forståelse. Mest av alt er håpet at innsiktene herfra kan brukes til å øke kommunikasjonen mellom ulike aktører i kommunehelsetjenesten. Tilslutt kan innsiktene belyse noen potensielle utfordringer i forhold til prioriteringsprosessen i møte med de nevrologiske brukerne. Denne avhandlingen har indikert at noen nevrologiske brukere fort kan stå i fare for å falle ut av behandlingstilbudet. Etersom denne avhandlingen i hovedsak er basert på intervju av kommunale fysioterapeuter, hadde det vært interessant om videre forskning også hadde undersøkt dette fra brukernes og kommuneadministrasjonens perspektiv.

## LITTERATURLISTE

- Bear, M., F, Connors, B., W, & Paradiso, M., A. (2007). *Neuroscience: Exploring the Brain* (3 utg.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Brodal, P. (2013). *Sentralnervesystemet* (5 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Cappelen, Å. (2011). Kapittel 3: Velferdsstatens økonomiske grunnlag. I T. Romøren, I (Red.), *Den norske velferdsstaten* (4 utg., ss. 67-102). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Christensen, T., Egeberg, M., Lægreid, P., & Aars, J. (2014). *Forvaltning og politikk* (4 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Christoffersen, S. A. (2011). Kapittel 1: Profesjoner og profesjonsetikk- Hva er det? I S. A. Christoffersen (Red.), *Profesjonsetikk: om etiske perspektiver i arbeidet med mennesker* (2 utg., ss. 18-43). Oslo: Universitetsforlaget.
- Dølvik, T. (2009). *Spørreundersøkelse om fysioterapi i kommunehelsetjenesten*. (AGENDA-Rapport 6302). Høvik: AGENDA Utredning & Utvikling AS.
- Eide, T., & Eide, H. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2 utg.): Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Fossheim, H., J. (2009). Informert samtykke. Hentet 25. oktober 2015 fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Personvern-og-ansvar-for-den-enkelte/Informert-samtykke/>
- Foucault, M. (1988). *Power/Knowledge: Selected interviews and other writings 1972-1977*. Hertfordshire: Harvard Press Limited.
- Fysioterapiforbund, N. (2013). Norsk Fysioterapeutforbunds innspill til Oslo kommunes budsjett 2013. Hentet 24. Oktober 2015 fra [https://www.oslo.kommune.no/dok/Vedlegg%5C2012\\_10%5C988313\\_1\\_1.PDF](https://www.oslo.kommune.no/dok/Vedlegg%5C2012_10%5C988313_1_1.PDF)

- Gjerstad, L., Helseth, E., & Rootwelt, T. (2010). *Nevrologi og nevrokirurgi fra barn til voksen* (5 utg.). Høvik: Vett & Viten
- Goffman, E. (1992). *Vårt rollespill til daglig: En studie i hverdagslivets dramatik*. Oslo: Pax Forslag A/S.
- Hatland, A., Kuhnle, S., & Romøren, T., I. (2011). *Den norske velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). Samhandlingsreformen i kortversjon. Hentet 24. August 2016 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen-i-kortversjon1/id650137/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Delplan til Omsorgsplan 2015: Nevroplan 2015*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Hentet 05. Februar 2016 fra <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/nevroplan-2015/id666747/>.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Loven om kommunale helse, og omsorgstjenester m.m.* Hentet 15. Juli 2016 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>.
- Helsedirektoratet. (2010). Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (Veileder IS-1688). Hentet 15. Oktober 2015 fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-faglig-retningslinje-for-behandling-og-rehabilitering-ved-hjerneslag>
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer* (4 utg.). Bergen: Fabokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Juritzen, T. I., & Heggem, K. (2006). Omsorgsmakt: Relasjonære sondringer mellom makt og avmakt. *Sosiologi i dag*, 36, 61-81.
- Kleven, T., A, Hjørdemaal, F., & Tveit, K. (2011). *Innføring i pedagogisk forskningsmetode: En hjelp til kritisk tolkning og vurdering* (2 utg.). Oslo: Unipub.

- Kuhnle, S., & Kildal, N. (2011). Kapittel 1: Velferdsstatens idégrunnlag i perspektiv. I T. Romøren, I (Red.), *Den norske velferdsstaten* (4 utg., ss. 15-39). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3 utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lindvåg, D. (2013). Kommunene satser ikke på fysioterapi. *Fysioterapeuten*, 8.
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795- 805.
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring* (3 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Midgard, R. (2012). Incidence and prevalence of multiple sclerosis in Norway. *Acta neurologica Scandinavica. Supplementum Journal*(195), 36-42.
- Nikolaisen, M. (2015). Fysioterapeuters prioriteringer- en fokusgruppeundersøkelse i finnmarkskommuner. *Fysioterapeuten*, 1(15), 18- 23.
- Norsk Fysioterapeutforbund. (2014). *Innspill til stortingsmelding om primærhelsetjenesten*. Oslo: Norsk Fysioterapeutforbund, Hentet 5. oktober 2015 fra <http://www.fysio.no/AKTUELT/Hoeringsuttalelser/Innspill-til-stortingsmelding-om-primærhelsetjenesten>.
- Norsk Fysioterapeutforbund. (2015a). Hva er fysioterapi? - utdypet. Hentet 16. Juli 2016 fra <https://fysio.no/Hva-er-fysioterapi/Hva-er-fysioterapi-utdypet>
- Norsk Fysioterapeutforbund. (2015b). NFFs yrkesetiske retningslinjer. Hentet 16. Juli 2016 fra <https://fysio.no/Forbundsforbidsiden/Jus-arbeidsliv/Aktuelle-tema/Etikk/NFFs-yrkesetiske-retningslinjer>

- NOU (2014:12). *Åpent og rettferdig- prioriteringer i helsetjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 5. Oktober 2015 fra <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/NOU-2014-12/id2076730>.
- NSD personvernombudet for forskning. (2012). Krav til Samtykke. Hentet 5. Oktober 2015 fra <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/samtykke.html>
- Raastad, T., Paulsen, G., Refsnes, P., E, Rønstad, B., R, & Wisnes, A., R. (2010). *Styrketrening - I teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Raine, S. (2009). Chapter 1: The Bobath concept: Developments and Current Theoretical Underpinning. I S. Raine, L. Meadows, & M. Lynch-Ellerington (Reds.), *Bobath Concept: Theory and clinical practice in neurological rehabilitation* (ss. 1-17). West sussex: Wiley- Blackwell.
- Raine, S., Meadows, L., & Lynch-Ellerington, M. (2009). *Bobath Concept: Theory and clinical practice in neurological rehabilitation*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Rawls, J. (1999). *A theory of justice: revised edition*. USA: Harvard University Press.
- Romøren, T., I. (2011). Kapittel 7: Helse- og omsorgstjenesten i kommunene. I T. Romøren, I (Red.), *Den norske velferdsstaten* (4 utg., ss. 199- 226). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Sandel, M. (1984). *Liberalism and its critics*. New York: New York University Press.
- Sandel, M. (2010). *Justice: What is the right thing to do?* New York: D&M publisher.
- Shumway- Cook, A., & Wollacott, M., H. (2012). *Motor Control: Translating Research into Clinical Practice* (4 utg.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Smith, J., A, & Osborn, M. (2008). Four: Interpretative Phenomenological Analysis. I J. Smith, A (Red.), *Qualitative Psychology; A Practical Guide to Research Methods* (2 utg., ss. 53-80). London: SAGE Publications Ltd.

St. meld. nr. 47. (2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid.*

Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 20. Oktober 2015 fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Statistisk sentralbyrå. (2016). *Helseregnskap, 2015.* Hentet 17. Juli 2016 fra

<https://www.ssb.no/nasjonalegnskap-og-konjunkturer/statistikker/helsesat/aar/2016-03-14>

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

Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tjora, A. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tysnes, O. B. (2012). *Parkinsons sykdom: Ikke motoriske symptomer ved parkinsons sykdom* (ss. 6-8). Oslo: Norges Parkinsonforbund.

United Nations Development Programme. (2015). *Human Development report 2015: Work for Human Development.* New York: Human Development Report Office.

Utdanningen og forskningsdepartementet. (2004). *Rammeplan for fysioterapiutdanningen.*

Oslo: Utdanning og forskningsdepartementet, Hentet 25. August 2016 fra

[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/ufd/pla/2003/0002/ddd/pdfv/215886-rammeplan\\_fysio\\_23.06.04\\_ny.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/ufd/pla/2003/0002/ddd/pdfv/215886-rammeplan_fysio_23.06.04_ny.pdf).

Vike, H., Brinchmann, A., Haukelien, H., Kroken, R., & Bakken, R. (2002). *Maktens Samvittighet: Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten.* Trondheim:

Gyldendal Norsk Forlag AS



Willig, C. (2008). *Introducing Qualitative Research in psychology* (2 utg.): Open University Press.

Wyller, T. (2011). Kapittel 2: Dydsetikk, medborgerskap og sosial praksis. I S. A. Christoffersen (Red.), *Profesjonsetikk: om etiske perspektiver i arbeidet med mennesker* (2 utg., ss. 44- 59). Oslo: Universitetsforlaget.

## Vedlegg

### Vedlegg A: Intervjuguide.

Spørsmålene i kolonnen «spørsmål» ble stilt til alle informantene. Spørsmål i kolonnen «prompts» ble kun stilt dersom informanten svarte kort på spørsmål. Det er verdt å påpeke at dette er intervjuguiden til et semistrukturert intervju, og at den dermed ikke ble brukt som et manuskript.

SPØRSMÅL	PROMPTS
<i>Tema: bakgrunn</i>	
1. Hvor lenge har du jobbet som fysioterapeut? 2. Hvor mange år har du jobbet i bydelen/kommunen? 3. Har du jobbet som fysioterapeut andre steder enn i kommunen? 4. Hvilke nevrologiske pasientgrupper har du hatt mest med å gjøre? 5. Hvordan er bydelen organisert? 6. Er prioritering fordelt på ulike nivåer i bydelen?	6. a) Hvem gjør hvilke prioriteringer?
<i>Tema: prioritering i hverdagen</i>	
7. Hva legger du i ordet prioritering?  8. Opplever du prioriteringer i møte med nevrologiske pasienter?	7. a) Hvordan ville du definert det? b) Hvilke assosiasjoner får du?  8. (Hvis ja, og personen svarer kortfattet) a) Hvilke prioriteringer? b) Noen grupper som prioriteres over andre? Evt. Hvorfor? c) Oppstart behandling? d) Ventetider for pasienter/grupper? e) Hvor ofte? Total varighet? f) Gruppertimer vs en til en? g) Dokumentasjonstid sett opp mot behandlingstid? h) Er det noen andre områder du er nødt å prioritere? i) Hva legger du i det?  (Hvis nei) a) Hvordan unngår du å måtte gjøre prioriteringer?

<p>9. Kan du fortelle meg om spesifikke situasjoner i møte med nevrologiske pasienter?</p> <p>10. Du valgte å fortelle meg om en situasjon hvor sykdommen hadde oppstått nylig/oppstått for en stund siden. Kan du fortelle meg en situasjon hvor sykdommen har oppstått nylig/ for en stund siden?</p>	<p>(Gå til spørsmål 17)</p> <p>9. a) Hva gjorde at du prioriterte slik du gjorde? b) Hva tenkte du i situasjonen? c) Hvilke strategier/ verktøy brukte du i situasjonen?</p> <p>10. a) Det som menes med oppstått nylig er akutt cirka innen første året til og med 3 året versus mer kronisk fra 3 år og utover.</p>
<p><i>Tema: mestringsstrategier</i></p>	
<p>11. Hvordan håndterer du prioriteringer i jobben? Hva gjør du?</p> <p>12. Er det noen måter du håndterte situasjonen på før som du har sluttet med?</p> <p>13. Spør dersom prioriteringsnøkkel ikke er nevnt: Bruker du eller har du brukt prioriteringsnøkkel?</p>	<p>11. a) Bruker du noe mer enn annet? b) Gjør du noe med situasjonen? c) Gjør du noe med hvordan du tenker om situasjonen? d) Kollega og samarbeid e) Prioriteringsnøkkel</p> <p>12. a) hvis ja, hvorfor? b) strategier eller verktøy som ikke fungerte. c) ikke fungerte</p> <p>13. a) Eventuelt, hvordan bruker du den? b) Synes du den er velfungerende?</p> <p>14.</p>

<p>14. Hva tenker du kunne blitt gjort for å gjøre prioritjeringsjobben lettere?</p>	<p>a) Hvis ja, kan du utdype?  b) Hva kan du gjøre?  c) Hvilke endringer må skje på samfunnsnivå?  d) Dekningsgrad av terapeuter  e) Effektivisering  f) Kompetanse  g) Fjerne arbeidsoppgaver  h) Pasientgrupper/ funksjonsnivå eller andre tilbudet som gis til noen grupper.</p>
<p><b>Tema: opplevelse</b></p>	
<p>15. Hvordan oppleves det å gjøre disse prioritjeringene?</p> <p>16. (Hvis 15 er negativ) Hva gjør du for å takle det?</p> <p>17. Opplever du at det er andre på jobben som er nødt til å gjøre prioritjeringer?</p>	<p>15.  a) Har du noen andre opplevelser eller følelser i forbindelse med prioritjerings?</p>

## Vedlegg B: Eksempel på prioriteringsnøkkel

Det som følger er et eksempel på en prioriteringsnøkkel. I utgangspunktet er alle nøklene undertegnede har sett svært like. Dette spesifikke eksempelet er basert på nøkkelen som en av informantene bruker i sin kommune.

### Prioriteringsnøkkel

Alle henvisninger som mottas skal vurderes for å kunne avgjøre om:

- Pasienten har rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp, hvor det fastsettes en frist for når behandlingen skal iverksettes.
- Pasienten har ikke behov for ergo- eller fysioterapi
- Grunnlaget for prioriteringene er en faglig vurdering av funksjon, tilstandens alvorlighetsgrad og tiltakets nytte for brukerne.

**Formål:** Prioritere henvisninger i tråd med gjeldende lover, retningslinjer, forskrifter, nasjonale og lokale føringer.

**Bruksområde:** Skal gjelde for hjemmeboende brukere.

**Definisjon av begreper: Maks ventetid:** Det som ut fra helsemessige faglige vurderinger kan anses som maksimal forsvarlig ventetid. **Brått funksjonsfall** defineres som: Stor funksjonsforandring på meget kort tid. Personen mister evnen til å utføre mange av de oppgavene vedkommende har klart å gjøre før

#### **Håndtering/retningslinje for bruk av prioriteringsnøkkel:**

- Ventetid regnes fra den dagen tjenesten mottar henvisning, og fram til tiltaket igangsettes.
- Bruker skal ha skriftlig tilbakemelding innen 3 uker om at henvisning/ vedtak er mottatt og med opplysning om eventuell ventetid.
- Prioritet 1: skal alltid tas først.
- Prioritet 2: tas før tredje dersom tredje ikke har gått ut over maks. ventetid og tilsvarende forhold mellom tredje og fjerde prioritet.

- Prioritet 3: som har gått ut over maks. ventetid, skal tas før andre prioriteter der maks ventetid ikke er overskredet og tilsvarende forhold mellom tredje og fjerde prioritet.

### **Håndtering/retningslinje av avvik:**

Definisjon avvik: Det er avvik når tjenesten ikke klarer å holde fristen som er satt i prioriteringsnøkkelen.

#### Avklaringer:

- Det er ikke et avvik når brukeren selv utsetter oppstart/avtalen eller ikke er tilgjengelig for tjenesten (ferie, innleggelser osv).
- Et tiltak er startet når:
  - Tilført verdi for bruker (opplevd mottak av tjenester. Direkte/indirekte arbeid med saken overfor bruker er iverksatt)
  - Journalføring (kartlegging/tiltak/planlegging) startet

### **Håndtering av avvik/fristbrudd:**

Fristbrudd fra prioriteringsnøkkel skal håndteres før andre saker/så raskt som mulig/ innen 7 dager.

- Prioritet 1: skal alltid tas først
- Prioritet 2: tas før tredje dersom tredje ikke har gått ut over maks. ventetid og tilsvarende forhold mellom tredje og fjerde prioritet
- Prioritet 3: som har gått ut over maks. ventetid, skal tas før andre prioriteter der maks ventetid ikke er overskredet og tilsvarende forhold mellom tredje og fjerde prioritet

<b>PRIORITERINGSNØKSEL</b>		
<b>Prioritet</b>	<b>Problemstillinger</b>	<b>Maks ventetid</b>
<b>0</b> Øyeblikkelig hjelp/hastesaker	Korttidslån hjelpemidler	1 dag
<b>1</b> Rask intervensjon vurderes å ha særlig stor betydning for brukerens funksjonsnivå, lindring og livskvalitet	Personer med kort forventet levetid/ i terminal fase Personer med brått funksjonstap og/eller akutte behov Akutte overgangsfaser	7 dager
<b>2</b> Tidlig intervensjon vurderes å ha stor betydning for å sette brukeren i stand til å gjenvinne, utvikle eller opprettholde funksjonsnivå og hindre ytterligere funksjonstap	Personer med akutt sykdom/ skade/ lidelse, der funksjon eller smertetilstand vil bli vesentlig forverret dersom iverksetting av tiltak utsettes Ved alvorlig sykdom når tiltak er rettet mot lindring i betydelig grad, egenaktivitet eller sosial deltakelse Personer med brått funksjonstap Personer som er i overføringsfaser mellom Spesialisthelsetjenesten og Kommunehelsetjenesten, der tiltak må påbegynnes raskt.	14 dager
<b>3</b> Intervensjon forventes å ha betydning for brukeren for å forbedre og/eller opprettholde funksjonsnivå og livskvalitet.	Personer med begynnende funksjonstap Personer med kronisk sykdom/ funksjonsproblemer i faser med forverring Personer i overføringsfaser der tiltak kan vente	30 dager

<p>4</p> <p><i>Intervensjon ansees som hensiktsmessig for bruker, men kan vente.</i></p>	<p>Personer med funksjonsproblemer/ kronisk sykdom i stabil fase</p> <p>Personer i planlagte overføringsfaser. Oppfølging er nødvendig, men kan planlegges i god tid</p>	<p>90 dager</p>
--	--	-----------------

<b>Prioritet</b>	<b>Eksempler på Prioriteringer</b>
<p><i>Prioritet 1</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voksne/eldre med lungeproblemer, akutt fase.</li> <li>• Voksne /eldre i terminal fase med kort forventet levetid.</li> <li>• Voksne/eldre som har eller står i fare for å utvikle trykksår</li> </ul>
<p><i>Prioritet 2</i></p> <p>Tidlig intervensjon er nødvendig og har stor betydning for effekt av tiltak</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voksne/eldre med lungeproblemer, aktiv fase.</li> <li>• Voksne og eldre med alvorlige og/eller kroniske lidelser i aktiv fase.</li> <li>• Voksne og eldre med forverring i funksjonsevne og livskvalitet</li> <li>• Nyopererte.</li> <li>• Voksne og eldre med fallrisiko uten tidligere igangsatte tiltak.</li> <li>• Voksne/eldre med demens/kognitiv svikt der det er stor fare for skade eller brann.</li> <li>• Rehabiliteringspasienter.</li> <li>• Tilrettelegging ved utskrivning fra 2.linjetjenesten.</li> <li>• Hurtig progredierende lidelser.</li> <li>• Cancer i terminal fase.</li> <li>• Når vår vurdering er en forutsetning for videre oppfølging /behandling av andre tjenester.</li> </ul>
<p><i>Prioritet 3</i></p> <p>Intervensjon forventes å ha stor betydning for effekt av tiltak</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voksne og eldre med langvarige /kroniske lidelser.</li> <li>• Voksne og eldre med fallrisiko.</li> <li>• Behov for utredninger og funksjonsvurderinger, f. eks ifht. bolig, biltilpassing, eller kognitiv fungering.</li> <li>• Vurdering i forbindelse med henvisning til spesialisthelsetjenesten.</li> <li>• Overgangsfaser f eks. overgang fra skole til arbeidsliv, bytte av arbeidsplass, flytting til ny bolig.</li> <li>• Oppstart av Individuell Plan.</li> </ul>



*Prioritet 4*  
Intervensjon fra  
terapeut er  
hensiktsmessig, men  
kan vente

- Voksne og eldre med varig nedsatt funksjonsnivå/kroniske lidelser i stabil fase. Behov relatert til hjelpemidler, veiledning og vedlikeholdstrening/behandling.
- Bistand i overgangsfaser (for eksempel arbeid)

## Vedlegg C: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Det som følger er informasjonsskrivet og samtykkeskjema som ble sendt til informantene i forbindelse med rekruttering.

### **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet**

#### ***”Fysioterapeuters opplevelse av prioritering i møte med nevrologiske pasienter”***

#### **Bakgrunn og formål**

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et intervjustudie om fysioterapeuters prioriteringsarbeid i møte med nevrologiske pasienter. Jeg er student ved UiT Norges arktiske universitet, og tar en mastergradsutdanning i klinisk nevrologisk fysioterapi. Undersøkelsen er en del av mastergradsoppgaven min, og gjennomføres i samarbeid med min veileder fra universitetet.

Jobben som fysioterapeut krever at den enkelte må foreta prioriteringer. Dette kan være alt fra hvilke pasienter skal tas inn og når, hyppighet og varighet på behandlingen til den enkelte. Dette studiet ønsker å belyse hvordan fysioterapeuter opplever prioriteringsarbeid i møte med nevrologiske pasienter i bydelene i Oslo. Utvalget vil bestå av fysioterapeuter som har jobbet minst 3 år som fysioterapeut i en bydel i Oslo, og har erfaring med å behandle nevrologiske pasienter. Det er planlagt intervju med 3-5 informanter.

#### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Deltakelse i studiet innebærer å delta på et intervju som har en varighet på inntil en time, og som tas opp med lydopptaker. Intervjuet vil finne sted i Oslo etter avtale mellom meg og deg. Intervjuet vil handle om dine erfaringer knyttet til prioritering av nevrologiske pasienter i bydelen. Ingen forberedelse er nødvendig for å delta på studiet ettersom studien er ute etter erfaringer og synspunkter du allerede har.

#### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

All innhentet materiale vil bli behandlet konfidensielt og oppbevart slik at kun jeg og veileder vil ha tilgang til det. Alle identifiserbare opplysninger vil bli anonymisert, og ingen av

deltakerne vil kunne gjenkjennes i publikasjonen. Mastergradsoppgaven vil offentliggjøres på universitetets publiseringsportal, Munin. All innhentet materiale slettes ved prosjektets slutt, innen utgangen av 2016.

### **Frivillig deltagelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Tone Kaasbøll Andresen, telefonnummer: 95285599, e-mail: [tonekandresen@gmail.com](mailto:tonekandresen@gmail.com), alternativt fyll ut vedlagte samtykkeskjema og returner til meg i den ferdigfrankerte konvolutten.

Dersom du ønsker kontakt med veileder Eirik Lind Irgens, kan han nås på telefonnummer: 90895332, e-mail: [eirik.l.irgens@uit.no](mailto:eirik.l.irgens@uit.no).

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

Med vennlig hilsen

Tone Kaasbøll Andresen

## Samtykke til deltakelse i studien:

### *”Fysioterapeuters opplevelse av prioritering i møte med nevrologiske pasienter”*

Vennligst fyll ut skjemaet og returner det til meg dersom du er interessert i å delta i studien. Du har fått en ekstra kopi som du kan beholde selv.

Navn:	
Adresse:	
Telefon:	

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg D: Godkjenning fra NSD

Dette er godkjenningen av masterprosjektet fra NSD.

**Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS**  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Høegres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47 95 58 21 17  
Fax: +47 55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Eirik Lind Irgens  
Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet  
9037 TROMSØ

Vår dato: 20.11.2015

Vår ref: 45680 / 3 / AGL

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 15.11.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

<b>45680</b>	<i>Fysioterapeuters opplevelse av prioritering i møte med neurologiske pasienter</i>
<b>Behandlingsansvarlig</b>	<i>UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
<b>Daglig ansvarlig</b>	<i>Eirik Lind Irgens</i>
<b>Student</b>	<i>Tone Kaasbøll Andresen</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, 31.12.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Audun Løvlie

Kontaktperson: Audun Løvlie tlf: 55 58 23 07

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

Audun Løvlie / Distrikt Office

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47 22 85 52 11. [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)

TROMSØ: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47 73 59 19 07. [lyne.warsa@vtr.ntnu.no](mailto:lyne.warsa@vtr.ntnu.no)

TROMSØ: NSD, Sve, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47 77 64 41 36. [rdm@iuhv.uib.no](mailto:rdm@iuhv.uib.no)

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 45680

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Data innhentes ved personlig intervju. Vi minner om at det av hensyn til fysioterapeuters taushetsplikt ikke kan fremkomme identifiserbare opplysninger om enkeltpasienter. Vi anbefaler at forsker minner informantene om dette ifm. intervjuet.

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

Forventet prosjektslutt er 31.12.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

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