

UNIVERSITETET I TROMSØ UiT

Psykomotorikeres bidrag i
sykemeldingsarbeid – en
intervjustudie

Av Anders Lauridsen

Mastergradsoppgave i helsefag, studieretning
psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi

Institutt for helse- og omsorgsfag,
Det helsevitenskapelige fakultet
Universitetet i Tromsø

Mai 2013

Takk til

Jeg ønsker først å rette en stor takk til Anne Gretland som har vært min veileder under skrivingen av denne masteroppgaven. Takk til Nina Emaus som var en viktig støtte da jeg startet dette arbeidet. Takk til Nina Yvonne Lid Adamsen for all hjelp og tilrettelegging. Takk til informantene som stilte opp og engasjerte seg i dette arbeidet. Takk til kullet mitt for alle deres flotte faglige (og ikke-faglige) bidrag!

Framfor alt, takk til Kathrine, Amalie og Sofie som har vært en u-uttømmelig kilde av tålmodighet og støtte. Denne oppgaven er dedikert til dere.

Sammendrag

Denne oppgaven er en intervjustudie av fire psykomotoriske fysioterapeuter som belyser hva som er psykomotoriske fysioterapeuters rolle i arbeid knyttet til sine pasienters sykemeldingsprosesser. Sentrale funn er at informantene anser denne typen arbeid for å være en viktig og naturlig del av deres oppfølging av pasienten. Praksisen er sterkt påvirket av den psykomotoriske fagtradisjonen og føyer seg inn i den øvrige terapeutiske prosessen. Praksisen blir påvirket av den psykomotoriske fagtradisjonen, organiseringen av praksisen, pasientmassen og psykomotorikerens status som behandlere uten rett til å sykemelde. Til tross for at arbeidet ser ut til å være godt etablert, så er det lite kjent. Denne oppgaven påpeker også mekanismer i psykomotorikerens fagutøvelse som bidrar til å usynliggjøre deres praksis.

Abstract

This text is an interview study of four psychomotor physiotherapists concerning their role and contribution related to work involving the granting of sick-leave and following up patients currently on sick-leave. Central findings were that the informants considered this work an important and natural part of their practice. The practice was strongly influenced by the psychomotor tradition, the organization of their clinical practice, their patients and their status as therapists without the right to grant sick-leaves. This text also points out how their contribution is marginalized due to certain mechanisms inherent in their practice.

Innholdsfortegnelse

| | | |
|-------|---|-------|
| 1.0 | INNLEDNING | s. 4 |
| 1.1 | Bakgrunn | s. 4 |
| 1.2 | Eksisterende forskning | s. 5 |
| 1.3 | Teoretisk perspektiv | s. 8 |
| | Profesjonalisme ad modum Freidson | s. 8 |
| | Profesjoners utvikling og makt | s. 9 |
| | Profesjoners status, rolle og jurisdiksjon | s. 10 |
| 1.4 | Kort om psykomotorisk fysioterapi | s. 12 |
| 1.5 | Sykemelding og sykepenger | s. 14 |
| 1.6 | Hva kan denne studien tilføye av ny informasjon | s. 15 |
| 1.7 | Relevans | s. 15 |
| 2.0 | METODE OG GJENNOMFØRING | s.17 |
| 2.1 | Valg av intervju som forskningsmetode | s.17 |
| 2.2 | Etiske hensyn | s.17 |
| | Konfidensialitet | s.17 |
| | Samtykke | s. 18 |
| | Interessekonflikter | s. 18 |
| | Intervjuing av kollegaer | s.19 |
| 2.3 | Utvalg og rekruttering | s. 19 |
| 2.4 | Karakteristikk ved informantene | s. 21 |
| 2.5 | Praktisk gjennomføring | s. 21 |
| 3.0 | RESULTATER | s. 24 |
| 3.1 | Beskrivelse av hoved- og undertemaer | s. 24 |
| 3.2 | Kort om presentasjon | s. 25 |
| 3.3 | HOVEDTEMA: Sykemeldingsarbeide som prosess | s. 25 |
| 3.3.1 | Undertema: PMF tradisjonen preger tilnærmingen til Sykemeldingsarbeide | s. 26 |
| 3.3.2 | Undertema: Praktiske og relasjonelle forhold som legger til rette for sykemeldingsarbeide | s. 27 |
| 3.3.3 | Undertema: Jobb som salutogen faktor | s. 29 |
| 3.3.4 | Undertema: Refleksjon | s. 29 |
| 3.3.5 | Undertema: Individuell tilpassing | s. 31 |
| 3.3.6 | Undertema: Samhandling | s. 32 |
| 3.4 | HOVEDTEMA: Terapeutens roller ovenfor pasienten | s. 36 |
| 3.4.1 | Undertema: Psykomotorikeren som advokat og alliert | s. 36 |
| 3.4.2 | Undertema: Psykomotorikeren som en som stiller provoserende spørsmål | s. 37 |
| 3.4.3 | Undertema: Psykomotorikeren som en støtte på kritiske tidspunkt | s. 38 |
| 3.4.4 | Undertema: Psykomotorikeren som en praktisk tilrettelegger og guide | s. 40 |
| 3.4.5 | Undertema: Psykomotorikeren som motivator og pådriver | s. 41 |
| 4.0 | DISKUSJON: METODEAVSNITT | s. 43 |
| 4.1 | Design | s. 43 |
| 4.2 | Utvalg | s. 43 |
| 4.3 | Gjennomføring av intervju og analyse | s. 45 |
| 4.4 | Presentasjon av resultater | s. 46 |
| 5.0 | DISKUSJON: RESULTATAVSNITT | s. 47 |
| 5.1 | Hvorfor er praksisen slik den er? | s. 47 |

| | | |
|--------------|--|--------------|
| 5.1.1 | Fysioterapeutens status, rolle og jurisdiksjon | s. 47 |
| 5.1.2 | PMF tradisjonen og fagforståelse | s. 49 |
| 5.1.3 | Organisering av praksis | s. 50 |
| 5.1.4 | Pasientene | s. 50 |
| 5.2 | Et arbeid som blir på kontoret | s. 51 |
| 5.2.1 | Kommunikasjon med samarbeidspartnere | s. 51 |
| 5.3 | DISKUSJON: Konsekvenser og implikasjoner | s. 53 |
| 5.3.1 | Konsekvenser for den kliniske praksisen | s. 53 |
| 5.3.2 | Konsekvenser for profesjonens sosiale- og kommunikative makt. | s. 54 |
| 5.3.3 | Avsluttende bemerkning | s. 55 |
| | LITTERATURLISTE | s. 56 |

1.0 INNLEDING

Denne teksten er en mastergradsoppgave for studiet: Master i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi. Masteroppgaven utgjør 40 av 120 studiepoeng.

Denne mastergraden er en videreutvikling av en 60 studiepoeng stor videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi (I løpet av denne teksten vil jeg forkorte begrepet ”psykomotorisk fysioterapi” til ”PMF” der det er passende å gjøre dette). Som en følge av dette er PMF tradisjonen en viktig del av denne masterutdanningen. For en utførlig redegjørelse av denne masterutdanningen kan jeg henviser til utdanningens studieplan som er tilgjengelig på universitetets hjemmeside:

<http://uit.no/Content/282402/Studieplan%20psyk.fys%20rev.%20okt%2011.pdf>

1.1 Bakgrunn

Master i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi skal kvalifisere kandidatene til å kunne ha en primærkontaktfunksjon i helsevesenet. Dette er ikke en eksisterende ordning per i dag og en rolle som primærkontakt for psykomotorikere er hypotetisk. Saken er allikevel aktuell. Inntil nylig ble arbeidet med en eventuell primærkontaktfunksjon håndtert av NFF sin seniorrådgiver for arbeid med spesialistordningene. Oppgaven med å jobbe med dette er gitt videre til NFF sin faggruppe for psykomotorisk fysioterapi. På årsmøtet til NFF sin faggruppe for psykomotorisk fysioterapi i 2013 ble det vedtatt at det var hensiktsmessig at faggruppen skulle jobbe videre med denne saken. Det ble da foreslått å jobbe for å innføre en ordning hvor psykomotorikere som kvalifiserer til å være primærkontakter skal få de samme rettighetene som manuellterapeuter (se under), minus rett til å rekvirere billeddiagnostikk¹.

¹ Manuellterapeuter med riktige kvalifikasjoner har rett til å sykemelde opptil 12 uke (FOR 2005-12-21 nr 1668: Forskrift om unntak fra vilkåret om legeerklæring når kiropraktorer og manuellterapeuter dokumenterer arbeidsuførheten med erklæring). Denne ordningen ble innført i 2006.

Alle manuellterapeuter som er sykmeldere, har anledning til å henvise pasienter videre til legespesialist, røntgen eller fysioterapi og sykemelde pasienter i opptil tolv uker. Henvisning videre til fysioterapi (inklusive terapiridning) gir rett til refusjon på lik linje med henvisning fra lege.

Til tross for at psykomotorikere ikke har rett til å sykemelde så tilsier min personlige erfaring at pasienters jobbsituasjon, og hvordan deres plager påvirker den, er et vanlig tema i behandlingen. Basert på denne forforståelse så gjør jeg følgende generelle antagelse:

”Alle psykomotorikere som jobber klinisk bidrar, i en eller annen grad, til og påvirker sykemeldingsprosessene til sine pasienter.”

Merk at jeg mener dette i en ganske bred forstand: Fra de som snakker direkte med legen på pauserommet over lunsj, til de som jobber indirekte f.eks ved å påvirke pasientens evne til å sette grenser og kjenne etter når ”nok er nok”.

Ved siden av denne ganske generelle formuleringen, hadde jeg også en antagelse om at psykomotorikers bidrag for eksempel kunne bestå i å bistå legen ved funksjonsvurderinger eller ved å hjelpe pasienten med å attestere hennes funksjonsnivå ovenfor legen. Altså som en som, på forespørsel, tilbyr sin kompetanse som et tilskudd til det arbeidet som allerede foregår mellom pasienten og legen.

Dersom psykomotorikere skulle fått rollen som primærkontakter og sykemeldere, og ordningen ligner manuellterapeutenes primærkontaktfunksjon slik beskrevet over, så kan det potensielt medføre store konsekvenser for den kliniske, så vel som den praktiske, hverdagen for psykomotorikere som blir primærkontakter. Ikke minst vil det kunne få konsekvenser for en eksisterende praksis.

Jeg ønsker med denne oppgaven å forsøke å belyse noe av det bidraget som psykomotorikere gjør innenfor sykemeldingsarbeide. Hvis jeg skal gjøre et forsøk på

(Forts.)Manuellterapeuter med driftsavtale har dessuten anledning til å utføre undersøkelse og behandling med refusjon fra folketrygden uten henvisning fra lege.

å formulere en mer konkret problemformulering og formål med oppgaven blir det slik:

- Hvordan bidrar psykomotorikere til sykemeldingsarbeide i kommunehelsetjenesten? Hva gjør de rent praktisk og hvilke begrunnelser og motivasjoner har de for å gjøre som de gjør?

Etter å ha samlet inn data så jeg også det som hensiktsmessig å føye til følgende formål med oppgaven:

- Belyse noen hovedfaktorer som gjør at dagens praksis er slik den er.
- Belyse noen konsekvenser av å innføre en ordning hvor psykomotorikere får en primærkontaktfunksjon som, mer eller mindre, er identisk med den manuellterapeuter har i dag.

1.2 Eksisterende forskning

Da jeg startet med planleggingen av denne oppgaven, starte jeg med å gjøre noen litteratursøk. Jeg gikk igjennom hele "Fysioterapeutens" fagarkiv manuelt for å se etter titler som passet temaet for oppgaven. Deretter søkte jeg i samme tidsskrift med søkeordene: "psykomotorisk", "funksjonsvurdering", "lege" og "sykemelding". Dette ga ingen funn.

Et søk i "Tidsskriftet for den Norske Legeforening" med søkeord "fysioterapeut+samarbeid", "funksjonsvurdering", "sykemelding", "psykomotoriker", "psykomotorisk" ga ingen treff. Et søk på PubMed med søkeord "psychiatric+physiotherapy", "norwegian+psychiatric+physiotherapy", "psychomotor", "psykomotorisk" og "psykomotoriker" ga ingen treff. Her må jeg ta høyde for at jeg ikke bruker riktige søkeord. Til tross for dette er det rimelig å anta at tradisjonen ikke er beskrevet nevneverdig i engelskspråklig akademisk litteratur. PMF er primært sett en norsk tradisjon. Videre så er det store internasjonale forskjeller rundt hvordan land praktiserer sykemelding. Det er derfor problematisk å bruke litteratur fra andre land om lignende temaer.

Per i dag er manuellterapeuter den eneste gruppen blant fysioterapeutene som sykemelder. Det er derfor grunn til å tro at temaet for denne oppgaven ikke er beskrevet før. Det var mer nærliggende å bruke norsk litteratur om andre norske yrkesgruppers sykemeldingspraksis. Siden leger er den gruppen som hovedsakelig sykemelder så har jeg sett på litteratur som beskriver momenter ved legers sykemeldingspraksis.

Carlsens (2005 og 2008) beskriver, i sine intervjustudier, legers forhold til sykemelding som arbeidsoppgave. Sentrale funn er at leger opplever at det å ha rollen som ”portvokter” er komplisert når de samtidig skal ha et godt forhold til sine pasienter. Særlig nevnes det at leger ser det som vanskelig å si nei til pasienter når de treffer dem ansikt-til-ansikt (Carlsen 2005). Hun påpeker også at leger ser det som sin rolle å omgå, eller bryte loven knytte (til sykemelding) fordi de føler en forventning om at de skal jevne ut urettferdighet og sørge for at de som faller utenfor velferdsordningene likevel kan motta sykepenger (Carlsen 2008). Det er beskrevet en motvilje blant allmennleger mot overdreven bruk av rigide retningslinjer og regelverk. Faglig autonomi, i f.eks sykemeldingsarbeid, ansees av legene som svært viktig (Carlsen 2010). På samme tid så er det beskrevet at norske leger føler at sin faglige autonomi blir erodert av innføringen av sterkere markedsmekanismer i allmenn praksis. Resultatet er at pasientene i større grad er blitt forbrukere og ”kunder” og at legene har en økonomisk interesse av å etterkomme deres behov og interesser (Carlsen & Nordheim 2003). Dette må sees i sammenheng med en eksisterende tendens blant helsepersonell til å etterkomme pasientens ønsker selv om det ikke nødvendigvis er faglig indikert å gjøre det (Carlsen & Nordheim 2005) (Little P. et.al. 2004). Rogers W. (2002) viser for eksempel til en studie av australske fastleger som hadde en sterk tendens til å la pasientens autonomi være rådende i vurderingen rundt om ryggpasienter skal være sykemeldt eller ikke. Det er naturlig å tro at dette er en trend som eksisterer på lik linje i Norge.

Det er også interessant å se på manuellterapeutene som gruppe.

I 2010 var det 428 fysioterapeuter som utløste A8 takster. Alle disse er ikke nødvendigvis manuellterapeuter, da man må ha tre videreutdanningskurs (radiologi,

differensialdiagnostikk/laboratorieanalyser og trygdefaglige emner) i tillegg til A8 kompetanse for å være manuellterapeut etter forskrift.

270 terapeuter utløste L-takst (sykmeldingstakst) dette året. Dette er helt sikkert manuellterapeuter, da bare manuellterapeuter (etter forskrift) kan sykmelde (http://www.manuellterapi.no/dokumenter/Statistikk_over_takstbruk_20100000.pdf).

Det kan være mange årsaker til at kun 270 manuellterapeuter utløste L-takster i 2010. Man kan dog stille seg spørsmålet om enkelte hvorfor manuellterapeuter ikke ønsker å benytte seg av retten til å sykmelde av. Kan dett for eksempel skyldes de samme årsakene som Carlsen beskriver over. Det er, så vidt meg bekjent, ikke beskrevet om manuellterapeuter med rett til sykemelding opplever en del av den samme ambivalensen som leger beskriver (se over). Men siden det eksisterer likheter i ordningen så er det naturlig å tro at de opplever det samme til en viss grad. (f.eks så har også manuellterapeuter i privatpraksis et ”stykkpris” system).

Formålet med å se på momenter ved manuellterapeuters og legers sykemeldingspraksis er ikke å gjøre det til et

1.3 Teoretisk perspektiv

Da jeg startet på oppgaven hadde jeg en oppfatning av at det kunne være fruktbart å diskutere resultatene ut i fra et perspektiv som beskriver hvordan kontroll av oppgaver og kunnskap påvirker profesjoners utvikling og makt. Jeg leste derfor en del profesjonssosiologi litteratur. Jeg har særlig lest og brukt forfattere som Eliot Freidson (1994, 2001) og Andrew Abbott (1988).

Profesjonalisme ad modum Freidson

I sin bok ”*Professionalism: The third logic*” fra 2001 (s. 12), definerer Elliot Freidson begrepet ”*professionalism*” som:

”(...) the institutional circumstances in which the members of occupations rather than consumers or managers controll their work.”

Denne forståelse av hvordan profesjoner dannes og utvikles sees som komplementær til modeller hvor enten markedskreftene, eller byråkratier dikterer profesjonenes utvikling².

Begrepet ”*professionalism*” i Freidsons forstand er en situasjon hvor en organisert faggruppe har makt til å bestemme hvem som er kvalifisert til å utføre et definert sett med oppgaver, til å forhindre andre i å utføre disse oppgavene og å selv avgjør hvilke kriterier deres arbeid måles opp mot (Freidson 2001). Freidson selv er nøye med å påpeke at alle disse modellene for profesjoners utvikling er skjematiske og idealiserte. Modellene utelukker heller ikke hverandre: Til enhver tid er alle tre aktive, men i varierende grad.

Profesjoners utvikling og makt

(...) *The maintenance and improvement of the professions position in the market-place, and in the division of labor surrounding it, requires continuous political activity (Freidson 1994: s. 68).*

Freidson henviser her til profesjoners rolle som pådrivere for sin egen utvikling.

Profesjoner er aktive deltakere når deres eget virkefelt institusjonaliseres, opprettholdes og ekspanderes. De forskjellige yrkesgruppene har ulik forutsetning for å gjøre krav på profesjonell status. Forutsetningene har å gjøre med både deres kontroll over strategiske ressurser, for eksempel kontroll over et knapt gode eller (som spesifikk og spesialisert kunnskap eller ferdigheter). Dette er gruppens *sosiale makt*. Den andre forutsetningen er gruppens evne til å legitimere og å vinne anerkjennelse for sitt profesjonskrav. Dette er gruppens *kommunikative makt*. Suksessen av et profesjonspolitisk prosjekt vil ikke kun avhenge av profesjonens *sosiale makt*. Profesjonens evne til å legitimere seg i det offentlige rom er svært viktig og dersom en profesjon ikke opptrer kommunikativt og demonstrerer faglig

² For en interessant beskrivelse av framveksten av rehabiliteringsyrkene i USA, se Gritzer & Arluke (1985).

autoritet og integritet i det offentlige rom så undergraver den sin kompetansepresentasjon (Eriksen & Molander i: Molander & Terum, 2008).

Profesjoners status, rolle og jurisdiksjon

Begrepene ”status”, ”rolle” og ”jurisdiksjon” og forskjellen mellom disse framsto som uklare for meg da jeg startet denne oppgaven. Da begrepene går igjen i denne oppgaven så anser jeg det som fornuftig med en kort redegjørelse. Merk at dette ikke dreier seg om en utførlig analyse av begrepene men en funksjonell avgrensning som jeg gjør for å øke denne oppgavens lesbarhet.

Status er noe andre tilskriver oss. Begrepet ”status” sier noe om en persons posisjon i forhold til andre. Dette knytter seg enten til *sosial status* (prestisje) eller til status som et begrep med en profesjonell dimensjon. Dette knytter seg til den status man har i kraft av det juridiske og formelle (f.eks en autorisasjon). Denne formen for formell status er knyttet til begrepet ”*jurisdiksjon*” (se under)³.

Roller er knyttet til faktisk praksis og sier noe om hvordan den enkelte forvalter og utformer sin status (Thornquist 2009).

Rolleutøvelse er handlingsdimensjonen hvor deltagerne presenterer seg som personer på en slik måte at visse deler av deres identitets- og statusrepertoar gir utslag i deres atferd (Rudie 1984, s. 18)

Man kan si at samhandling og sosialt liv er skapende prosesser hvor aktører kontant utformer roller. Roller er derfor ikke statiske og forutbestemte men de formes å påvirkes av omstendigheter og personer. En viktig faktor som påvirker rammene vi utøver roller innenfor er deltagerens status. Dette er svært viktig i formelle møter som i, for eksempel, kliniske møter (Thornquist 2009). Deltagerens status og makt til å definere sin rolle må sees i sammenheng med begrepene ”*situasjonsdefinisjon*” og ”*frame*” (Goffman 1981, 1983). Når vi samhandler er situasjonsdefinisjoner noe som gir rammene og retningslinjene for hva slags situasjon det er. Av hva forventes av

³ Det er nok ikke tilfeldig at begrepet status beskriver både jurisdiksjon og prestisje. De to er tett knyttet sammen og med økt jurisdiksjon følger økt prestisje.

oss og hva vi kan forvente og det legger noen føringer for hva slags roller vi kan innta. Samhandlingssituasjoner, og især kliniske møter, har alle et element av asymmetriske maktforhold i seg. I dette ligger det at ikke alle deltagere har lik mulighet til å definere situasjonen og sin egen rolle (Thornquist 2009).

Jurisdiksjon i profesjonssosiologisk sammenheng er beskrevet av Abbott (1988, s.60) slik:

"A jurisdictional claim made before the public is generally a claim for the legitimate control of a particular kind of work. This control means first and foremost a right to perform the work as professionals see fit. Along with the right to perform the work as it wishes, a profession normally also claims rights to exclude other workers as deemed necessary, to dominate public definitions of the task concerned, and indeed to impose professional definitions of the task on competing professions. Public jurisdiction, in short, is a claim of both social and cultural authority".

En politisk-rettslig anerkjennelse av en yrkesgruppes krav på jurisdiksjon (og dermed dens institusjonalisering som profesjon) innebærer at statsmakten delegerer myndighet til profesjonen. En anvendelse av statsmakt som innebærer at en begrenset personkrets får tilgang til et privilegium setter, i en demokratisk rettstat, krav til at særbehandlingen rettferdiggjøres. Det må dreie seg om *legitim særbehandling* (Eriksen & Molander i: Molander & Terum, 2008).

I helsepersonell loven (kap. 2, § 6) er det beskrevet at:

"Helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødig tidstap eller utgift."

Dette kan nok tolkes som en generell fordring til å for eksempel hindre at trygden ikke belastes med utgifter fra unødig sykefravær etc. Utover denne relativt allmenne fordringen så har ikke psykomotoriske fysioterapeuter noen jurisdiksjon på dette området.

1.4 Kort om psykomotorisk fysioterapi

Den psykomotoriske tradisjonen er en fysioterapitradisjon som har som formål å gjøre pasient bevisst på spenningstilstander i sin egen kropp. Videre så skal pasienten bli i stand til å forstå konsekvensene av disse spenningene og å endre dem dersom det er nødvendig. Dette baserer seg på en grunnforståelse av at kropp og psyke må forstås som en helhet og at hvordan vi har det påvirker vår muskulære spenningstilstand og pust. Dersom spenningsmønstre vedvarer over tid gir dette smerter og endrede kroppsfunksjoner.

Psykomotoriske fysioterapeuter søker å endre slike spenningsmønstre igjennom samtale, berøring, øvelser og refleksjon. Slik behandling er alltid basert på en grundig psykomotorisk undersøkelse. Dette er en undersøkelse med fokus på kroppens funksjon: Altså en funksjonsundersøkelse (Thornquist & Bunkan, 1995).

Psykomotorisk fysioterapi er ikke, som navnet kan se ut til å indikere, forbeholdt pasienter med psykiske lidelser. Det er et tilbud som egner seg både til barn, ungdom og voksne som plages med forskjellige typer smertetilstander i bevegeapparatet, anspenthet, plager knyttet til pust, smerter ifra underliv, mage, bryst og hode, samt plager knyttet til angst, depresjon, spiseforstyrrelser og så videre.

De kildene som beskriver pasientmassen som benytter seg av psykomotorisk fysioterapi beskriver også en pasientmasse som har sammensatte plager og som har hatt sine plager i flere år. Over 7 av 10 er kvinner og de har en snittalder på 44 år. Se for eksempel ”studieplan for psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi ” (<http://uit.no/Content/282402/Studieplan%20psyk.fys%20rev.%20okt%2011.pdf>) Aabakken L, Aabakken B, Øfsti L et al. (1991) og Breitve MH, Hynninen M, Kvale A (2008).

De fleste psykomotoriske fysioterapeuter jobber i privat praksis i kommunene. Alle mine informanter i denne oppgaven har driftstilskudd og rett til å heve A9 takst. At terapeutene har driftstilskudd har noen viktige følger:

Fysioterapeuter med driftstilskudd kan gi gratis behandling til pasienter med enkelte kroniske sykdommer OG til pasienter som har opparbeidet seg frikort (egenandelstak 2). Videre så vil egenandel som betales til en terapeut med driftstilskudd telle mot frikort egenandelstak 2. Disse ordningene er gjelder alle fysioterapeuter med driftstilskudd (ikke bare psykomotorikere). Følgene av en slik ordning er at den legger til rette for at pasienter kan gå til behandling i lang tid.

Takst A9 gir refusjon for behandlinger som varer opptil 60 minutter. Valget av nettopp 60 minutter kan blant annet skyldes en forståelse av at psykomotorisk behandling er noe som krever tid: Både ved at terapiforløpene går over tid men også at pasienten har nok tid i hver behandlingstime. At A9 taksten, til en viss grad, ser ut til å gi rom for dette er et uttrykk for hvordan en tenkemåte er operasjonalisert i organiseringen av en institusjon (psykomotorisk fysioterapi i driftstilskuddsordningen).

Siden dette er en oppgaven som benytter seg av profesjonssosiologisk teori er det også betimelig å oppfordre leseren til å se retten til å bruke A9 taksten i et slikt perspektiv. Det er et *privilegium* som kun gjelder for psykomotoriske fysioterapeuter. Selv om psykomotoriske fysioterapeuter er avhengige av henvisning ifra lege for å benytte takst A9 så er det terapeutene selv som avgjør hvilke pasienter som får behandling, hvor lenge de skal gå til behandling og hva behandlingen skal romme. Bruk av takst A9 og organiseringen av egen praksis er en del av det som ligger under psykomotorikerens *jurisdiksjon*. Det samme gjelder i og for seg også ordningen med frikort og fullrefusjon til pasienter med enkelte kronisk lidelser, men dette gjelder mer generelt for alle fysioterapeuter som har driftstilskudd.

Avslutningsvis kan man si at tidsbruk kan være en viktig forutsetning for å kunne jobbe med sykemeldingsarbeid. Dette er begrunnet i den psykomotoriske fagtradisjonen. For psykomotorikere med driftstilskudd kan det videre argumenteres med at det er formalisert igjennom takstsystemet.

1.5 Sykemelding og sykepenger

Sykepenger som stønadsform er tett knyttet til sykemeldning og jeg finner det derfor hensiktsmessig å redegjøre kort for temaet. Rapporten ”Plager flest – koster mest” fra 2004 (Ihlebak & Lærum 2004) konkluderer med at muskel-skjelett relatert sykefravær er av stor betydning for folkehelsen og at, i 2004, skyltes 46% av sykefraværet og 33% av uførepensjonene muskel-skjelettlidelser. I samme tidsrom (2001-2008) var psykiatriske diagnoser oppgitt som årsaken til 20% av sykefraværet. En SINTEF undersøkelse fra 2011 estimerer, svært generelt, den gjennomsnittlige kostnaden av sykefravær til 13000 kr / mnd for arbeidsgiver. Sykepenger er en stønad som gis til den som er arbeidsufør på grunn av funksjonsnedsettelse som klart skyldes egen sykdom eller skade. I tillegg må pasienten, grovt sett, oppfylle kriteriene: ha norsk oppholdstillatelse og ha vært i inntektsgivende arbeid i minst 4 uker (Helsedirektoratet 2011)

Det skal ligge en prosess med en rekke vurderinger bak beslutningen om å sykemelde en pasient. Disse skal basere seg på klinisk og diagnostisk arbeid, samt medisinsk fagkunnskap. Blant annet må man vurdere pasienten opp mot folketrygdens sykdomsvilkår, funksjonsnedsettelsen, grad av arbeidsuførhet, mulighet for tilrettelegging, valg av tiltak og når arbeidsførhet kan forventes (se Helsedirektoratets ”Faglig veileder for sykemelding”, 2011). Folketrygdens sykdomsvilkår betyr: Sykepenger ytes til den som er arbeidsufør på grunn av en funksjonsnedsettelse som klart skyldes egen sykdom eller skade. Arbeidsuførhet som skyldes sosiale eller økonomiske problemer og lignende, gir ikke rett til sykepenger.

Videre er det verdt å nevne at man operasjonaliserer sykdomsbegrepet avhengig av hvordan den medisinske vitenskap til enhver tid utformer det. Det finnes ikke noe krav om objektive funn. Tvert imot så legges det stor vekt på at sykemelder skal utføre sitt arbeid på en skjønnsmessig og samvittighetsfull måte (se ”Sykemelding – en håndbok i hvordan sykemelde”).

Tilstander preget av subjektive symptomer oppfyller sykdomskravet forutsatt at det er en sykdomssituasjon som er alminnelig anerkjent i medisinsk praksis. I slike situasjoner blir beskrivelsen av *funksjonsnedsettelse* i forhold til arbeid svært viktig

(se Helsedirektoratets ”Faglig veileder for sykemelding”, 2011). Dette synliggjør også et viktig poeng rundt sykemelding: Man blir ikke sykemeldt pga symptomer eller diagnoser – man blir sykemeldt pga *funksjonsnedsettelse* som er av en slik grad at de fører til arbeidsuførhet.

Til sist er det også et krav om at sykemelder ”setter en diagnose” med ICD-10 eller ICPC-2 systemet på sykemeldingsblanketten.

1.6 Hva kan denne studien tilføye av ny informasjon?

Det er flere momenter som støtter opp om antagelsen og at psykomotoriske fysioterapeuter kan gjøre et viktig bidrag i sykemeldingsarbeid. For eksempel kan man framheve: Psykomotorikeres fagtradisjon, praktiske organisering og pasientgruppe. Omfang og årsak til sykefravær og sammenhengen mellom fokus på funksjon i arbeidsførhetsvurdering og det psykomotoriske fokuset på funksjon i undersøkelsen og behandling.

Denne oppgaven kan potensielt belyse psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer som bidragsyttere til sykemeldingsarbeide. Disse erfaringene vil gi et grunnlag for å si noe om hvilke særegne forhold som berører psykomotorikere og deres pasienter i slikt arbeide. Dette kan være både praktiske og kliniske hensyn.

Denne informasjonen vil kunne være viktig i utformingen av en eventuell primærkontaktordning. Informasjonen er også interessant i seg selv fordi temaet er en viktig del av psykomotorikeres kliniske hverdag som aldri før er blitt beskrevet.

Denne oppgaven sier noe om erfaringene til et lite utvalg med psykomotorikere. Den kan dog ikke, med sikkerhet, si noe om hvordan hele yrkesgruppen jobber. Den forsøker ikke å undersøke et representativt utvalg for så å generalisere resultatet til en større gruppe. Et annet bruksområde for funnene som kommer fra igjennom denne oppgaven er at de for eksempel kan legge grunnlaget for en mer omfattende, kvantitativ undersøkelse som kan forsøke å si noe om hele PMF yrkesgruppen.

Resultatene fra intervjuene vil f.eks kunne brukes til å utarbeide kategorier i et spørreskjema etc.

1.7 Relevans

Relevans er et stort og omfattende begrep. I det så ligger det hvorvidt kunnskapen er ny, nyttig og overførbar.

Til forsvar av relevansen til denne oppgaven vil jeg si at oppgavens tema er relevant: Både fra et klinisk, samfunnsmessig og et fagpolitisk synspunkt. Dette er også en del av min motivasjon med å skrive om nettopp dette temaet. Jeg bruker en deduktiv metode, hvor jeg bruker eksisterende teori for å si noe om et lite beskrevet fenomen. Dette vil gjøre resultatene tilgjengelige og mer overførbare. Siden temaet er knyttet til klinikk så håper jeg at resultatet av oppgaven også vil ha en viss praktisk overførbarhet (pragmatisk validitet).

I den grad oppgaven sier noe om psykomotorikeres kliniske hverdag, så sier oppgaven noe om arbeidet til en gruppe som er svært liten; både i fysioterapifaget, helsevesenet og generelt i Norge. Det er da en utfordring å gjøre denne oppgaven på en måte som gjør resultatene overførbare til andre grupper og situasjoner enn utvalget. Videre så setter det kanskje ekstra store krav til at oppgaven presenteres på en måte som gjør den interessant og relevant lesning for andre enn psykomotorikere.

2.0 METODE OG GJENNOMFØRING

2.1 Valg av intervju som forskningsmetode

Formålet med denne oppgaven er å belyse et lite beskrevet fenomen. Jeg ønsker å få en dypere forståelse av fenomenet som helhet. Jeg tror at dette forutsetter at jeg snakker med mennesker som har dette fenomenet i sin livsverden (psykomotoriske fysioterapeuter).

Jeg har derfor valgt å gjennomføre denne oppgaven innenfor en kvalitativ forskningstradisjon. Under datainnsamlingen brukte jeg semistrukturert livesverdensintervju intervju som metode.

Kvalitative metoder er egnet til å belyse og å utforske meningsinnholdet i, for eksempel, sosiale og kulturelle fenomener slik deltageren selv forstår det innenfor sin naturlige sammenheng. Videre er denne typen forskning egnet til å gi en dybdeforståelse av et fenomen som ikke er beskrevet før: De kvalitative metodene har som fortrinn at man kan stille spørsmål uten forhåndsdefinerte svarkategorier. De tillater oss å etablere kategorier og utvikle begreper (Malterud 2011).

Et semistrukturert livsverdensintervju brukes når man vil forsøke å forstå temaer ifra dagliglivet ut ifra informantenes eget perspektiv. Formålet er ikke å kvantifisere men å hente inn kvalitativ kunnskap igjennom språkbruk. (Kvale & Brinkmann 2009).

2.2 Etiske hensyn

Konfidensialitet

Det psykomotoriske fagmiljøet i Norge er ikke stort og det er preget av at "alle kjenner alle". Videre så var det slik at da jeg begynte å rekruttere informanter så var det flere av informantene som var svært opptatt av at deres deltagelse var avhengig av at de ble anonymiserte. Da intervjuene skulle gjennomføres rådet jeg medlemmer i gruppepraksis til å gjennomføre intervjuene på ettermiddagstid og eventuelt hjemme hos seg selv. Videre oppfordret jeg deltagerne til å ikke sette opp avtalen i

sine timebøker eller å diskutere sin deltagelse med kollegaer. Etter intervjuene ble transkripsjonene anonymiser ved at alle elementer som kunne bidra til gjenkjenning av informanten ble fjernet. Dette inkluderer dialekt. Til sist så presenterer jeg store deler av datamaterialet i et format som ikke gjør det mulig å tilskrive den enkelte informant enkeltutsagn. Dette er ikke et valg som er tatt pga behovet for ytterligere anonymisering men pga faglige hensyn (se under). At det fører til økt anonymisering er en ”bivirkning”.

Samtykke

Deltagerne i denne undersøkelsen fikk tilsendt et kort skriv som skisserte prosjektets formål og hva det ville innebære for dem å delta i prosjektet. I skrevet står det også at informantene ville kunne be om å få høre igjennom intervjuet etter at det var gjennomført for å foreta eventuelle redigeringer eller, i verste fall, trekke sin deltagelse.

Ved starten av hvert intervju ble følgende tekst deretter lest opp:

Jeg, Anders Lauridsen bekrefter å ha gitt tilstrekkelig med info om studien og forplikter meg til å holde deltagerne orientert og eventuelle endringer som er av betydning for deres deltagelse. Kan du som informant bekrefte at du har fått skriftlig info om studien, hva som er formålet med den, hvordan info om deg skal behandles videre og dine rettigheter som informant?

Ved å svare ”ja” ga dermed deltagerne sitt informerte samtykke verbalt på lydopptaket.

Interessekonflikter

Dette er en utdanning som kvalifiserer studentene til praktisere som psykomotorikere og jeg regner meg selv derfor som en del av det psykomotoriske fagmiljøet. Det er derfor slik at enhver endring som kommer faggruppen til gode (f.eks utvidet jurisdiksjon) kommer meg til gode som et medlem av denne faggruppen. Det er vanskelig for meg å redegjøre for hvordan dette konkret har spilt inn på gjennomføringen av denne oppgaven og om det på noen måte har svekket oppgavens validitet. Jeg håper at jeg til en viss grad gjør opp for dette ved å gjøre leseren oppmerksom på dette.

Denne oppgaven har ikke mottatt noen form for finansiell støtte.

Intervjuing av kollegaer

Å intervju kollegaer medfører enkelte etiske problemstillinger. En intervjusituasjon kan framstå som en "eksamen" hvor forskeren nærmest har enerett på å evaluere funnene som framkommer og hvordan disse funnene så formidles. Det er svært viktig for svarenes validitet og ivaretagelsen av informantene at intervjuene er en positiv opplevelse og at de kjenner seg igjen i svarene. Allikevel er det er nødvendigvis slik at en intervjusituasjon alltid vil være en situasjon som er preget av maktasymmetri og at det også alltid vil være et element av evaluering tilstede når man intervjuer kollegaer (Kvale & Brinkmann 2010). Det er forståelig at man som informant er skeptisk til å la seg blottlegge på denne måten og det beviser også viktigheten av grundig anonymisering.

2.3 Utvalg og rekruttering

MERK: Jeg kommer til å bruke "informant 1", "informant 2" etc. når jeg referer til informantene mine. Dersom jeg bruker personlig pronomen vil jeg konsekvent bruke den feminine pronomen uavhengig av informantens faktiske kjønn.

Denne oppgaven hadde som formål å belyse en del av psykomotorikeres kliniske hverdag. Jeg ønsket derfor å bruke utøvende psykomotorikere i privat praksis (med eller uten driftstilskudd) som informanter. Jeg ønsket også informanter som regnes som erfarne klinikere. Da jeg begynte å lete etter informanter i august 2012 ønsket jeg å finne informanter som deltok aktivt og hyppig i sykemeldingsarbeide og som hadde et godt samarbeide med leger rundt dette.

Denne oppgavens omfang, tidsperspektiv og mulighetene til økonomisk støtte legger noen begrensninger på utvalget av informanter:

- 1) Antallet informanter som ble rekruttert til denne studien var påvirket av at jeg ikke følte at jeg hadde tid til å intervju mer enn 2 eller 3 informanter.
- 2) Jeg bor til vanlig i Øst-Finnmark. Dette la noen begrensninger på antall reiser og lengden på disse reisene. Disse begrensningene var både knyttet til økonomi og til tidsbruk.

Dette medførte altså et element av "convenience sampling" mtp. de begrensninger som nevnes ovenfor. Jeg valgte meg derfor ut enkelte områder som mer aktuelle pga geografisk nærhet og bestemte meg for å gjøre et strategisk utvalg fra dette området. Basert på min kjennskap til terapeutene i området, råd fra kollegaer, råd fra veileder og råd fra de allerede forespurte informantene (snowball sampling), så valgte jeg ut en rekke terapeuter som jeg valgte å invitere til å delta. Jeg kontaktet disse ved telefon (de som ikke var tilgjengelig ble sendt en epost) hvor de ble informert kort om prosjektet og invitert til å delta. Dette gjorde jeg framtil jeg hadde et forhåndsbestemt antall informanter (4 informanter) og alle informantene var invitert før jeg hadde begynt med det første intervjuet.

Til å starte med hadde jeg en oppfatning at av det ville være gunstig å få informanter som hadde et godt samarbeide med fastlegene. I løpet av ringerunden fikk jeg derimot et klart inntrykk av at det var vanskelig å finne psykomotorikere som anga at de deltok aktivt og hyppig i sykemeldingsarbeide og som hadde et godt samarbeide med leger rundt dette. Til tross for dette fikk jeg, igjennom disse telefonsamtalene et klart inntrykk av at selv om få psykomotorikere vil innrømme at de jobber aktivt med sykemeldingsarbeide så er det mange som har erfaringer og meninger rundt dette. Jeg endret derfor min utvalgsstrategi til å lete etter informanter som ønsket å diskutere sine erfaringer med, og tanker, rundt sykemeldingsarbeide i sin PMF praksis fra et mer generelt utgangspunkt.

Jeg fikk i løpet av kort tid fire informanter som takket ja til å motta mer utfyllende informasjon og prosjektet. Disse fikk da tilsendt et brev per epost som beskrev prosjektet mer utfyllende; Særlig med vekt på det som angikk personvern. Dette

brevet dannet grunnlaget for at informantene skulle kunne gi sitt informerte samtykke til å delta.

2.4 Karakteristikk ved informantene

På grunn av måten informantene ble rekruttert og med tanke på at den psykomotoriske faggruppen er liten så kan jeg ikke gi noen utfyllende karakteristika av informantene.

Begge kjønn var representert blant informantene. De var alle i privat praksis med driftstilskudd i mellomstore til store norske byer. Flere av informantene hadde erfaring fra både å jobbe både i byer og i distrikt. Jeg regner også informantene mine som erfarne hvor alle har flere års erfaring, først som fysioterapeut og deretter som psykomotorisk fysioterapeut. Tre av informantene holdt til på institutter med kun andre psykomotorikere. En informant holdt til på et tverrfaglig institutt med leger.

2.5 Praktisk gjennomføring

Det første intervjuet ble gjennomført uten at informanten hadde mottatt intervjuguiden. På dette tidspunktet fryktet jeg at det å oversende intervjuguiden før intervjuet ville gi svar som ikke var tilstrekkelig spontane eller praksisnære. Etter å ha gjennomført ett intervju satte jeg igjen med en følelse av at informantene ville ha langt lettere for å snakke om temaet dersom de fikk sendt over intervjuguiden først. Før intervju nr. 2 sendte jeg derfor ut en kopi av intervjuguiden til de resterende informantene.

Under følger hovedpunktene som ble tatt opp i intervjuguiden. Punktene er formulert som spørsmål og oppfølgingsspørsmål, men teksten må heller oppfattes som en huske- og sjekklister for meg selv. Det er ikke nødvendigvis slik at spørsmålene ble stilt ordrett.

- *Hvordan bidrar du nå, eller har du bidratt tidligere til sykemeldingsarbeide rundt pasienter du har eller har hatt? Kom gjerne med et eller flere konkrete eksempler!*
- *Kan du gi noen (flere) konkrete eksempler fra din kliniske hverdag på hvordan du gjør dette rent praktisk?*
- *Kan du fortelle litt om de konkrete faglige og/eller praktiske årsakene som er veiledende for dine valg av praktisk framgangsmåte? Kom gjerne med konkrete eksempler!*
- *Kan du fortelle litt om når du føler at det er viktig at du bidrar til sykemeldingsarbeidet? Si også litt om hvorfor du opplever at det er viktig. Kan du komme med noen konkrete eksempler?*

Ekstras spørsmål dersom tiden strekker til eller blir kort:

- *Hva tenker du om å eventuelt få rett til å sykemelde?*

Merk at det siste ekstras spørsmålet ble ikke stilt til informantene. To av informantene svarte uoppfordret på dem men temaet er ikke dekket i oppgaven.

Intervjuet ble gjennomført per telefon på ikke mer enn 60 minutter per intervju. Telefonen var tilkoblet høytalere og lyden fra høytalerne ble deretter tatt opp på diktafon. Resultatet ble stort sett godt med tanke på lyd kvalitet og kun en liten håndfull med ord er utydelige på lydopptakeren. Intervjuene ble deretter transkribert direkte fra diktafonen til tekstdokumenter. Lydfilene ble ikke mellomlagret på PC. Transkripsjonene ble gjennomført av undertegnede.

Analysen var en tverrgående, datastyrt analyse. Jeg brukte her *systematisk tekstkondensering* slik det er beskrevet i Malterud (2011) som inspirasjon men har endret på noen begreper som jeg ikke følte passet med oppgavens disposisjon og grunnleggende vitenskapsteoretiske syn. Malterud foreslår at man bruker ordet *kondensat*. Et kondensat er, ifølge Malterud, satt sammen av ekte sitater fra informantene og skrevet i førsteperson for å skape en slags, et slags spisset sitat fra en "ideal" informant. Å kondensere er for meg et begrep som gir assosiasjoner til å fortykke noe ved å fjerne overflødig substans. Det er et begrep som føles mekanisk og beskriver ikke godt nok den skapende prosessen som det å produsere en slik tekst. Jeg har valgt å bruke begrepet *konstrukt*. Jeg føler at dette begrepet gjør det mer synelig at det dreier seg om en *konstruert* tekstbit som er et artefakt brukt for å beskrive noe som var typisk ved nettopp det temaet den tilhører. Malterud foreslår også å bruke begrepet *analytisk tekst* om den tekstbiten hvor forsker redegjør for subgruppen i sin egen stemme. Jeg føler at dette vil føre til en uklarhet i oppdelingen

mellom resultatdel og diskusjonsdel og velger derfor å bruke det mer nøytrale begrepet *kommentar til undertema*. Til sist så foreslår Malterud at men deler funnene sine inn i *grupper* og *sub-grupper*. For meg gir *grupper* assosiasjoner kvantifiserbare enheter. Jeg finner det derfor mer naturlig å bruke begrepene *tema* og *under-tema*.

Analysen foregikk ved at jeg leste igjennom transkripsjonene og plukket ut deler av teksten som jeg oppfattet som *meningsbærende enheter*. Disse ble så sortert; først i *overordnede temaer* og deretter i *undertemaer*. Etter flere runder med gjennomlesning, omorganisering og endring av navn på temaene begynte prosessen med å kondensere teksten. Dette betyr å skrive om de meningsbærende enhetene innenfor et undertema til en sammenhengende tekst: Konstruktene. Denne teksten er en kondensering og omskrivning av de meningsbærende enhetene og skrives i jeg-form for å skape en slags ”*fantom informant*” som er representativ for alle informantenes utsagn innenfor et undertema. Deretter ble disse konstruktene sammenlignet med de opprinnelige transkripsjonene for å sikre at det er et samsvar imellom innholdet i konstruktene og i transkripsjonene. Til sist skrev jeg en kommentar til konstruktene som utbroderer på innholdet i undertemaet. Jeg inkluderer også et ”*gull-sitat*” til hvert undertema for å spisse leserens oppmerksomhet rundt hvert tema.

I resultatdelen under har jeg valgt å inkludere konstruktene slik at de ikke bare fungerer som en del analysen men også som presentasjonen.

3.0 RESULTATER

3.1 Beskrivelse av hoved- og undertemaer

Resultatene kan oppsummeres på følgende vis:

| | |
|--|--|
| Hovedtema: Sykemeldingsarbeide som prosess | Hovedtema: Terapeutens roller ovenfor pasienten |
| Undertema: PMF-tradisjonene preger tilnærmingen til sykemeldingsarbeidet | Undertema: Psykomotorikeren som advokat og alliert |
| Undertema: Praktiske og relasjonelle forhold som tilrettelegger for sykemeldingsarbeidet | Undertema: Psykomotorikeren som en som stiller provoserende spørsmål |
| Undertema: Jobb som salutogen faktor | Undertema: Psykomotorikeren som en støtte på kritiske tidspunkter |
| Undertema: Refleksjon | Undertema: Psykomotorikeren som en praktisk tilrettelegger og guide |
| Undertema: Individuell tilpassing | Undertema: Psykomotorikeren som motivator og pådriver |
| Undertema: Samhandling | |

Mine undertemaer framkom som relativt naturlige valg da jeg begynte å sortere mine *meningsbærende enheter*. Etter å ha slått sammen enkelte og delt opp andre satte jeg igjen med en gruppe undertemaer som jeg kunne begynne å grovsortere. Basert på denne grovsorteringen så ga hovedtemaene seg selv relativt naturlig. Analysen kan derfor sies å være *datastyrt* heller enn *teoristyr*t.

De første undertemaene som kom fram var temaer som passet inn under hovedtema: Terapeutens rolle ovenfor pasienten. Til dels skyldes dette at terapeutens roller var temaer som mine informanter nevnte eksplisitt under intervjuene. Dette fanget min oppmerksomhet allerede under det første intervjuet og ble et tema i påfølgende intervjuer. Da jeg begynte å analysere materialet hadde jeg derfor klart for meg at terapeutens roller kom til å være et viktig tema. Det andre hovedtemaet ble i første omgang en slags restkategori av undertemaer som ikke passet inn under dette med roller. Etter hvert innså jeg at de resterende hovedtemaene beskrev temaer som knytter seg til praksisen som en prosess som går over tid og som er situert i en

hverdag. Jeg oppfatter hovedtemaet: ”Sykemeldingsarbeide som prosess” for å være et mer omfangsrikt tema som skal gi oversikt. ”Terapeutens roller ovenfor pasienten” er et hovedtema som beskriver, i mer dybde, en smalere del av materialet mitt.

Hovedtemaene (og især det første) er relativt omfangsrike og representerer, sett under ett, datamaterialet ganske helhetlig. Se kapitlet om metodediskusjon under for en redegjørelse av konsekvenser knyttet til dette valget.

3.2 Kort om presentasjon

Det følgende er en oppsummering av intervjuene samt min analyse av resultatet.

Datamaterialet er delt i overordnede hovedtemaer som igjen er delt opp i undertemaer. Hvert undertema er beskrevet for seg med en konstrukt, et gullsitat og en kommentar. Merk at konstruktet er skrevet i jeg-form og satt i kursiv. Jeg bruker dog ikke innrykk for å tydeliggjøre at det er ikke et ekte sitat og for å framheve at det er et artefakt som er satt sammen av meningsbærende enheter fra intervjuene som er kombinert på tvers av informantene.

3.3 HOVEDTEMA: SYKEMELDINGSARBEIDE SOM PROSESS

Undertemaene som følger her representerer temaer knyttet til en praktisk dimensjon og en dimensjon som beskriver arbeidet som en prosess over tid. Disse to kategoriene er kanskje så forskjellige at de kunne vært splittet opp i hvert sitt hovedtema. Jeg velger allikevel å beholde de som ett hovedtema fordi en det er såpass stor overlappning innenfor undertemaene. Resultatet ville blitt gjentakelser og en svekking av undertemaene. Jeg kan heller ikke se at en slik oppsplitting ville tilført min analyse noe faglig utover å kanskje gi oppgaven et inntrykk av å være ryddigere.

3.3.1 UNDERTEMA: PMF-TRADISJONEN PREGER TILNÆRMINGEN TIL SYKEMELDINGSARBEIDET

Konstrukt

Den psykomotoriske tradisjonen er en paraply over alt arbeidet jeg gjør: Inkludert sykemeldingsoppfølging. Den er så viktig for den tillater meg å se helheten i pasientene mine! Jeg baserer en stor del av min vurdering på den psykomotoriske undersøkelsen. De funnene jeg gjør der sier noe om pasientens vaner og mønstre og disse sier ofte noe om pasientens problemer på jobben. For eksempel dette med hvis det er vanskelig for en pasient å la seg bevege passivt så er det kanskje en "flink pike". For andre så er det kanskje sånn at de er litt forsagte eller at de tror at de ikke kan. Og da kan det jo være dette med å jobbe med bena. Kjenne om de kan stå på egne bein for å si det på den måten.

Gullsitat

"I3: Så det er jo den psykomotoriske tilnærmingen som jeg har lært nå som er som en paraply over det hele. For altså jeg ser jo ting med helt andre briller nå enn jeg gjorde før. Også dette med at det totale mennesket er i fokus, ikke bare den ene kroppsdel.

Kommentar til undertema

Det er et gjennomgående funn i dette materialet at informantene anser det å jobbe med sykemeldingsarbeide som en naturlig del av sin praksis. Videre så er psykomotoriske prinsipper viktige for hvordan de forstår pasientens problemstillinger knyttet til dette med arbeid og sykefravær. Arbeidet som terapeutene gjør rundt pasientens sykemeldingsstatus er integrert i det øvrige behandlingsforløpet. Hvordan terapeutene velger å tilnærme seg pasientens problemstillinger knyttet til arbeid og sykefravær er basert på terapeutens helhetlige forståelse av pasienten slik hun har fått igjennom f.eks kroppsundersøkelsen og samtaler. Særlig er dette med pasientens mønstre viktig i denne sammenhengen.

”14: Og så ser vi jo på kroppsundersøkelsen og vi finner kanskje at det er vondt i muskler og det er stramt i eller stivt eller. Og da må vi jo reflektere rundt: Hva er det som gjør at det er sånn? Hva er det som gjør som det er? Så kommer kanskje ting opp om at de sitter ved PCen fem timer om dagen. Og hvordan er det for nakken? At man hele tiden knyter arbeidsbelastning og kroppsfunn oppimot hverandre.“

Terapeutene bruker begreper og prinsipper direkte fra psykomotorisk fysioterapi når de beskriver sin tilnærming til pasientene i slike situasjoner. En av informantene som kommer med dette eksemplet når hun blir spurt om hva hun gjør med pasienter som er ute av jobb men som burde klart å jobbe:

”14: Da er det det samme med å hjelpe dem med å se om de faktisk kunne klare en jobb. Få troen på seg selv igjen. Stå på egne bein. Jobbe med beina. Kjenne at de står og kjenne at de kan og kjenne at de kanskje kunne få noen fordeler av å være i arbeid.”

En annen informant sier:

”13: Og så tenker jeg at det i kroppsundersøkelsen så kommer det jo ofte fram for disse flinke pikene viser seg jo ofte der med at de er veldig hjelpsomme. Veldig flinke. Og skal gjøre det så riktig. ”Er dette riktig?”. Og da kan jeg også spille ballen videre i forhold til ”er dette noe, kjenner du dette igjen fra andre situasjoner eller skjer det bare her i behandlingsrommet?” Og da sier de jo ofte ”nei jeg er en av de som må være flink”.”

Det blir også tydelig at sykemeldingsarbeidet er noe som går parallelt med den øvrige behandlingen. Og på samme måte krever også dette en veksling imellom en omstillende behandling og en støttende behandling. Dette kan ta tid og da er det viktig at pasienten får tid til refleksjon. F.eks ved at de er sykemeldt på behandlingsdagen.

3.3.2 UNDERTEMA: PRAKTISKE OG RELASJONELLE FORHOLD SOM LEGGER TIL RETTE FOR SYKEMELDINGSARBEIDE

Konstrukt

Pasientene mine kommer ofte til meg i lang tid og jeg setter av 60 minutter til hver time. Dette gir meg tid til å bli kjent med pasienten igjennom ord og kroppsspråk og

undersøkelsen og det som skjer i rommet og på samme tid blir pasienten kjent med meg. De har kanskje fortalt ting til meg som de aldri har fortalt til andre før. Når de har en slik tillit blir det ufarlig å snakke om dette med sykemelding med meg. Det blir faktisk naturlig for pasientene å diskutere det med meg. Også NAV og legen føler ofte at jeg kjenner pasientene best av oss som forholder oss til pasientene.

Gullsitat

”I.1: Så vi har god tid og de kommer jo på en helt annen måte under huden nå enn for eksempel da jeg jobbet som vanlig fysioterapeut og de har kanskje fortalt om ting til meg som de ikke har fortalt til noen andre.”

Analytisk tekst

Det er et gjennomgående tema hos informantene at lengden på behandlingstimene og lengden på forløpene er viktige forutsetninger for å drive med sykemeldingsarbeide på den måten som informantene gjør. De beskriver at dette tillater dem å bli godt kjent med pasientene og at pasientene føler en stor grad av fortrolighet ovenfor terapeuten. Som sitatet over beskriver så fører dette til at sykemelding og jobb blir et naturlig og ufarlig tema hos den psykomotoriske fysioterapeuten. Enkelte av informantene beskriver at legen og NAV ofte ser ut til å ha en oppfatning av at psykomotorikere kjenner pasientene sine svært godt, og i noen tilfeller best at de som jobber med pasienten.

På samme tid beskriver også enkelte av informantene (særlig de som kommer ifra de minste kommunene) at det er varierende hvor godt legene kjenner til tilbudet deres. Resultatet er ofte at pasienter henvises sent i forløpet til dem og at de da gjerne allerede har vært sykemeldt i mange måneder. Informantene beskriver også at de alle har svært lange ventelister og at pasienter ofte venter i månedsvis på timer når de først blir henvist. En av informantene framhever at en av konsekvensene av dette er at mange av hennes pasienter er kommet over på *arbeidsavklaringspenger* eller uførepensjon når de først kommer inn til henne.

3.3.3 UNDERTEMA: JOBB SOM SALUTOGEN FAKTOR

Konstrukt

Arbeid er noe som er terapi i seg selv. Voksenkontakt, fysisk aktivitet og det å komme seg ut av huset er viktig. Særlig for de som har bestemt seg for at de ikke klarer å jobbe og som bare vil bli hjemme i huset sitt. De trenger ofte et lite puff. Det handler ikke om at de er "trygdesnyltere" - det handler om at de går glipp av noe som er godt og viktig for seg selv!

Gullsitat

"I2: Aktivitet er terapeutisk og for mange så er jo jobb en viktig del. Ja altså jobb og andre aktiviteter. Det er både i forhold det sosiale, det å få tankene over på andre ting enn, enn det en sliter med ofte."

Kommentar til undertema

Jamt over så forteller informantene at svært mange av pasientene deres er pasienter som jobber for mye men som ikke vil være sykemeldt. Det er dog allikevel et gjennomgående tema at terapeutene ser arbeid som noe som er både viktig, men også sunt og godt for pasientene. Det ser derfor ut til at det ligger til grunn en tanke om at pasientene til syvende og sist bør være i jobb for sin egen del i de fleste tilfeller. Dette er ifølge informantene ikke et uttrykk for en moraliserende holdning eller en lojalitet ovenfor trygdesystemet ofra terapeutens del. Det dreier seg om at arbeid i seg selv er en helsebringende faktor.

3.3.4 UNDERTEMA: REFLEKSJON

Konstrukt

Det er stort sett felles for mine pasienter at de ofte henger fast i noen uheldige mønstre. For å få dem til å endre på dette så nytter det ikke at jeg trer min mening ned over hodet på dem. De trenger å bli stimulert til å reflektere. Refleksjonen er enormt viktig. Dette gjelder uansett hvilke problemstilling som pasientene står i:

enten de er slitne fordi de ikke mestrer jobben sin, men ikke klarer å be om sykemelding, eller de har falt ut av arbeidslivet og tror at de aldri kan komme tilbake igjen. Det handler om å få satt i gang en prosess hos pasientene. Få dem til å reflektere over noen mønstre som de er fanget i. Og så er det viktig at det vi kommer fram til i timene er noe som pasienten selv "eier". Når de da drar til legen sin og f.eks ber om sykemelding så er jo legen som oftest enig med pasienten fordi det pasienten kommer med er jo fornuftig. Pasientene behøver ofte ikke å nevne meg, og våre samtaler, engang. Slike endringsprosesser tar dog litt tid og dette er jo et tilfelle hvor det ofte kan være nødvendig med sykemelding rett og slett for å gi pasienten tid og fred til å ta slike refleksjoner inn over seg.

Gullsitat:

"I.3 Og da er det jo på en måte startet en prosess hos dem selv. Det blir ikke slik at jeg sier at "hør nå her, nå synes jeg nå har du gjort det sånn og sånn og sånn og for at du skal bli bra så må du være sykemeldt". Jeg gjør jo ikke det."

Kommentar til undertema

Som nevnt over så virker det som om at alle informantene ser på dette med å jobbe med sykemeldingsarbeide med pasientene er noe som er integrert i den øvrige terapiprosessen. Argumentet ser ut til å være at pasientens jobbsituasjon og sykemeldingsstatus er en del av, eller et uttrykk for uheldig mønstre. Informantene forteller at de anser det som svært viktig at de ikke "trer meningene sine ned over hodet på pasientene sine". De nevner alle det at å stimulere til refleksjon igjennom spørsmål som svært viktig. Gjennomgående så virker det som om spørsmålene er av en sokratisk type. For terapeutene handler dette om en måte å skape endring på.

"I3: jeg får dem til å fortelle om hvordan det har vært tidligere. Hvor mange ganger har de vært sykemeldt tidligere. Hvor lenge var du sykemeldt, hvor lenge varte det når du kom tilbake, hva tenker du om det hvorfor ble det sånn. Og da begynner de jo liksom litt selv å reflektere og da tenker jeg jo slik at nå har du jo gjort dette x antall ganger tenker du at det er veien som er rett å gå videre og da sier de ofte at "nei det er det kanskje ikke". De ser jo at nå er det det samme mønsteret om igjen og om igjen."

3.3.5 UNDERTEMA: INDIVIDUELL TILPASSING

Konstrukt

De pasientene som kommer til meg står ofte opp i forskjellige ting når det gjelder arbeid. Noen er i jobb men burde ikke vært det. Andre jobber ikke men burde vært i arbeid. Noen vil jobbe men har ikke arbeid å gå til. Noen jobber litt og vil jobbe mer og andre er i og for seg friske men vantrives på arbeidsplassen sin. Alle disse krever forskjellig tilnærming. Det handler hele tiden om å stille seg spørsmålet: "Hva er godt for dette mennesket totalt sett?" ikke bare "når er denne skulderen for syk til å jobbe?". Da tenker jeg jo at det med sykemelding ikke handler om at man har et funksjonsnivå som tilsier at man ikke kan jobbe. Sykemelding blir en prosess og en måte å jobbe med hele pasienten på! Både jeg og pasienten må ha et reflektert forhold til hvorfor hun skal eventuelt være sykemeldt, eller hvorfor hun ikke skal være sykemeldt.

Gullsitat

"13: Begge disse pasientene kan ha akkurat samme kroppslige plager som de kommer med men det totale blir forskjellig – det andre rundt blir forskjellig. Og da tenker jeg jo at det blir ikke bare om "denne skuldren skal tilbake til jobb" og "klarar den å gjøre jobbe" men det blir jo alt dette rundt at "hva er bra for dette mennesket totalt"?"

Kommentar til undertema

Alle informantene beskriver sin pasientgruppe som en gruppe med sammensatte og langvarige helseplager og hvor behovet for individuell tilpassning er stort.

Et tema som overrasket meg under intervjuene var at flere av informantene, uavhengig av hverandre, beskrev en liknende subgruppering av pasienter hvor dette med sykemelding eller arbeid var et tema. Som den ene informanten sa:

”I4: Noen personer er jo i arbeid. Og de er kanskje i så mye arbeid at det er for mye av det gode. Og de presser seg selv og de møter veggen. Og de trenger kanskje sykemelding for å takle en sånn situasjon. Andre personer kan være i arbeid hvor de opplever psykiske eller fysiske belastninger som er så store at de trenger sykemelding. Altså at det er noe med jobben og ikke de selv på en måte. Og så er det noen som er i arbeid i en viss prosent og ønsker seg mer arbeide eller de som ønsker seg mindre arbeid. Det er disse som er i jobb. Men så er det også sykemeldingsarbeide slik jeg ser det med mange som ikke er i jobb. Og det handler om at de ikke er i jobb fordi de har plager med helsa og de har en jobb og ønsker seg tilbake til jobben men ser ikke helt hvordan de skal få det til. Og så er det noen som ikke er i jobb og som aldri har vært i jobb og som ikke tror på at de kan være i jobb. Altså som har gitt opp hele spørsmålet om å komme i jobb. Også er det ennå en gruppe og det er de menneskene som har ressurser som til å være i jobb men som bor på en plass der det ikke finnes jobb. (...). Disse må man jo jobbe med litt forskjellig.”

De beskriver også alle dette med at de er opptatt av å se hele pasienten, ikke bare arbeidssituasjonen, og at deres forståelse av pasienten baserer seg på dette helhetsinntrykket. Til sist er det dette med at de ser ut til å ha en holdning om at sykemelding ikke nødvendigvis er noe som passer for alle til enhver tid.

”I4: Man må i alle fall være veldig bevisst på hvorfor man skal være sykemeldt nå. Jo kanskje det skal skje et eller annet på jobb som er spesielt krevende og hvor man blir veldig presset.”

Sykemelding er ikke bare noe som dreier seg om at pasientens funksjonsnivå er for dårlig til at de kan arbeide. Det er et terapeutisk verktøy og de legger vekt på at sykemeldingen skal ha et klart formål dersom den skal brukes.

3.3.6 UNDERTEMA: SAMHANDLING

Konstrukt

Det å samhandle med f.eks leger eller NAV er ofte problematisk fordi de er så vanskelig å få tak i. Arbeidet blir dog lettere når jeg kjenner de litt. Jeg foretrekker å ha hilst på alle de jeg jobber tettest med personlig. Ideelt sett skulle også all

samhandling foregått ansikt til ansikt eller i det minste per telefon. Dessverre er det ikke slik. Hvis jeg skulle prøvd å ringe legen hver gang det var noe ville jeg sittet hele dagen i telefonkø. Jeg skriver også brev. Jeg gjør det særlig hvis det er en beskjed som jeg må være sikker på at legen får. Brevet ligger jo der så da må de se på det. Men fortrinnsvis så vil jeg ikke at det skal være jeg som ber legen om at pasienten skal være sykemeldt. Jeg vil helst at pasienten skal klare det selv. For meg er det et viktig mål i behandlingen at pasienten klarer å ta sine egne behov på alvor og at hun klarer å hevde disse ovenfor legen. Som oftest godtar legene pasientens forespørsel når pasientene har vært hos oss. Jeg tror det er fordi de føler at vi kjenner pasienten godt men av og til er det dog slik at legen sier: ”Hvis terapeuten mener at du skal være sykemeldt så må hun skrive å begrunne det!”. Det er ikke ofte men det kan forekomme. Og det er vel dessuten kun med leger som ikke kjenner meg. Når jeg skriver brev eller epikriser eller når jeg er på NAV-møter så er det viktig å holde budskapet kort og forståelig. Jeg forsøker å fokusere på pasientens mønstre og jeg forankrer det alltid i kroppsundersøkelsen. Jeg referer ikke til de enkelte bestanddelene i undersøkelsen men jeg forsøker å tegne et bilde som alle kan forstå.

Gullsitat:

”I.1 - Hvis man kan klare å finne setninger, klare ord på hva som er kjernen i det, i den grad man har funnet noe kjerne i det.”

Kommentar til undertema

Alle informantene beskriver et savn etter bedre og enklere samarbeid med, især leger, men også med NAV rundt pasientene. Når det kommer til legene så består problemet som de beskriver i at legene har liten tid og at de ofte ikke er tilgjengelige. En av informantene har kontor på et legesenter og har derfor muligheten til å treffe legene ansikt til ansikt. Informanten ser dette som en stor fordel og tilsynelatende så jobber denne terapeuten tettere med legene enn de som ikke har en slik ”fellespraksis”. Videre så beskriver en annen informant viktigheten av å kjenne sine samarbeidspartnere i alle fall i en slik grad at man har truffet dem ansikt til ansikt. Ved siden av dette med at det er vanskelig å få kontakt med legene så nevnes dette

med at det er liten kjennskap til PMF tradisjonen i kommuner hvor den ikke er utbredt. Som en informant sier:

I3: "(...) det er masse leger som jobber her. Og mange av de legene har jeg aldri fått en henvisning ifra. Det er ikke sikkert at det vet at det finnes psykomotorisk fysioterapi her engang og det er ikke sikkert at de vet at det finnes noe psykomotorisk fysioterapi i det hele tatt, ikke vet jeg."

Et av de viktige treffpunktene mellom terapeuten og legen og / eller NAV er vi NAV møter. Alle informantene beskriver at de gjerne drar på slike møter hvis de blir invitert. To av informantene beskriver at de i økende grad inviteres med på slike møter av NAV eller legen men gjennomgående så forteller informantene at de som oftest ikke er formelt invitert og at de kun deltar dersom pasienten ber dem om det.

Dersom informantene anser det som viktig å kontakte legen, så kan man si at den foretrukne måten å gjøre det på ville vært per telefon (eller ansikt til ansikt). Men når dette ofte er en uaktuell løsning så blir det til at de skriver brev. Et par av informantene beskriver også at et brev også fungerer som en slags huskelapp både for pasienten og for legen.

"I2: (...) både for pasienten å huske det og for fastlegen så ligger det jo der da. Så da må de jo ta en vurdering da."

Alle informantene beskriver at de syns det er utfordrende å bruke psykomotorisk sjargong og terminologi i møter med samarbeidspartnere. De foretrekker derfor å gjøre språket til et mer dagligdags språk. Dette innebærer også at de ikke referer til undersøkelsens enkelte bestanddeler men at fokuset er på de sammenfattede funnene og hvilke følger de har for pasienten

"I3: Jeg tenker liksom at den psykomotoriske undersøkelsen slik vi tenker kan kanskje virke litt gresk for andre faggrupper tenker jeg. Så da kan jeg kanskje si at "når hun sitter så bruker hun like mye krefter som en som står i steinberget og jobber og det er jo ikke hensiktsmessig" ikke sant? Slik at jeg referer ikke da til akkurat de spesifikke testene..."

Informantene beskriver at et av målene med behandlingen er at pasienten skal bli så trygg at de selv kan gå til legen å ha en god dialog om dette med sykemelding. De anser det som en viktig del av at pasientene ”ta ansvar for seg selv” og ”å ta seg selv på alvor”. Resultatet er at informantene i mange tilfeller gjør et bevisst valg om å ikke kontakte legen. De beskriver at legen kun svært sjeldent etterlyser et skriv fra psykomotorikeren i tillegg men at misforståelser kan forekomme enkelte ganger.

”I.1: jeg har opplevd det at legen har sagt at, sagt til pasienten at da må hun skrive og begrunne det. At pasienten skal være liksom en budbringer ifra meg til legen.”

3.4 HOVETEMA: TERAPUTENS ROLLER OVENFOR PASIENTEN

Dette hovedtemaet representerer en homogen gruppe med undertemaer som er knyttet til hvilke roller terapeuten har ovenfor pasienten i kliniske møter hvor sykemelding og arbeid er et tema.

3.4.1 UNDERTEMA: PSYKOMOTORIKEREN SOM ADVOKAT OG ALLIERT

Konstrukt

Jeg opplever ikke selv at jeg har noen portvokter-rolle og det arbeidet jeg gjør rundt sykemelding er noe jeg gjør veldig i samarbeid med pasienten. Mange av mine pasienter er sånne som lett blir pratet over hodet på. Derfor er de ofte sårbare på møter med NAV eller med legen. De føler selv at de trenger en person som er deres støttespiller på sånne maktmøter og da ber de ofte meg være med. De stoler på meg og føler at jeg er den som kjenner dem best. Min rolle i sånne møter er rett og slett å stille spørsmål eller å hjelpe pasienten med å forstå hva som ble sagt. Av og til er det også sånn at pasienten rett og slett har kjempevanskelig for å hevde seg ovenfor legen sin og da kan det hende at de trenger at jeg hjelper dem. Pasientene trenger av og til noen som er bare deres forkjemper og allierte.

Gullsitatet

” det er du som ser hvordan det egentlig er”.

Kommentar til undertema

Informantene legger vekt på at de overhode ikke oppfatter det slik at de har noen form for ”portvokter” rolle. De beskriver også i liten grad at det arbeidet de gjør er som en ”bestilling” fra legen. Tvert imot så forteller de alle om at sykemeldingsarbeide er noe som de gjør sammen med pasienten. Videre så beskriver

de en sårbarhet hos pasienten nå pasienten er stilt ovenfor legen eller NAV. Den ene informantene omtaler NAV møter som ”maktmøter”. De snakker også om at svært mange av deres pasienter er ”flinke piker” som er samvittighetsfulle, lydige og flinke. De føler at denne pasientgruppen lett kan bli snakket over hode på. Derfor opplever de det som en viktig oppgave å være med på f.eks NAV møter som en støtte for pasienten. Det framstår litt som om pasienten og terapeuten i noen situasjoner har en allianse mot de andre (NAV og/eller legen). Især i på disse møtene.

Det er gjennomgående beskrevet hvordan både pasienten, legene og NAV ofte føler at terapeuten kjenner pasienten best. Terapeutene framhever også som sagt hvordan de, i større grad enn legene, ikke har en lojalitetskonflikt mellom pasienten og trykkesystemet. Terapeuten blir da en naturlig rådgiver og fortrolig samtalepartner for pasienten og informantene føler at dette setter dem i en særskilt posisjon til å komme med kvalifiserte råd. Informantene poengterer at dette ikke seg om en betingelsesløs velvilje ovenfor pasienten, men en integrert del av en helhetlig terapeutisk relasjon (se de øvrige punktene i denne kodegruppen).

3.4.2 UNDERTEMA: PSYKOMOTORIKEREN SOM EN SOM STILLER PROVOSERENDE SPØRSMÅL

Konstrukt

Mange av mine pasienter kommer ofte til meg og er svært slitne og nedkjørte. Men på samme tid så nekter de å være sykemeldt. De er ”flinke piker” som ikke klarer tanken på hva som skjer på jobb dersom de er borte. Min jobb er da å stille dem disse litt ekle spørsmålene: ”Hvor lenge tror du kroppen din klarer dette?”. Rett og slett få dem til å innse at hodet vil mer enn kroppen klarer. De må forstå at jeg ikke kan trylle dem frisk. Rett og slett realitetsorienteres. På samme tid så er det ikke min jobb å tre meningene mine ned over hodet på dem. Derfor stiller jeg heller vanskelige spørsmål til dem for å sette i gang noen endringsprosesser.

Gullsitat

”Hvor lenge vil du gå sånn?”

Kommentar til undertema

Som et ledd i sin forståelse av pasientene ligger det en tanke om at mange av pasientene er fanget i noen mønstre som for eksempel gjør at de gang på gang ”kjører seg ut i grøfta”. Som beskrevet over så ønsker de å skape endring igjennom å stimulere til refleksjon ved å stille spørsmål. Dette dreier seg om spørsmål som ofte belyser pasientens svakheter og ofte virker det som at disse spørsmålene må være ganske så direkte.

”I.3: (...) da kan jeg nesten si ”tror du at jeg er Arnardo? At jeg kan trylle? Hvis du går her en gang i uken, eller en gang hver 14 dag med behandling og så skal du kjøre på, hva tror du vil skje?” Og de ser det jo da at da er det ingen hensikt. Det er jo rett og slett ikke vits.”

Selv om ingen av mine informanter bruker begrepet så opplever jeg at dette dreier seg om en form for *realitetsorientering*. Eller som en annen informant sier så handler det om at pasientene må ta seg selv på alvor og ta ansvar for sin egen helse.

Gjennomgående for disse spørsmålene er at de i en eller annen grad rokker ved pasientens selvbilde.

”I.4: Og det får mennesker til å innrømme for seg selv at kroppen tåler ikke så mye som, som viljen deres, eller drømmen deres vil. Altså hodet vil mer enn kroppen. Så når hodet vil mer enn kroppen kan det noen ganger bli krasj.”

Denne rollen er kvalitativt annerledes enn de andre rollene som beskrives i denne kodegruppen fordi den beskriver en terapeut som er provoserende og inngripende heller enn å framstå som pasientens sympatiske allierte.

3.4.3 UNDERTEMA: PSYKOMOTORIKEREN SOM EN STØTTE PÅ KRITISKE TIDSPUNKT

Konstrukt

Veldig ofte opplever pasientene det som kritisk når de skal begynne å returnere til jobb. Mange trapper opp rett ifra 0 til 100% jobb og det går ofte galt. Jeg synes det er viktig med gradvis opptrapping. Selv da er det en kritisk periode for dem.

De er bekymret for at de ikke skal klare å komme tilbake og at de skal gå på en smell igjen. Mange kan rett og slett bekymre seg så mye for dette at de blir syke bare av tanken. Da er det viktig med å være med å gi dem en stemme og la de få være litt "premisslevrandør". La dem få si noe om hvordan og hvor mye de ønsker å jobbe. Gi dem bekreftelse på at de selv ofte har svarene på hvordan de kan komme seg tilbake på jobb. Og så er det viktig da å støtte dem både igjennom behandlingen og igjennom det å være med å få dem til å reflektere over hvordan det går. "Skal du redusere sykemeldingen 20% til eller blir hvor du er?"

Gullsitat

"Hvem er det som vet hvor mange timer du klarer å være på jobb? Det er du som vet det!"

Kommentar til undertema

En konkret oppgave, eller rolle, som nevnes særskilt av nesten alle informantene er hvordan de jobber med pasienter som returnerer til jobb etter en periode med sykemelding. Flere av informantene nevner viktigheten av at pasienten trapper gradvis opp ved å bruke gradert sykemelding. En vanlig bekymring ifra pasientene var da at de skulle trappe for fort opp og ende opp med å bli sykemeldt igjen. De beskriver at enkelte av pasientene "bekymrer seg syke". I slike tilfeller forklarer informantene at de hadde fokus på å la pasienten forstå at de skulle være der for dem. De gir pasienten behandling for de kroppslige plagene som oppstår, de er med på å hjelpe pasienten til å stole på sine egne erfaringer og de gir råd dersom det er nødvendig.

"I.4: (...)de får gjerne lekse av meg "at nå går du hjem og så tenker du og så setter du opp en timeplan på hvordan du vil ha det. Og så ber jeg dem om å ta med den timeplanene sin til legen å si at "nå her jeg tenkt igjennom dette". "Jeg ser at hvis jeg jobber to timer mandag, onsdag og fredag og tre timer tirsdag og torsdag så vil jeg prøve det. Og det blir så og så mange prosent så tar vi en sykemelding på det og så får vi prøve det." Så kommer de tilbake til meg og da spør jeg "hvordan gikk det?" og så sier de "ja det gikk jo greit"."

Et mål er at opptrappingen skal være på pasientens premisser. En av informantene sier om NAV:

”I.2: Ja det går jo ofte på det å finne arbeidsevne. I forhold til folk som har vært lenge utenfor arbeidslivet. Finne riktig tiltak. Riktig praksisplass. Riktig arbeidsmengde. Hvor mye de bør starte med osv. Nav kan jo være ganske rigid. De tenker fort 50% uansett og da har kanskje folk vært ute av arbeid i flere år og så skal de rett på 50% og det kan være ganske tøft.”

Fokus blir da på at pasienten selv skal bestemme arbeidsmengde og hastighet på opptrappingen. Her igjen nevnes dette med at mange av pasientene er ”flike piker” som har lett for å godta det som legen eller NAV forteller dem uten å ta hensyn til egne behov.

3.4.4 UNDERTEMA: PSYKOMOTORIKEREN SOM EN PRAKTISK TILRETTELEGGJER OG GUIDE

Konstrukt

Det er ofte en del praktiske oppgaver som pasienten trenger hjelp til. Noen av disse har med å gi praktiske råd. F.eks når pasienten er sykemeldt på behandlingsdag så er det dette med å sørge for at de er sykemeldt enkeltdager og ikke 20% for da løper sykemeldingsåret ifra dem. Andre ganger handler det om å rett og slett ta telefoner og å skrive brev. For eksempel formell kommunikasjon som epikriser og uttalelser. Eventuelt så er det når det er snakk om en enkel forlenging av sykemeldingen hvor vi kanskje har avtalt med legen at jeg bare kan skrive et lite brev eller ta en telefon for å ordne det. Det handler av og til om å gi pasienten litt strømlinjeformende forløp i systemet og av og til handler det om at pasienter av og til trenger skjerming.

Gullsitat

”Hva om jeg tar en telefon eller skriver til legen din og sier at nå tror jeg det kunne vært smart med sånn og sånn” og de da sier ”ok og takk og pris hvis du ville gjøre det” så er det greit, for da skjønner jeg jo at det handler om den terskelen.

Kommentar til undertema

Alle informantene beskriver også at sykemeldingsarbeid har en praktisk dimensjon som de også må ta hensyn til. De beskriver at deres uttalelser blir etterspurt av leger

og NAV og at de må bruke tid på å skrive disse. De beskriver også en, stort sett, privilegert rolle ovenfor leger og dersom de ønsker det så kan de også få pasienten sykemeldt ved å skrive til, eller ta kontakt med legen. Informantene forteller at deres pasientgruppe er en sårbar gruppe som av og til foreksempel står oppi alvorlige livskriser og at de trenger å skjermes. Da opplever terapeutene at det kan være hensiktsmessig å kontakte legen på denne måten (i motsetning til å la pasienten gjøre det selv slik beskrevet i subgruppen: samhandling)

De kan også ringe etter røntgensvar eller purre på henvisninger. Til sist så beskriver de også at deres kunnskap til helsesystemet tillater dem å informere om ordninger og komme med praktiske råd. Et eksempel er dette med sykemelding på behandlingsdagen hvor det er viktig å sørge for at pasienten får sykemelding på enkeltdager og ikke i f.eks 20%.

3.4.5 UNDERTEMA: PSYKOMOTORIKEREN SOM MOTIVATOR OG PÅDRIVER

Konstrukt

Noen av mine pasienter er mennesker som ikke er i jobb men som kunne klart å være i jobb. Noen har kanskje mistet troen på at de klarer å være i jobb. Jeg tenker ofte at de går glipp av noe som er godt å viktig for dem. Bare dette med voksenkontakt og det å bruke kroppen sin litt er jo kjempeviktig. Min jobb da blir å prøve å stimulere dem til å begynne å tenke på om de kunne ha noen fordeler av å være i jobb. Tenke på hva som ville vært drømmejobben. Noen av pasientene trenger rett og slett et lite puff for å komme seg ut.

Gullsitat

”Få troen på seg selv igjen. Stå på egne bein. Jobbe med beina. Kjenne at de står og kjenne at de kan og kjenne at de kanskje kunne få noen fordeler av å være i arbeid”.

Kommentar til undertema

En liten andel av pasientene er pasienter som har falt ut av arbeidslivet men hvor terapeuten anser at pasienten burde kunne klare å være i arbeide. Alle informantene beskriver en sympatisk holdning ovenfor denne gruppen og deres førstevalg synes å innta en rolle som en motivator som skal få pasientene til å reflektere over om arbeid kunne vært godt for dem. Det ser ut til at terapeutene ikke moraliserer men at de handler utifra en oppfattning om at pasienter som ikke er i jobb går glipp av noe som hadde vært sunt for dem.

4.0 DISKUSJON: METODEAVSNITT

4.1 Design

I planleggingsfasen av denne oppgaven var jeg hele tiden innstilt på at denne oppgaven skulle benytte seg av individuelle intervju som metode. I ettertid kan man stille seg spørsmålet om dette var den optimale måten å få fram kunnskap om temaet på. Eksempelvis så kan fokusgruppeintervjuer være en vel så god måte for å belyse en slik problemstilling på.

Jeg redegjør i innledningen for mine faglige begrunnelser for å velge intervju som metode. I ettertid har jeg også reflektert over at valg av intervju som metode også er et pragmatisk valg. De praktiske begrunnelsene for å velge individuelle intervjuer er:

- Individuelle intervjuer er ikke så ulike en klinisk samtale. Jeg følte meg derfor tryggere på denne formen for intervju og følte meg mer trygg på at jeg skulle klare å tilegne meg et visst ferdighetsnivå før intervjurunden startet.
- Jeg anså det som viktig å få gjøre intervjuene ett om gangen. Dette var fordi jeg anså det som essensielt å få muligheten til å utvikle meg som intervjuer fra gang til gang.
- Det ville vært en logistisk utfordring å samle tilstrekkelig mange informanter til å gjennomføre et fokusgruppeintervju.

Formålet mitt med dette underkapittelet er ikke å så tvil om hvorvidt jeg har valgt den "beste" metoden men å påpeke at jeg i ettertid innser at mitt valg av metode ikke utelukkende var basert på faglige hensyn.

4.2 Utvalg

Denne oppgavens omfang, tidsperspektiv og mulighetene til økonomisk støtte la noen begrensninger på utvalget av informanter:

- 1) Antallet informanter som ble rekruttert til denne studien var påvirket av at jeg ikke følte at jeg hadde tid til å intervju mer enn 2 eller 3 informanter.
- 2) Jeg bor til vanlig i Øst-Finnmark. Dette la noen begrensninger på antall reiser og lengden på disse reisene jeg så for meg å gjennomføre. Disse begrensningene var både knyttet til økonomi og til tidsbruk.

Da jeg inviterte informantene som deltok hadde jeg ennå en tanke om at jeg ønsket å gjøre alle intervjuene ansikt-til-ansikt. Dette medførte altså et element av ”convenience sampling”: Jeg valgte meg derfor ut enkelte områder som mer aktuelle pga tilgjengelighet og bestemte meg for å gjøre et strategisk utvalg fra dette området.

Jeg vil poengtere at jeg opplevde å få god data ifra informantene. Men allikevel så kan jeg også konstantere at utvalget kanskje hadde sett annerledes ut dersom jeg hadde bestemt meg tidligere for å bruke telefonintervju.

Intervjuene som ligger til grunnen for denne oppgaven omhandler et tema som ikke er beskrevet før. Til tross for dette gir informantene svært likelydende svar. En mulig årsak til dette er at informantene beskriver en praksis som faktisk er rimelig lik hos alle de fire informantene.

En annen mulighet er at informantene mine er relativt like på noen områder: Særlig med tanke på organiseringen av praksisen sin. De er alle i privat praksis med driftstilskudd. Som jeg vil redegjøre for i diskusjonen av resultatet så tror jeg dette er en viktig faktor når det kommer til å forklare hvorfor praksisen er som den er hos informantene mine.

Jeg tror oppgaven ville hatt et mer nyansert resultat dersom jeg hadde hatt større bredde innenfor utvalget med tanke på informantenes organisering av sin praksis. For eksempel psykomotorikere i fastlønnede stillinger og i fullprivat praksis uten driftstilskudd i tillegg til informantene som jeg har i dag.

4.3 Gjennomføring av intervju og analyse

Det er også en mulighet at årsaken til de relativt homogene svarene ligger i gjennomføringen av intervjuene eller i analysen.

En faktor som kan ha spillet inn er at tre av fire informanter fikk tilsendt intervjuguiden på forhånd. Det at informantene fikk lese den på forhånd kan ha ført til at svarene de ga ikke er en spontan beskrivelse av deres livsverden, men heller en intellektualisert og idealisert hyperrealistisk beskrivelse av praksis (Kvale & Brinkmann 2010) Denne idealiserte beskrivelsen kan man da tenke seg er basert på en felles psykomotorisk fagforståelse som informanten deler og er derfor rimelig sammenfallende.

Denne forklaringen støttes også av at informantene stort sett oppga få reelle eksempler fra egen praksis til tross for at jeg hyppig etterspurte reelle eksempler under hele intervjuet. Deres forklaringer er preget av å være noe idealiserte eksempler på hvordan de handler i gitte situasjoner.

Jeg hadde ikke noen erfaring med bruk av intervju som forskningsmetode før jeg startet på denne oppgaven. Det kan derfor ikke utelukkes at jeg rett og slett ikke har vært bevisst nok på min egen posisjon som intervjuer og at jeg derfor har ledet informantene til å gi likelydende svar.

Det er naturligvis ikke til å unngå at man som intervjuer ikke farger datamaterialet man får fram. Jeg kan også identifisere en utvikling av min forståelse av temaet fra første til siste intervju. Denne endrede forståelsen representerer en endring bort fra min opprinnelige forforståelse og over mot helt andre temaer. Jeg tror derfor ikke at min forståelse har svekket materialet mitt eller at jeg har brukt intervjuene til å bekrefte noe jeg visste fra før. For meg framstår en del av materialet jeg satte igjen med som *ny kunnskap* som avviker fra min forforståelse.

Det som jeg derimot ikke kan utelukke er at min manglende erfaring som intervjuer gjør at jeg er mindre flink til å gå i dybden og å nyansere intervjuet. Under transkripsjonen har jeg flere plasser identifisert utsagn hvor jeg i ettertid skulle ønske at jeg hadde bedt informantene om å utdype utsagnet sitt. Jeg har naturligvis hatt muligheten til å kontakte informantene i ettertid for å tilby dem muligheten til å komme med utdypende kommentarer men dette har jeg valgt å ikke gjøre. Jeg gjorde den vurderingen at jeg, med tanke på tidsbruk, måtte fokusere på å få mest mulig ut av det foreliggende materialet.

Til sist er det også en mulighet at materialet mitt inneholder langt større nyanser enn det som jeg har klart å få fram i løpet av arbeidet med denne oppgaven. Jeg har også gjort analysearbeidet på egenhånd og er, også på dette området, en nybegynner.

4.4 Presentasjon av resultatene

Som jeg beskriver i innledningen til resultatkapittelet så velger jeg en relativt helhetlig framstilling av materialet med få hovedtemaer. Jeg har også valgt å inkludere konstruktene i presentasjonen. Denne måten å presentere materialet på støtter opp under inntrykket av at framstillingens fokus er på materialets helhet og homogenitet heller enn på nyanser og motsetninger innad i materialet. Dette valget har jeg gjort bevisst: Temaet for oppgaven er ikke beskrevet før og jeg følte derfor en viss forpliktelse til å gjengi en stor del av materialet slik at oppgaven gir en oversiktlig framstilling av temaet som helhet. Heller enn å bruke interne motsetninger og tvetydigheter i materialet som kilde til diskusjon ønsker jeg derfor å basere min diskusjon på å sette materiale, som helhet, i en kontekst basert på ytre faktorer (se diskusjon av resultatet under).

I ettertid har jeg vurdert om denne lojaliteten til datamaterialet kan være et resultat av at jeg selv tilhører faggruppen som jeg intervjuer. Jeg har kanskje vært opptatt av å vise fram en del av vårt praksisfelt som jeg oppfatter som god.

5.0 DISKUSJON: RESULTATAVSNITT

Mine informanter beskrev alle at å forholde seg til pasientens jobbsituasjon er en viktig del av deres praksis. De er opptatt av temaet. Innad i min gruppe med informanter så ser det ut til at det eksisterer noen tydelige og viktige særtrekk. Dette er påfallende med tanke på at det, naturligvis, ikke eksisterer noen retningslinjer for hvordan psykomotorikere skal forholde seg til denne typen arbeid.

Psykomotorikere opplever at de gjør denne typen arbeid i et tett samarbeid med pasienten. Informantene mine forteller at det å jobbe med hva pasientene tenker om sykemelding er en viktig del av den totale psykomotoriske prosessen. Det å stimulere til refleksjoner hos pasienten rundt sin egen situasjon er en fruktbar innfallspurt til terapien som integreres i en helhetstenkende tilnærming fra terapeutens side.

Informantene er tydelige på at de ikke opplever at de har en ”portvokterrolle” ovenfor trykkesystemet, eller at de er legens forlengede arm. Deres allierte er først og fremst pasienten. Denne privilegerte posisjonen er et viktig grunnlag for en rekke ”roller” som terapeuten veksler imellom ovenfor pasienten: Ifra å være en relativt konfronterende, og inngripende terapeut som er ute etter å skape endring, til å være en støttende og ”beskyttende” alliert.

5.1 HVORFOR ER PRAKSISEN SLIK DEN ER?

På samme tid så beskriver de at de føler at de har en viktig rolle i sine pasienters sykemeldingsprosess. Min hypotese er da at årsakene til at de bidrar på den måten de gjør må komme innenfra deres praksis, måten den er organisert på og måten terapeutens rolle formes i møte med pasientene.

5.1.1 Fysioterapeutens status, rolle og jurisdiksjon

Psykomotorikerens funksjon i sykemeldingsarbeidet forankres i roller som psykomotorikeren inntar i møtet med pasienten heller enn i jurisdiksjon. Alle mine

informanter beskriver, og er tydelige på, at de ikke opplever at de har noen portvokter-rolle. Pasientenes forventning om hva en psykomotoriker kan gjøre for dem er dermed annerledes enn forventningen om hva en lege skal, og kan, gjøre. Terapeuten har for eksempel ingen plikt til å ta stilling til om hvorvidt pasienten skal være sykemeldt eller ikke.

Min analyse er derfor at rollen som sykemeldende behandler er gunstig rolle å ha i møtet med pasienten. Den er en privilegert rolle som muliggjør typer samhandling som en behandler med rett til å sykemelde ikke har.

Abbott (1988) påpeker at med jurisdiksjon følger også mer, eller mindre, strenge krav om å utføre oppgaven som ykresgruppen har jurisdiksjon over. Sykemelding er, stort sett, under legens jurisdiksjon og slik beskrevet i innledningen så er det å sitte som portvokter ikke en uproblematisk rolle. Man møter på konflikter mellom faglig autonomi, pasientens autonomi og økonomiske incentiver (Carlsen & Nordheim 2005). Pasienter er stadig bedre informerte og det kunnskapsmessige asymmetriske forholdet mellom pasient og helsearbeider blir endret. Dette må sees i sammenheng med at profesjoners ”makt” hviler, blant annet på deres monopol på enkelte kunnskapsområder. Dersom dette monopolet rokkes ved så enders hele profesjonens maktforhold (Molander & Terum, 2008)

Videre så medfører det å ha rett til å sykemelde, at man forpliktes til å ta stilling til det. Dette medfører at pasientens agenda er annerledes hos en sykemeldende behandler enn hos en som ikke kan sykemelde. Pasienten vil kanskje ha temaet avklart og når legen merker pasientens appell eller hører den eksplisitte forespørselen så må legen ta stilling til hvorvidt pasienten skal være sykemeldt eller ikke. Temaet fører til en problemorientering (et praktisk problem skal løses) og utfallet vil prege den videre relasjonen. Det er godt beskrevet hvordan pasienters forventninger og krav i stadig større grad påvirker hvordan leger utøver sitt yrke. Se for eksempel Arnesen og Fredriksen (1995).

Utøvelsen av skjønn framheves som noe som ligger i kjernen for profesjonelt arbeid. Freidson bruker det engelske begrepet ”discretionary judgement” (Freidson 2001). Jeg vil argumentere for at psykomotorikeres valg om å jobbe med sykemelding dreier seg om utøvelse av slikt skjønn. Psykomotorikerne velger å definere denne arbeidsoppgaven som viktig og aktuell basert på sin fagkunnskap og pasientens behov. De utøver et av sine privilegier som profesjonelle når de gjør det. Ironisk nok så kan man si at en allmenn lege i mindre grad er fri til å utøve skjønn på dette området i den forstanden at hun ikke kan velge å *ikke* forholde seg til pasientens sykemeldingsstatus⁴.

Sett i et slikt perspektiv så er det min vurdering at det ikke automatisk er slik at å inneha rollen som sykemeldende behandler automatisk er mer positivt enn å ikke ha det. Ikke bare medfører det flere plikter ovenfor både staten og pasientene men den medfører også at man mister en del goder som kun er tilgjengelige dersom man *ikke* er en behandler med rett til å sykemelde.

5.1.2 PMF tradisjonen og fagforståelse

Som det poengteres av alle informantene så er PMF tradisjonen en paraply over arbeidet de gjør. Arbeid knyttet til sykemelding er integrert i den øvrige behandlingen. Alle informantene framhever også den psykomotoriske helhetstenkningen som en viktig begrunnelse for hvorfor de selv oppfattet det som viktig å jobbe med pasientens arbeidssituasjon. Til dels er denne helhetsforståelsen et uttrykk for et grunnsyn som utgjør deres forståelsesramme. Dels er den basert på samtale. Ikke minst beskriver de også at en viktig del denne helhetsforståelsen kommer ifra den kliniske psykomotoriske funksjonsundersøkelsen og behandlingen.

Det framheves flere ganger av informantene at de opplever at de som psykomotorikere ser ut til å stå i en særstilling når det kommer til både evne og anledning (se under om tidsbruk) til å tenke helhetlig.

⁴ For øvrig er det godt beskrevet hvordan resten av deres rolle som portvoktere er preget av stor grad av skjønn. Se for eksempel Anders Molanders i ”Profesjonelt skjønn i velferdsstaten: Mekanismer for ansvarliggjøring” i Molander & Smeby 2013.

Kontroll over denne fagkunnskapen er ett av godene som psykomotorikere rår over. Følgene av dette vil være at *helhetstenkning* rundt pasienter er psykomotorikerens virkeområde og at sykemelding og jobbsituasjon dermed faller inn under dette.

Videre så angir informantene en oppfatning av at det å være i jobb er noe som de oppfatter som viktig og helsefremmende. Å hjelpe en pasient til å være i jobb er et mål i seg selv.

5.1.3 Organisering av praksis

Et gjennomgående tema som presenteres av informantene er hvor viktig det er at de kan ha lange konsultasjoner og lange forløp. De opplever at dette gir rom til at tillitsforhold oppstår imellom pasienten og terapeuten og at samtaler om jobb og sykemelding kommer naturlig i et slikt forhold. Nøyaktig hva som tilrettelegger for denne tidsbruken kommer ikke klart fram:

Hvilken rolle takstsystemet har i dette nevnes ikke eksplisitt av informantene. Dette skyldes antageligvis at jeg ikke spurte konkret om det: Under intervjuene tok jeg det rett og slett som en selvfølge. Informantene gir inntrykk av at dette med tidsbruk er forankret i deres forståelse av hva som er god psykomotorisk praksis. Det følger dog også logisk at de økonomiske og organisatoriske rammene som fastlegges i ordningen med driftstilskudd legger til rette for tidsbruken. Siden alle mine informanter har driftstilskudd så er heller ikke materialet egnet til å si om hvordan praksisen ser ut hos psykomotorikere som sin praksis uten tilskudd.

5.1.4 Pasientene

Informantene framhever at de har pasienter med sammensatte problemer. Dette var i tråd med hva man allerede vet om pasienter som oppsøker psykomotorisk fysioterapi (se ”kort om psykomotorisk fysioterapi” i innledningen). Informantene beskriver at resultatet av dette, kombinert med lange ventelister er at svært mange av deres

pasienter allerede er sykemeldte, på arbeidsavklaringspenger eller uføre før de kommer i gang med psykomotorisk behandling. Dette har to konsekvenser:

Den første konsekvensen er at det er rimelig å anta at pasientenes sammensatte behov øker sannsynligheten for at de faktisk er i en prosess knyttet til sykemelding hvor det er naturlig å involvere psykomotorikeren.

Den andre konsekvensen av å komme på banene sent i enkelte pasienters forløp er at psykomotorikerens bidrag til sykemeldingsarbeidet blir dreid mot oppfølging av en allerede igangsatt prosess. På samme tid beskriver også informantene at de av og til får pasienter som ikke er sykemeldte men som helt klart burde være det. Disse mer "akutte" tilfellene er dog angivelig sjeldnere.

5.2 ET ARBEID SOM FORBLIR PÅ KONTORET

Som beskrevet over så ser det ut til at mange av årsakene til at sykemelding og jobb er så viktige temaer i psykomotorisk behandling er årsaker som kommer ifra "innsiden" av den psykomotoriske praksisen og at det knytter seg til psykomotorikerens rolle mer enn status. Det kan dog argumenteres for at dette arbeidet også forblir inne i den psykomotoriske praksisen og at det på mange måter er lite synelig utad.

5.2.1 Kommunikasjon med samarbeidspartnere

Informantene beskriver at de i enkelte tilfeller anser det som et mål i seg selv at pasientene skal forholde seg til legen uten at psykomotorikeren bidrar som "mellommann" eller ved sende med uttalelser og epikriser etc. En slik praksis er faglig godt begrunnet (se over) men har som følge at psykomotorikerens bidrag kan bli usynliggjort og dermed marginalisert.

I tillegg til at informantene oppfatter at leger og andre kan lite om oss som faggruppe så er det også praktiske forhold som vanskeliggjør samhandling:

Informantene beskriver samarbeidet med legen som vanskelig fordi de ofte er utilgjengelige. Dersom psykomotikerne har behov for å kommunisere med legen blir resultat ofte brev.

De beskriver dessuten at det å skrive et brev også er en måte å forsikre seg at både legen og pasienten forholder seg til psykomotikerens uttalelse. Det er en huskelapp med et formelt tilsnitt. Denne formidlingen av vår praksis igjennom et skriftlig medium har implikasjoner for hvordan praksisen framstilles. Det er beskrevet hvordan det å skrive noe ned ”fikserer språket” og skaper en forestilling om at noe ”er” i stedet for at det ”skjer”. Det gjør det mer formelt og skaper en oppfatning av sannhet og stabilitet (Ricouer 1981, Thornquist 2009).

Det å skrive ned noe fører til en avpersonifisering av teksten. Det som skrives er ikke i en 1:1 representasjon av virkeligheten. På samme tid så er det langt mer tidkrevende og utfordrende å sette ord på kvalitative, ”tykke beskrivelser” enn på kvantitativ data (Thornquist 2009). Informantene stresser alle at de skriver kort og konsist og at de skriver med et språk som er relativt vasket for psykomotorisk fagspråk. Jeg har et inntrykk av at det skriftlige språket i terapeutenes epikriser er mer ”muntlig”. De beskriver at de ofte sender brevet med pasienten og dette medfører at pasienten er leser av brevet. Videre så formidler de sin faglige vurdering til en annen yrkesgruppe som ikke deler en del av deres bakgrunnsforståelse. Deres framstilling, både muntlig og skriftlig, av pasienten og problemet preget av en vridning mot lesbarhet og ”common-sense” argumenter som skal tenkes å ha en allmenn, og intuitiv gyldighet. Dette må sees i motsetning til å presentere sin faglige vurdering som en esoterisk kunnskap som kun helsepersonell, eller til og med små grupper innad i helseprofesjonene har tilgang til.

Resultatet er at mye av fagets kunnskap og egenart ikke presenteres. Den kunnskapen som vår profesjon har blir i liten grad hevet fram. Den ofres på bekostning av lesbarhet. Selve ordet ”common” i common-sense henviser jo nettopp til at argumentasjonen skal være tilgjengelig for alle. Kunnskap, og især esoterisk fagkunnskap, er et potent uttrykk for en profesjons identitet og maktbase (Freidson

2001). Denne effekten forsvinner nok når kunnskapen forblir taus og når den i liten grad festes til papiret. Taus kunnskap har langt lavere status enn kunnskap som er skrevet ned (Thornquist 2009). Det å anvende akademisk, og formell, kunnskap har også langt større status enn å anvende taus kunnskap. De yrkene som baserer sin utøvelse på akademisk kunnskap har langt høyere status enn de som baserer sin utøvelse på taus kunnskap. Innad idisse yrkene har som oftest også de utøverne som jobber utelukkende med den akademiske kunnskapen høyere status enn de som samtidig må forholde seg til de praktiske (les: kliniske) aspektene av yrket (Abbott 1988).

5.3 DISKUSJON: KONSEKVENSER OG IMPLIKASJONER

5.3.1 Konsekvenser for den kliniske praksisen

Basert på mitt datamateriale, er det min oppfatning at psykomotorikere, allerede i dag, gjør et viktig bidrag ovenfor sine pasienter når det kommer til prosesser knyttet til pasientenes jobbsituasjon, sykefravær osv. På samme tid vil jeg påpeke at oppgavene ikke er formaliserte; verken som juridisk, eller som noe som er basert på formelle faglige retningslinjer. Praksisen er heller ikke beskrevet i skriftlige kilder.

På bakgrunn av de overnevnte funnene og min analyse av disse mener jeg at dagens praksis er tett knyttet til organiseringen av psykomotorikeres praksis, til gruppens nåværende status og de rollene denne statusen muliggjør. En av de viktigste enkeltfaktorene er etter min mening psykomotorikeres rolle som noen som *ikke er portvoktere*. Dersom psykomotorikere skulle blitt primærkontakter så ville konsekvensene vært at deres praksis knyttet til sykemelding ville blitt endret.

Det er vanskelig å si hva som ville vært konsekvensene av en endret praksis, og om endringene er hensiktsmessige eller ikke. Det jeg dog ønsker å poengtere er at praksisen slik den er beskrevet for meg i mitt datamateriale er godt faglig begrunnet. Den er forankret faglig i en *generell fysioterapeutisk fagtradisjon* og i en

psykomotorisk fagtradisjon. Praktisk sett er utøvelsen tett knyttet til den øvrige psykomotoriske kliniske praksisen og pasientens behov. Det psykomotoriske håndverket (den psykomotoriske undersøkelsen og behandlingen) oppgis å være en viktig kilde til kunnskap om pasienten .

På grunn av dette er praksisen særegen. Jeg vil gå så langt som til å si at den er unik og ikke minst kvalitativ annerledes sammenlignet med de yrkesgruppene som har rett til å sykmelde. På samme tid så er det tydelig at psykomotorikerens fagforståelse og praksis (fokus på funksjon) er i tråd med folketrygdens sykdomsvilkår⁵.

Siden dagens praksis slik jeg beskriver den er basert på flere faktorer som nødvendigvis vil endre seg dersom man innfører en ordning som er basert på manuellterapeutenes primærkontaktrolle så er dagens praksis sårbar for en slik endring. En mulig konsekvens ved at man endrer på praksisen på denne måten kan være at man ”*kaster babyen ut med badevannet*” og erstatter dagens praksis med en praksis som i større grad er diktet fra utenfor faggruppen og den kliniske praksisen.

5.3.2 Konsekvenser for profesjonens sosiale- og kommunikative makt

Sett i en slik sammenheng så er det uheldig for psykomotorikere som profesjon at deres bidrag i arbeid med sykemelding er lite synelig. Det er et bidrag som er godt faglig begrunnet, men det som gagnar pasienten er kanskje ikke det som yrkesgruppen som helhet profiterer på.

Hvilke konsekvenser har dagens praksis for profesjonens *sosiale makt*? Min vurdering er, som nevnt over, at psykomotorikerens bidrag i dag er faglig viktig og unikt. Det å råde over (og å ha monopol på) spesialisert fagkunnskap er, som beskrevet innledningsvis, en av de viktigste forutsetningene for enhver profesjons suksess. Min vurdering er derfor at praksisen, slik den er i dag, vil kunne være en kilde til sosial makt for den psykomotoriske profesjonen.

⁵ ”Sykepengene ytes til den som er arbeidsufør på grunn av en funksjonsnedsettelse som klart skyldes egen sykdom eller skade.”

Praksisen slik den er i dag er dog, av flere årsaker, lite synelig. Resultatet er, etter min mening, at psykomotorikerens faglige bidrag i sykemeldingsarbeid i liten grad utnyttes for å styrke profesjonens kommunikative makt.

Hva ville vært konsekvensene dersom psykomotorikere blir primærkontakter? Vil da den økede autonomien føre til mer eller mindre synlighet? Hva med, for eksempel, kontakt med legen? Selv om det i dag er tilfeller hvor psykomotorikeren ender opp med å være lite synelig så er dette bare én del av tilfellene. Mange psykomotorikere samarbeider og kommuniserer tross alt godt med leger. Dersom flere av pasientens problemer kunne blitt løst inne på psykomotorikerens kontor, ville det bety at det ble mindre nødvendig å forholde seg til pasientens lege? Er det en mulighet for at primærkontaktrollen vil styrke yrkesgruppens sosiale makt mens den svekker gruppens kommunikative makt ved at en større andel av psykomotorikerens arbeid forblir på kontoret deres og at gruppen dermed blir *mer* usynlig?

5.3.3 Avsluttende bemerkning

Debattene omkring fysioterapeuters utvidede rettigheter har, etter min mening, ofte vært preget av en relativt splittet dragkamp mellom at utvidet jurisdiksjon på en side vil komme pasienten til gode igjennom, for eksempel, raskere pasientforløp og eller på en annen side, at det vil svekke fastlegens portvokterrolle og at resultatet er et uvettig overforbruk av helsetjenester og trygdegoder.

Mitt håp er at denne oppgaven vil kunne bidra til en mer nyansert debatt: Både ved å belyse dagens praksis, men også ved å belyse eventuelle konsekvenser ved å endre den.

Ikke minst bør vil jeg oppfordre til å tenke nøye igjennom hva psykomotorikere kan bidra med som er særegent for denne gruppen og hvordan bør dette få diktere hvordan praksisen skal utformes framover.

Litteraturliste

- Aabakken L, Aabakken B, Øfsti L et al. (1991) Psykomotorisk fysioterapi - pasientenes utgangspunkt og deres vurdering av behandlingsresultatet. Tidsskr Nor Lægeforen 111: 1619-23.
- Abbott A. (1988) The system of professions. Chicago: University Press of Chicago.
- Anderssen EJ. (2003) Funksjonsvurdering til besvær? Tidsskriftet 20/2003
- Arnesen T, Fredriksen S. (1995) Coping with obligations towards patient and society: an empirical study of attitudes and practice among Norwegian physicians. Journal of medical ethics 1995; 21: 158-161
- Aslaksen A. (2010) Ledelsesutfordringer i en radiologisk avdeling. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130:1451-2
- Berg O. (1978) Medisin og det moderne samfunn. I: Ringen A (red). Helsepolitikk og samfunn. Oslo: Tiden. S. 13-31
- Breivite MH, Hynninen M, Kvale A (2008). Emosjonelle symptomer og helseplager hos pasienter som oppsøker psykomotorisk fysioterapi. Fysioterapeuten 12:19-26.
- Carlsen B, Norheim F. (2003) Introduction of the patient-list system in general practice. Changes in Norwegian physicians' perception of their gatekeeper role. Scand J Prim Health Care 2003;21:209_213. ISSN 0281-3432
- Carlsen B, Nordheim O (2005). "Saying no is no easy matter" A qualitative study of competing concerns in rationing decisions in general practice. BMC Health Services Research 2005, 5:70
- Carlsen B (2008). Dobbeltmoralens voktere? Intervjuer med fastleger om sykemelding. Tidsskrift for Velferdsforskning 11(4):259-275.
- Carlsen B (2010). The last frontier? Autonomy, uncertainty and standardisation in general practice. Health Sociology Review 19 (2) 260-272.
- Freidson E (2001). Professionalism, The third logic (1. Ed.). Polity Press. Cambridge UK.
- FOR 2005-12-21 nr 1668: Forskrift om unntak fra vilkåret om legeerklæring når kiropraktorer og manuellterapeuter dokumenterer arbeidsuførheten med erklæring
- Goffmann E. (1981) Forms of talk. Pennsylvania: University of Pennsylvania, 1981.
- Goffmann E. (1981) Stigma: Notes on the management of spoiled identity. Harmondworth: Penguin Books, 1981.
- Goffmann E. (1983) The interaction order. American Sociological Review 1983; 48: 1-17.
- Gritzer G, Arluke A. (1985): The making of rehabilitation – A political economy of medical specialization, 1890-1980. University of California press, Berkley.
- Gøtsche P. (2007) Rational Diagnosis and Treatment. 4. Ed. John Wiley and Sons.
- Helsedirektoratet (2011) Faglig veileder for sykemeldere (www.sykemelderveileder.helsedirektoratet.no)
- Hem K. G. (2010) Rapport: Hva koster sykefraværet? Sintef (http://www.nho.no/getfile.php/bilder/RootNY/filer_og_vedlegg1/sintefrapport%202010.pdf)
- Ihlebak C, Lærum E. (2004) Plager flest – koster mest – muskel-skjelettlidelser i Norge. Nasjonale ryggnettverk.
- Jenum PA. et. al. (2005) Overrekvirering av laboratorieanalyser i medisinsk biokjemi. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125:2509-11
- Guldbrandsen P, Høye I M. (2001) Fraværet skal ned – hva forventes av legene? Tidsskriftet 28/2001

- Kvale S. Brinkmann S. (2010) Det kvalitative forskningsintervju. 2. Utgave. Gyldedal Norsk Forelag 2009.
- Little P. Dorward M. Warner G. Stephens K. Senior J. Moore M.(2004): Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. BMJ, doi:10.1136/bmj.38013.644086.7C (published 13 February 2004)
- Molander A. Terum LI. (red) (2008): Profesjonsstudier I. Universitetsforelaget. Oslo.
- Molander A. Smeby JC. (red) (2013): Profesjonsstudier II. Universitetsforelaget. Oslo.
- NAV (2011) Sykemelding – en håndbok i hvordan sykemelde (http://www.nav.no/Helse/_attachment/220636?download=true)
- NAV: Sykefraværtdagsverk 4 kv 2001-2008 Diagnose og kjønn. <http://www.nav.no/191025.cms>, lastet 25.06.2012.
- Payton O (1985) Clinical reasoning process in physical teharapy. Physical Therapy 65: 924-928
- Polit DF. Beck CT. (2010) Nursing Research – Gathering and assessing evidence for nursing practice. 9. Utg. Lippincott Williams & Wilkins, 2010.
- Ricoeur, P (1981) Hermeneutics and the human sciences. Cambridge: Cambridge University Press, 1981
- Rogers W. (2002) Whose autonomy? Which choice? A study of GP's attitudes towards patient autonomy in management of low back pain. Family practice nr. 2 vol. 19. Oxford university press 2002.
- Rudie, I. (1984) Myk start – hard landing. Oslo: Universitetsforelaget, 1984.
- Studieplan for psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi (2011) <http://uit.no/Content/282402/Studieplan%20psyk.fys%20rev.%20okt%2011.pdf>
- Thornquist E. (1995) Musculoskeletal suffering: diagnosis and a variant view. Sociology of health and illness.Vol 17. No. 2, 1995.
- Thornquist E. Bunkan BH. (1995) Hva er psykomotorisk behandling? Universitetsforelaget.
- Thornquist E. (2008) Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori. 3 opplag. Fagbokforlaget. Bergen 2008
- Thornquist E. (2009). Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten (2. Utg). Gyldendal Akademiske, Oslo.
- Werner EM. Lærum E. Ihlebæk C. (2002) Hva gjør primærlegen med ryggpasienten? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122:1800-3
- Zola IK. (1972) Medicine as an institution of social control. Sociological Rev 20: 487-504.
- Zusman M. (2012): The modernization of manipulative therapy. International Journal of Clinical Medicine, Vol. 2 No. 5, 2011, pp. 644-649.

VEDLEGG 1: Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet

”Psykomotorikeres bidrag i sykemeldingsarbeid – en intervjustudie”

Bakgrunn

Det følgende inneholder viktig informasjon og min masteroppgave om din deltagelse i den som informant. For å kunne gi et informert samtykke er det viktig at du har satt deg nøye inn i informasjonen i dette dokumentet.

Som en del av masterprogram i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi skal undertegnede skrive en lengre vitenskapelig oppgave. Oppgavens tema er som følgende:

”Hvordan bidrar psykomotorikere til sykemeldingsarbeide i kommunehelsetjenesten? Hva gjør de rent praktisk og hvilke begrunnelser og motivasjoner har de for å gjøre slik?”

Temaet er ikke beskrevet i noen stor grad før igjennom et vitenskapelig arbeide og man kan anse problemområdet som interessant både ifra et klinisk og et fagpolitisk ståsted. Man kan derfor anta at prosjektet f.eks vil kunne yte data som kan legge grunnlaget for et større prosjekt med samme problemområde. Studiens nytteverdi er derfor knyttet til en generell kunnskapsutvikling for PMF fagfeltet igjennom å belyse et lite og taust, men viktig område av vår fagutøvelse.

Intervjuet og din deltagelse

Jeg har valgt en kvalitativ forskningstradisjon og vil derfor forsøke å belyse mitt problemområde ved å intervju et lite antall psykomotorikere.

I den anledning ønsker jeg og gjennomføre et intervju med deg. Din deltagelse vil bli anonymisert og det skal ikke være mulig å navngi deg på bakgrunn av å lese den ferdige oppgaven.

Intervjuet vil bli gjennomført etter en løst skrevet intervjuguide som vil være basert på problemstillingen. Det første punktet i intervjuguiden er for eksempel:

”Hvordan bidrar du nå, eller har du bidratt tidligere til sykemeldingsarbeide rundt pasienter du har eller har hatt? Kom gjerne med et eller flere konkrete, kliniske eksempler!”

Intervjuet vil vare i ca 45 minutter og vil bli tatt opp på digital diktafon. På begynnelsen av intervjuet vil jeg lese opp en kort samtykke-erklæring som jeg baserer på dette dokumentet. Den vil lyde slik (med forbehold om endring)

”Jeg Anders Lauridsen bekrefter å ha gitt tilstrekkelig informasjon om studien, og forplikter meg til å holde deltakerne orientert om evt. endringer av betydning for deres deltakelse. Er du *NAVN*, på grunnlag av den mottatte informasjon, villig til å delta i studien?”

Ved å fortsette intervjuet etter å ha hørt meg lese dette, antas det at du gir ditt samtykke til at informasjonen som du gis blir behandlet slik jeg beskriver i dette dokumentet.

Hva vil skje med informasjonen om deg

Lydfilen vil være det eneste lagrede medium som kan inneholde informasjon som kan identifisere deg. Dette opptaket har kun jeg og min veileder (Anne Gretland) tilgang til. Merk at med mindre noe ekstraordinært skulle tilsi det så er det KUN JEG som vil høre igjennom denne lydfilen. Jeg er forpliktet til å oppbevare lydfilen i 2 ÅR etter at oppgaven innleveres. Lydfilen vil kun bli lagret på diktafonen og vil ikke bli overført til PC.

Etter at intervjuet er gjennomført vil lydfilen transkriberes til tekst direkte fra diktafonen. Transkripsjonen skal være av en slik beskaffenhet at man ikke skal kunne identifisere deg selv om man leser hele dokumentet. Dette innebærer at alle personopplysninger og kjennetegn som måtte oppgis på lydfilen (kjønn, alder, bosted etc) vil bli redigert ut. Videre så vil transkripsjonen skrives på bokmål uavhengig av din opprinnelige dialekt. All informasjon som brukes til analysedelen av oppgaven vil hentes fra slike transkriberte (og anonymiserte) intervjuer.

Studien er ikke meldt til Regional Etisk Komité eller til Norsk Samfunnsvitenskaplige Datatjeneste. Dette er ikke nødvendig siden oppgaven

- 1) Ikke tar benytter pasienter som informanter.
- 2) Lydfilene fra intervjuet vil ikke bli lagret på PC; kun på diktafonen.

Frivillig deltagelse og rett til innsyn i materialet

Det er viktig at du forstår at ditt informerte samtykke kun kan gis etter at du har lest dette dokumentet og diskutert eventuelle uklarheter med meg. Videre er det også slik at dersom du ønsker, så kan du be om å få tilsendt transkripsjonene av intervjuet for å lese igjennom den. Etter intervjuet kan du velge å trekke din deltagelse fullstendig eller delvis ved å kreve at uklare partier redigeres ut av transkripsjonen.

Du må være forberedt på at oppgaven, eller deler av den kan bli publisert som en artikkel i en nasjonalt eller internasjonalt tidsskrift.

Dersom prosjektet avbrytes eller endres vesentlig er jeg forpliktet til å gi deg beskjed.

Ulemper og plikter ved deltagelse

Undersøkelsen vil ha et lite antall deltagere. Med tanke på vår faggruppes størrelse bør du derfor holde din deltagelse hemmelig. Dette innebærer f.eks at du er diskret dersom du jobber i gruppepraksis med å skrive i timeboken din osv. Videre så er det

også ønskelig at vi treffes på et annet sted enn din arbeidsplass. Jeg vil naturligvis være behjelpelig med å finne et slikt sted MEN jeg ønsker å be deg om å vurdere å la meg treffe deg hjemme hos deg etter arbeidstid.

Økonomi

Det gis ingen økonomisk kompensasjon for deltagelse i dette prosjektet. Dersom prosjektet påfører deg ekstraordinære utgifter vil disse bli dekket.

Kontaktinformasjon

Dersom du ønsker kontakt med meg eller min veileder kan du bruke følgende informasjon:

Student: Anders Lauridsen
Mob. 97567926
Epost anderslauridsen@ymail.com

Veileder: Anne Gretland
Fakultet for helsevitenskap, Institutt for helse og omsorgsfag
Universitetet i Tromsø
9037 Tromsø
Tlf. 77660694
Epost

MVH

Anders Lauridsen

14.12.12 Vestre Jakobselv

VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDEN

Under følger hovedpunktene som jeg vil skal dekkes i intervjuet. Punktene er formulert som spørsmål og oppfølgingsspørsmål, men teksten må heller oppfattes som en huske- og sjekklister for meg selv. Det er ikke nødvendigvis slik at spørsmålene skal stilles ordrett. Intervjuet vil være semi-strukturert og er åpent for å stille spørsmål og følge opp temaer som ikke står i guiden.

Merk at denne intervjuguiden er ikke endelig og kan bli endret før intervjuet.

- *Hvordan bidrar du nå, eller har du bidratt tidligere til sykemeldingsarbeid rundt pasienter du har eller har hatt? Kom gjerne med et eller flere konkrete eksempler!*
- *Kan du gi noen (flere) konkrete eksempler fra din kliniske hverdag på hvordan du gjør (eller har gjort) dette rent praktisk?*
- *Kan du fortelle litt om de konkrete faglige vurderingene som er veiledende for dine bidrag i sykemeldingsarbeid? Hvilke faglige tradisjoner er dominerende? Kom gjerne med konkrete eksempler!*
- *Kan du fortelle litt om de konkrete praktiske hensynene som påvirker ditt bidrag? Hva legger til rette for ditt bidrag og hva hindrer ditt bidrag. Kom gjerne med konkrete eksempler!*
- *Kan du fortelle litt om når du føler at det er viktig (for pasienten) at du bidrar til sykemeldingsarbeidet? Si også litt om hvorfor du opplever at det er viktig i disse tilfellene. Kan du komme med noen konkrete eksempler?*

Ekstraspoørsmål dersom tiden strekker til eller blir kort:

- *Hva tenker du om å eventuelt få rett til å sykemelde – for eksempel slik som manuellterapeutene har i dag? Har du noen tanker om hvordan psykomotorikere kunne nyttegjort seg av en slik rettighet? Er det noen særskilte kliniske eller praktiske hensyn som ville preget en slik praksis?*