



# **Elektroniske refusjonskrav til HELFO – en kilde til kunnskap om psykomotoriske fysioterapeuter?**

Vidar Øien

Mastergradsoppgave i helsefag, studieretning psykiatrisk og  
psykosomatisk fysioterapi

Institutt for helse- og omsorgsfag,

Det helsevitenskapelige fakultet

Universitetet i Tromsø

Mai 2013

Navn: Vidar Øien	Dato: 14 Mai 2013
Tittel: Elektroniske refusjonskrav til HELFO - en kilde til kunnskap om psykomotoriske fysioterapeuter?	
Mastergradsoppgave i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi. Institutt for helse- og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø.	

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Når fysioterapeuter i privat praksis hever trygderefusjon for behandling av pasienter, sender de inn et elektronisk oppgjør til Helseøkonomiforvaltningen (HELFO). Informasjonen i dette oppgjøret blir lagret i en database som brukes av offentlige myndigheter til ulike analyser og rapporter av fysioterapeutenes praksis. Majoriteten av psykomotoriske fysioterapeuter arbeider i privat praksis og sender inn informasjon til denne databasen. Av informasjonen som blir lagret i databasen er det spesielt interessant at det lagres diagnosekoder, fordi psykomotorisk fysioterapeuter har en formulert annen sykdomsforståelse enn den klassisk biomedisinske sykdomsforståelsen diagnoser har sitt utspring i. HELFO databasen er et lite utforsket aspekt av psykomotoriske fysioterapeuters praksis som det er interessant å se nærmere på.

**Problemstilling:** «Hvilket forhold har psykomotoriske fysioterapeuter til den informasjonen de sender inn til HELFO ved elektronisk refusjon av pasient behandlinger, og hvordan står psykomotoriske fysioterapeuters vurdering i forhold til henvisende behandler diagnose?»

**Materiale og metode:** Studiet er et deskriptivt kvalitativt tverrsnittstudie. Gjennom en analyse av data fra transkriberte intervju med tre psykomotoriske fysioterapeuter er det utviklet et empirisk materiale. Dette empiriske materialet har dannet utgangspunktet for å belyse problemstillingen. Målet var å holde den initiale analysen og tolkningen av funnene empirinære. I den videre drøftingen har det vært trukket inn aktuell teori for å belyse funnene, særlig relevante perspektiv har vært sykdomsforståelse, profesjonsteori og maktteori.

**Resultater og funn:** Gjennom analysen og drøftingen av har jeg kommet frem til følgende:

- Informasjonen som sendes inn til HELFO kan potensielt føre til en feilformidling av praksisen til de psykomotoriske fysioterapeutene.
- Diagnosestatistikken i HELFO databasen representerer trolig ikke på noe nivå psykomotoriske fysioterapeuter sin vurdering av pasientene.
- Informantene fremstår som autonome og gjør sine egne vurderinger som utgangspunkt for behandlingen de gir.
- Vurderingen som gjøres av informantene er et alternativ til den etablerte biomedisinske sykdomsforståelsen i helsevesenet.
- Informantenes vurdering synliggjøres ikke gjennom informasjonen de sender til HELFO.
- Informantene synes å foretrekke et avgrenset domene hvor de kan fokusere på pasientbehandling, og hvor legen har det medisinske ansvaret, foretar diagnosekoding som skal til HELFO og sorterer hvilke pasientene som henvises til psykomotorisk fysioterapi.

**Implikasjoner for framtidig forskning:** Ut i fra det som kommer frem i denne oppgaven kan det være behov for ytterligere forskning som ser på:

- Vurderingen som gjøres av psykomotorikere, hvordan den kommuniseres til omverden og hvilken form denne vurderingen da gis.
- Hele innholdet i HELFO databasen i forhold til fysioterapeuter sin praksis.
- Hvilken rolle er det behov for at psykomotoriske fysioterapeuter fyller i helsevesenet og hva ønsker yrkesgruppen selv?

**Nøkkelord:** Fysioterapi. Norsk psykomotorisk fysioterapi. Privat praksis. Profesjonalisme. Makt. ICPC. Diagnostisk virksomhet. Fysioterapiundersøkelse. Sykdomsforståelse. Reflektert praksis. Offentlig helseregister. HELFO. Henvisning. Lovgivning.

Name: Vidar Øien	Date: 14 May 2013
Title: Electronic welfare claims to HELFO – a source of knowledge of Norwegian psychomotor physiotherapy?	
Master thesis: Mastergrads program i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi. Institutt for helse- og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø.	

### **Abstract**

**Background:** When physiotherapists in private practice claim government welfare for their patient treatments, they send electronic claims to the Health economy administration (HELFO). The information contained within these claims is stored in a database that can be used by government agencies to produce different analysis and reports on the physiotherapist's practice. The majorities of Norwegian psychomotor physiotherapists work within private practice and contribute with information to this database. Of the information stored diagnostic codes are of particular interest, because psychomotor physiotherapists have a formulated different view on disease and health than the classical biomedicine model that diagnosis have their origins in. The HELFO database is mainly an unexplored aspect of the practice of psychomotor physiotherapist and is therefore of scientific interest.

**Research question:** «What relationship does psychomotor physiotherapist have to the information they send HELFO in their electronic treatment claims, and how does their own examination of the patient stand with regards to the referring diagnostician's diagnosis?»

**Data material and research method:** This is a descriptive qualitative cross-sectional study. Through an analysis of transcribed interviews with three psychomotor physiotherapist and empirical data material has been constructed. This empirical material has founded a basis for shedding light on the research question. It has been a goal to keep the initial analysis and interpretation of the findings on level with the empirical matter. In the discussion that follows relevant literature has been presented too shed some light on the findings. With regards to literature, perspectives on disease, professionalism and to some extent influence of power has been important topics for the discussion.

### **Main results and findings:**

- The information that is sent to HELFO can potentially lead to a misrepresentation of the psychomotor physical therapists practice.
- The diagnosis statistic in the HELFO database does probably not represent the psychomotor physical therapists assessment on any level.
- The informants come off as autonomous and do their own assessments as the basis of their patient treatment.
- The assessment done by the informants represent an alternative to the established view on disease and health in healthcare.
- The assessment made by the informants is not visible in the HELFO database.
- The informants seems to prefer a limited domain where they can focus on patient treatment, and the physicians retains the medical responsibility, performs diagnostic coding that gets sent to HELFO and sorts which patients get referred to psychomotor physical therapy treatment.

### **Implications for future research:**

- How is the assessment done by psychomotor physical therapist communicated outside their practice, and what form does this assessment then assume.
- A further study into the content of the HELFO database with regards to physiotherapy practice in general
- What role does the society need psychomotor physical therapist to fill, and what does this group of physiotherapists want for themselves?

**Keywords:** Physiotherapy. Norwegian psychomotor physiotherapy. Private practice. Reflected practice. Physiotherapy examination. Professionalism. Power of influence. ICPC. Diagnostics. Perspectives on disease. Government registries. HELFO. Referrals in healthcare. Legislation.

## **Forord**

Tusen takk til alle som har støttet meg i arbeidet med masteroppgaven. Særlig til min kone og sønn som har vært der for meg under hele prosjektet. Jeg retter også en stor takk til min veileder, førstelektor Anne Gretland, som har holdt meg engasjert gjennom hele prosessen. Jeg sender også en stor takk til informantene som stilte seg til disposisjon. Dette prosjektet har vært en spennende reise for en som har medfødte ord delingsvansker, har patologisk punktsetting, og er blitt dialektforvirret i vaksen alder. Jeg er evig takknemlig for min kones iherdige innsats som korrekturleser. Eventuelle gjenværende skrivefeil får stå for forfatterens egen regning. Tusen takk til min kone som leste korrektur på oppgaven. Dette kan ikke sies ofte nok....

## **Innhold**

1.0 Innledning.....	1
1.1 Prosjektets bakgrunn.....	1
1.2 Prosjektets hensikt .....	1
1.3 Problemstilling.....	2
1.4 Bakgrunnsinformasjon.....	2
1.4.1 Psykomotorisk fysioterapi i helsevesenet .....	2
1.4.2 Finansieringen av det private fysioterapitilbudet i kommunene .....	3
1.4.3 Det lagres informasjon ved refusjon av pasientbehandlinger .....	3
1.4.4 Diagnoser er sentrale i finansieringsmodellen for fysioterapi .....	4
1.4.5 Kort om fagforståelsen og pasientene som behandles med NPMF.....	5
2.0 Metode.....	7
2.1 Kvalitativ forskningsstrategi.....	8
2.1.1 Valg av tilnærming.....	8
2.1.2 Studiets design.....	8
2.1.3 Vitenskapsfilosofisk perspektiv .....	8
2.1.4 Forforståelse .....	8
2.2 Kvalitativt forskningsintervju .....	9
2.2.1 Halvstrukturert intervju .....	9
2.2.2 Utvalg.....	10
2.2.3 Forberedelser og gjennomføring av intervju.....	11
2.3 Analyseprosess.....	12
2.3.1 Transkripsjon.....	13
2.3.2 Koding.....	13
2.3.3 Analysemetode .....	14

2.4 Fremstilling av det empiriske materialet .....	16
2.5 Datakvalitet .....	17
2.5.1 Validitet .....	17
2.5.2 Reliabilitet .....	18
2.5.3 Generaliserbarhet .....	20
2.6 Forskningsetikk .....	21
3.0 Resultat .....	24
3.1 Diagnoser til besvær? .....	24
3.1.1 Hva mener informantene om diagnosekoding av pasientenes lidelser? .....	24
3.1.2 Hvilken sykdomsforståelse har informantene? .....	26
3.1.3 Hva mener de om å skulle formidle en vurdering av pasienten .....	30
3.2 Bare en regning til HELFO? .....	31
3.2.1 Formidling av informasjon til HELFO .....	31
3.2.2 Kjennskap til HELFO databasen .....	32
3.2.3 Diagnosekoding - arbeidsfordeling mellom lege og fysioterapeut .....	35
3.2.4 Informantenes refleksjoner under intervjuet .....	37
4.0 Teori .....	39
4.1 Helsevesenet - et system av profesjoner .....	39
4.2 Makt – noen perspektiver .....	40
5.0 Diskusjon .....	42
5.1 Posisjon, ansvar og arbeidsfordeling i helsevesenet .....	42
5.2 utfordringer ved moderne medisin .....	44
5.3 Hva kjennetegner vurderingene informantene gjør? .....	48
5.4 Rapporterte data skaper et bilde av fysioterapeutens praksis .....	50
5.4.1 Bruken av undersøkelsestakst blant psykomotoriske fysioterapeuter .....	51
5.4.2 Kan statistikk fra HELFO databasen skjule psykiske lidelser? .....	53

5.4.3 Hvilke muligheter har fysioterapeuter til å påvirke diagnosekodene? .....	55
5.5 Jurisdiksjon over utbetaling av offentlige trygdemidler .....	56
5.6 Hvilket behov for autonomi og jurisdiksjon uttrykker informantene? .....	59
5.7 Har det noe å si hvilken vurdering det er som løftes frem? .....	60
6.0 Avslutning .....	63
7.0 Litteraturliste .....	66
Vedlegg 1	
Vedlegg 2	

# 1.0 Innledning

## 1.1 Prosjektets bakgrunn

Under mitt mastergradsstudium i helsefag med fordypning i psykiatrisk og psykomotorisk fysioterapi, ble jeg kjent med at Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) har publisert en oversikt over private fysioterapeuters takstbruk (Paulsen og Nydal, 2011). Deres statistikk er basert på en stor og voksende offentlig database, som registrerer informasjon når det heves elektronisk trygderefusjon for fysioterapibehandling. Dette fanget interessen min fordi jeg fra før av vet at en stor andel av fysioterapeuter med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi arbeider i privat praksis. Denne gruppen fysioterapeuter omtales heretter som psykomotoriske fysioterapeuter eller psykomotorikere. I tillegg til at Paulsen og Nydal (2011) har benyttet databasen hos HELFO i sin publikasjon, har også Universitetet i Tromsø (UiT) (2010) brukt den til å presentere en oversikt over alder og diagnosefordeling for pasienter som behandles hos psykomotoriske fysioterapeuter.

Denne databasen inneholder store mengder informasjon om fysioterapeuters praksis, og særlig det at den inneholder diagnosekoder fanget interessen min. Dette er en viktig del av den offentlige sykdomsstatistikken, og et slikt register kan trolig brukes til alt fra helseovervåking, forskning, kvalitetsforbedring av helsetjenester, administrasjon og styring av ressurser. I informasjonen som sendes til HELFO når det heves refusjon, er det henvisende behandlerens diagnosekode og ikke den psykomotoriske fysioterapeutens vurdering som videreformidles. Det er også slik at psykomotorisk fysioterapi ikke er rettet mot spesifikke diagnoser. Fordi informasjonen som ligger i HELFO sin database kan brukes til betrakte praksisen til de psykomotoriske fysioterapeutene, mener jeg dette er noe som det er viktig å utforske nærmere.

## 1.2 Prosjektets hensikt

I denne oppgaven ønsker jeg å se nærmere på hva psykomotoriske fysioterapeuter forteller om sin praksis i forbindelse med informasjonen de formidler til HELFO. Gjennom dette ønsker jeg å synliggjøre utfordringer og kvaliteter ved denne gruppen fysioterapeuter som kan være viktig både for gruppens egen «selvforståelse», samt bidra til å bedre innsynet fra utsiden.



### **1.3 Problemstilling**

«Hvilket forhold har psykomotoriske fysioterapeuter til den informasjonen de sender inn til HELFO ved elektronisk refusjon av pasient behandlinger, og hvordan står psykomotoriske fysioterapeuters vurdering i forhold til henvisende behandler diagnose?»

### **1.4 Bakgrunnsinformasjon**

Denne redegjørelsen vil være en innføring i oppgavens interessefelt, fordi jeg tror at verken faggruppen psykomotoriske fysioterapeuter eller HELFO sin database er godt kjent av andre. Dette vil også bidra til å gjøre oppgaven mer relevant for en større målgruppe; være det for andre fysioterapeuter, annet helsepersonell, helseadministratorer eller politikere. Dette vil også gi leseren en innsikt i den inngang jeg har hatt til oppgaven. I de følgende avsnittene vil jeg gi bakgrunnsinformasjon slik at kan følge meg i hvorfor jeg mener HELFO databasen, og det at det lagres diagnoser spesielt, er et viktig forskningsområde i forhold til psykomotorisk fysioterapi.

#### **1.4.1 Psykomotorisk fysioterapi i helsevesenet**

Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) er en behandlingstradisjon som ble utviklet innen psykiatrien av fysioterapeuten Adel Bülow-Hansen og psykiateren Trygve Braatøy på 1940- og 50-tallet (UiT, 2010). Etter arbeidet med det som skulle bli NPMF på -40 og -50 tallet, har faget i hovedsak videreutviklet seg innen private institutter med kommunale driftsavtaler. Faget har gått igjennom en økende akademisering og er nå et selvstendig masterstudium ved Universitetet i Tromsø. Psykomotorikere jobber nå på alle tjenestenivå i helsevesenet (ibid.). Det er i dag rundt 500 fysioterapeuter med godkjent videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi (Helsedirektoratet, 2012). Av disse arbeider omtrent 330 i privat praksis med kommunal driftsavtale. Av de resterende er noe over 30 kommunalt ansatt og omtrent 90 arbeider i spesialisthelsetjenesten. De resterende av de sysselsatte er i andre arbeidsforhold (ibid.). På kommunalt nivå jobber det også en del fast ansatte psykomotoriske fysioterapeuter i tillegg til de som jobber på private institutt. I kommunen behandler de pasienter i alle aldre med et bredt spekter av problemstillinger. Størstedelen av fysioterapeutens arbeidstid blir vanligvis brukt til individuell behandling (UiT, 2010). I

2. linjetjenesten, som i hovedsak er sykehus og andre spesialiserte avdelinger, arbeider faggruppen på smerteklinikker, distriktpspsykiatriske sentre, reumatologiske avdelinger, kreftavdelinger, nevrologiske avdelinger, psykiatriske avdelinger, fysikalsk medisin, diverse poliklinikker og med helsetilbud for rusavhengige.

#### **1.4.2 Finansieringen av det private fysioterapitilbudet i kommunene**

Fokuset i oppgaven er rettet mot psykomotoriske fysioterapeuter som jobber innen privat praksis i kommunene. Det er derfor viktig for oppgaven å beskrive hvilke rammer som regulerer dette arbeidsforholdet. De organisatoriske rammene rundt finansiering av det private fysioterapitilbudet i kommunene er bygd opp rundt en tredeling mellom kommune, det offentlige og pasienten. For å få rett til å heve refusjon må fysioterapeuten få tildelt en driftsavtale av kommunen. Dette følger av Folketrygdloven (1997) § 22-2 og Forskrift om trygderefusjon for leger m.v. (1998). Kommunene betaler da ut et fast tilskudd til fysioterapeuten samtidig som avtalen gir rett til å utløse trygderefusjon gjennom HELFO for pasientbehandlingen. Takstene fastslås av Forskrift om utgifter til fysioterapi (2012) som har hjemmel i Folketrygdloven (1997, § 5-8). Takstene består av en egenandel for pasienten og ett refusjonsbeløp som utbetales ved at terapeuten sender refusjonskrav til HELFO. Takstene representerer hvilken behandling som er gitt av fysioterapeuten. Psykomotoriske fysioterapeuter er som nevnt tidligere en fysioterapeut med en godkjent videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi. Denne godkjenningen gir rett til å heve en egen psykomotorisk takst «A9». For at en fysioterapeut skal kunne heve refusjon for en pasientbehandling fremgår det av Forskrift om utgifter til fysioterapi (2012) § 1 at det må foreligge en henvisning fra lege, kiropraktor eller manuellterapeut.

#### **1.4.3 Det lagres informasjon ved refusjon av pasientbehandlinger**

Når fysioterapeuter hever elektronisk refusjon for pasientbehandlingene sine blir informasjonen de sender inn automatisk lagret i en database. HELFO er pålagt å oppbevare refusjonskravene som blir sendt inn i inntil 10 år i forhold til regnskap, samt å gjennomføre kontroller på at vilkårene for rett til refusjon er tilstede (Helseøkonomiforvaltning, 2013). Videre representerer HELFO en offentlig myndighet, og vil gjennomføre analyser på vegne av både direktorat og departement opp mot utvikling i kostander med mer (ibid.).

Tidligere sendte fysioterapeuten inn manuelle regninger, men fra 2009 har det vært obligatorisk med elektronisk innrapportering for å utløse refusjon. Refusjonskravene for alle pasientbehandlingene i en periode sendes samlet inn til HELFO. Dette refereres til som et «oppgjør» og sendes vanligvis inn på slutten av hver måned. Elektroniske oppgjør blir laget av journalprogram som Promed, Extensor, Physica og Arco, på bakgrunn av informasjon som terapeutene registrerer inn. All informasjonen som skal til HELFO samles i en fil som fysioterapeuten kopierer ut på en diskett eller brennes på en CD. Deretter sendes den i posten til HELFO sammen med en signert samleregning som deklarerer beløp, samt antall regninger med mer. Før det ble mulig å sende inn elektroniske oppgjør, ble dette gjort manuelt ved at fysioterapeuten fylte ut regningsblankettene for hånd og sendte inn store bunker papir til HELFO. Etter at datamaskin og journalprogram ble mer populært benyttet mange seg av at disse kunne skrive ut ferdigutfylte regningsblanketter som så kunne sendes i store bunker til HELFO.

I 2010 sendte 82 prosent av privatpraktiserende fysioterapeuter med kommunale driftsavtaler inn elektronisk oppgjør (Paulsen & Nydal, 2011). Kunnskap hentet ut i fra databasen kan derfor med stor sannsynlighet generaliseres. Det er tenkelig at dette datagrunnlaget kan bli brukt som en ressurs i forhold til økonomiske prioriteringer eller andre helsepolitiske spørsmål i fremtiden. I tillegg er dette systemet sentralt i driften av privat praksis for fysioterapeuter og noe jeg mener i seg selv er viktig å skaffe mer kunnskap om.

#### **1.4.4 Diagnoser er sentrale i finansieringsmodellen for fysioterapi**

I § 2 i Forskrift om utgifter til fysioterapi» (Lovdata, 2012) presiseres det at henvisende behandler må oppgi nøyaktig diagnoser og resultater fra foretatte undersøkelser. For at fysioterapeuten skal få utbetalte refusjon er det denne diagnosen som skal oppgir på kravet til HELFO. Fysioterapeutene er derfor pålagt å påføre diagnosen fra henvisende behandler når de hever refusjon (ibid.). Diagnosen skal følge ICPC-2 standarden, «Den internasjonale klassifikasjonen for primærhelsetjenesten» (Sosial- og helsedirektoratet, 2004).

Diagnosesystemet har sine røtter i en biomedisinsk sykdomsforståelse, hvor undersøkelser og behandling er rettet mot avgrensede strukturer og biologiske prosesser (Berg, 1978; Sosial og helsedirektoratet, 2004; Wulff & Gøtsche, 2006). Psykomotorisk fysioterapibehandling er ikke rettet mot spesifikke diagnoser, men er et resultat av

undersøkelsen som helhet, med pasientens innsikt og aktuelle livssituasjon som utgangspunkt (Thornquist & Bunkan, 1986). Det kan derfor virke som om psykomotoriske fysioterapeuter utøver yrket sitt innenfor organisatoriske rammer hvor de videreformidler en annen profesjons vurdering, og hvor denne vurderingen bygger på en annen forståelsesmodell enn deres egen. Fordi psykomotorikere befinner seg i denne posisjonen og disse dataen kan brukes til å betrakte praksisen deres, mener jeg det er nødvendig å utforske erfaringsperspektivet til den psykomotoriske fysioterapeuten. Gjennom dette kan oppgaven få frem hva som er fremtredende med forholdet de har til informasjonen de sender til HELFO, og da særlig hvordan diagnosene de sender inn står i forhold til deres egen vurdering av pasienten.

#### **1.4.5 Kort om fagforståelsen og pasientene som behandles med NPMF**

Dette kapittelet er ment som en kort innføring for de som ikke er kjent med psykomotorisk fysioterapi. Fellestrekk for pasienten som går til psykomotorisk fysioterapeut er at de gjerne har sammensatte lidelser (UiT, 2010). Pasientene selv beskriver gjerne plager som pustebesvær og anspenhet, kroppslig stivhet, smerter, søvnavansker, tristhet, engstelse, uro og funksjonsproblemer av ulik art (ibid.). De har gjerne hatt plagene sine over mange år og forsøkt flere typer behandlinger før de blir henvist til psykomotorisk fysioterapi (Breitve, Kvale & Hynninen, 2008). Pasienter som oppsøker psykomotorisk fysioterapi i de fleste helseregioner i Norge har langvarige og kliniske betydelige emosjonelle symptomer og subjektive helseplager. Det er flest kvinner som oppsøker psykomotorisk fysioterapi (ibid.) Den forskningen som er gjort på effekt av NPMF indikerer at behandlingsformen kan ha potensiale til å redusere subjektive helseplager, depresjon, angst, søvnproblemer, «fatigue» og å gi en økt livskvalitet (Mølstad, E. et.al., 1995; Øien, A. M. et.al., 2009; Breitve, Kvale & Hynninen, 2010). Breitve, Kvale og Hynninen (2010) trekker også frem at behandlingsprosessen virker å være tidkrevende.

NPMF er både en metodisk tilnærming til behandling (Øvreberg & Andersen, 2002; Bunkan et al., 1976) og en forståelsesform av sykdom og mennesket (Thornquist & Bunkan, 1986). NPMF bygger på en forståelse av kroppen som en funksjonell og samspillende enhet. Lokale problemer sees i sammenheng med kroppen forøvrig, og endringer et sted vil ha potensiale til å kunne påvirke hele kroppen. Sentralt i dette står teorien om at muskelspenninger, følelser og respirasjon er uløselig knyttet til hverandre.

Bremsing av respirasjon eller økt spenning utover det som er nødvendig for å opprettholde en stilling vil hindre kroppens fleksibilitet og tilpasningsevne. I NPMF blir det å bremse respirasjon i de fleste tilfeller sett på som et uttrykk for tilbakeholdt emosjon eller en bremsing av følelser (Øvreberg & Andersen, 2002; Bunkan, 2008; Thornquist, 2003). Et slikt perspektiv kan knyttes til et kroppsfenomenologisk menneskesyn, hvor kropp og sinn anerkjennes som uløselige knyttet til hverandre og til individets livsverden (Thornquist, 2003; Bengtsson, 1998). Selv om sykdomsforståelsen i NPMF har mange fellestrekk med kroppsfenomenologien som ble utledet av filosofen Merleau-Ponty (1962) er det feil å si at NPMF er kroppsfenomenologi eller at det har utviklet seg ut i fra dette perspektivet. Det er mer riktig å si at det eksisterer mange fellestrekk, og at tradisjonen i nyere tid har søkt dette som en teoretisk forankring i forhold til legitimering og utvikling av faget. Oppgaven vil ikke gå inn på noen videre utledning av dette perspektivet, men viser til kildene som er nevnt i dette kapittelet som referanse.

## 2.0 Metode

Utgangspunktet for oppgaven er at psykomotoriske fysioterapeuter bidrar med informasjon til en database hos HELFO gjennom elektronisk oppgjør for pasientbehandlinger.

Innledningsvis har jeg forklart hvorfor det er viktig å inkludere erfaringsperspektivet til de som formidler denne informasjonen, når innholdet i denne databasen kan brukes til å betrakte fysioterapi praksis. I denne oppgaven trenger jeg derfor tilgang til psykomotoriske fysioterapeuters arbeidsvaner, meninger og refleksjoner rundt informasjonen de formidler til HELFO. For å belyse problemstillingen har jeg valgt å gjennomføre en kvalitativ undersøkelse med psykomotoriske fysioterapeuter som informanter, hvor HELFO databasen som kvantitative datakilde utgjør en del av bakgrunnsinformasjonen.

I praksis utfyller kvalitativ og kvantitativ tilnærming hverandre. Ett og samme fenomen kan studeres både ved hjelp av kvantitative og kvalitative metoder. I litteratur kan man finne mange eksempler på at de settes opp i mot hverandre og betraktes som to helt separate tilnærminger uten overlapp (Holter & Kalleberg 1996). Det er viktig å trekke frem at disse to data typene komplimenterer hverandre og at det er samspillet dem imellom som virkelig kan belyse forsknings spørsmål. Thornquist (2003) skriver at dersom en betrakter kvalitativ og kvantitativ forskning i et ontologisk perspektiv har de et bredt felles grunnlag. Ontologi betyr det som er værende i verden (ibid.). Det er viktig å understreke at det derfor er den aktuelle problemstillingen som bør være vesentlig for hvilken fremgangsmåte man velger.

Kvalitativ forskning er ikke en metode i seg selv, men et samlebegrep som inkluderer en rekke ontologiske perspektiver. De benytter i stor grad samme metoder for datainnsamling, men skiller seg mer i den teoretiske forankringen som veileder dataanalysen (Gibson & Martin, 2003). Kvalitativ forskning er fleksibel, bygger på en analytisk problemstilling, gir mulighet for å supplere utvalget underveis, og innebærer en åpen interaksjon med forskningsobjektet. Prosessen blir ofte betraktet som ikke-lineær og analysen søker å identifisere mening, mønster og sammenhenger mellom data (Polit & Beck, 2011).

## **2.1 Kvalitativ forskningsstrategi**

### **2.1.1 Valg av tilnærming**

Når jeg skulle velge forskningstilnærming tok jeg utgangspunkt i hva jeg ønsket å belyse, problemstillingen til oppgaven og rammene for masteroppgaven slik de er skissert i studieplanen til utdanningen (UiT, 2010). I denne oppgaven har jeg valgt en kvalitativ tilnærming fordi det er det mest hensiktsmessige når interessefeltet til oppgaven er mennesker og deres opplevelses- og meningsverden, sosiale og kulturelle systemer (Thornquist, 2003). I innledningen til oppgaven har jeg redegjort hvorfor dette er et viktig forskningsområde. I et større prosjekt kunne det vært aktuelt å ha valgt en flermetodisk forskningsmodell hvor en kvantitativ tilnærming hadde vært brukt på HELFO databasen i en triangulering med den kvalitative tilnærmingen. Innenfor rammene til dette masterprosjektet vil det være for ambisiøst, og jeg velger heller å benytte meg av HELFO databasen og systemet det inngår i som bakgrunnsstoff for oppgaven.

### **2.1.2 Studiets design**

Studien er en deskriptiv kvalitativ tverrsnittstudie. Ett tverrsnittstudium forsøker å beskrive tilstanden til det valgte fenomenet på et gitt tidspunkt i tiden. Analysen i denne studien tar utgangspunkt i transkriberte data fra intervju. Oppgaven er et selvstendig mastergradsprosjekt.

### **2.1.3 Vitenskapsfilosofisk perspektiv**

Fenomenologi representerer for meg et overordnet vitenskapsfilosofisk perspektiv for å studere noe slik det trer frem i verden. Relevansen av dette i oppgaven er; et mål om å få frem informantenes meninger, lojalitet ovenfor intervjupersonens synsvinkel, søken etter mening i det empiriske materialet, og anerkjennelse av forskeren sin innflytelse på intervjusituasjonen og forskningsprosessen som helhet (Kvale & Brinkmann, 2009).

### **2.1.4 Forforståelse**

Forforståelse kan beskrives som bakgrunnen og erfaringen vi tar med oss inn i forskningsprosjektet (Malterud, 2011) eller gjennom en metafor; brillene vi betrakter verden gjennom (Thornquist, 2003). Et fenomenologisk perspektiv innebærer en

anerkjennelse av forskeren som uløselig knyttet til arbeidet sitt og med innflytelse på alle trinn i forskningsprosessen. I tråd med prinsippet om åpenhet er det derfor viktig at mitt personlige perspektiv og forforståelse synliggjøres, og at det redegjøres for hvordan jeg mener dette kan ha påvirket mitt prosjekt. Under beskriver jeg bakgrunnen min, og vil videre gjennom metodekapittelet synliggjøre refleksjoner vedrørende min innflytelse på forskningsprosessen.

Jeg er selv snart ferdig utdannet som psykomotorisk fysioterapeut, og har jobbet i privat praksis siden januar 2011 og sendt inn elektroniske regninger siden august 2012. Min lojalitet til fysioterapiprofesjonen kan bidra til at jeg i større eller mindre grad unngår en fremstilling av det empiriske materialet som stiller psykomotoriske fysioterapeuter i et dårlig lys. I tillegg kan dette bidra til at jeg er mindre kritisk og nyansert i forhold til det empiriske materialet, fordi jeg gjennom utdanning og yrkesrollen som psykomotorisk fysioterapeut er sosialisert inn i en bestemt tenkemåte som i større eller mindre grad deles av informantene. Begge disse aspektene er noe jeg har forsøkt å ha et reflektert forhold til gjennom utformingen og arbeidet med prosjektet.

I forkant av intervjuene skrev jeg ned hva jeg forventet å finne hos informantene; sannsynligvis ville de kjenne til databasen hos HELFO og vite en del om hvilken informasjon de sendte fra seg. Jeg antok at de generelt ville være lite opptatt av bruke diagnosekoder i arbeidet sitt. Videre forventet jeg at de gjorde sin egen vurdering av pasientens plager som grunnlag for behandlingen de gir.

## **2.2 Kvalitativt forskningsintervju**

### **2.2.1 Halvstrukturert intervju**

For å belyse problemstillingen og ut i fra hvordan jeg forstår forskningsområdet, virket et halvstrukturert intervju som en hensiktsmessig metode for å utvikle empirisk data.

Hensikten med intervju er å få tilgang til informantenes meningsverden gjennom muntlig informasjon, og samtale om hvordan informantene erfarer og forstår seg selv og sine omgivelser (Kvale & Brinkmann, 2009; Thagaard, 2009). Før det halvstrukturerte intervjuet forberedte jeg tema på forhånd, men planla å la rekkefølgen bli til i intervjuene. Dette ønsket jeg å oppnå gjennom å være fleksibel i forhold til hva informantene bringer inn og følge flyten i det informantene forteller. Samtidig ønsket jeg å få med meg



tilstrekkelig informasjon for å besvare de temaene som på forhånd er fastlagte. Som intervjuer anser jeg det som viktig å være godt forberedt i forhold til hva informantene kan bringe inn i samtalen (Kvale & Brinkmann, 2009; Thagaard, 2009).

### **2.2.2 Utvalg**

Innen kvalitativ forskning blir det gjerne gjort utvalg av informanter med egenskaper som er strategiske i forhold til problemstillingen (Thagaard, 2009). Jeg planla ingen slik strategisk seleksjon innen faggruppen fordi jeg i utgangspunktet ønsket alminnelig kunnskap fra de som jobbet med psykomotorisk fysioterapi innen privat praksis. I tillegg er ikke populasjonen så stor at det er uproblematisk å gjøre strategiske utvalg i forhold til å bevare konfidensialitet. Mitt utvalg er derfor psykomotoriske fysioterapeuter som jobber i privat praksis med driftsavtale og sender elektronisk regning for pasientbehandlinger til HELFO. Grunnet økonomiske prioriteringer i forhold til reise valgte jeg først å kontakte de som holdt til i større norske byer. Jeg har i utgangspunktet ikke hatt krav til geografisk spredning blant informantene.

Jeg benyttet meg av Norsk Fysioterapeut Forbund (NFF) sin oversikt over spesialister i psykomotorisk fysioterapi i hvert fylke for å lage utsendingsliste. Jeg sendte i første omgang epost med forespørsel om å delta på intervju til tretti stykker. Innen to uker fulgte jeg opp med en telefonsamtale til de 19 som ikke hadde svart på henvendelsen. Av dette fikk jeg tre som i utgangspunktet sa ja, men to av dem trakk seg når de hadde lest forespørselen nærmere. Noen av de forespurte takket nei uten å oppgi grunn, men overraskende mange fremholdt at de ikke hadde noe relevant å si i denne sammenheng. Flere virket nysgjerrige og ville diskutere temaet litt mer med meg på telefonen før de til slutt takket nei. For meg kan det virke det som om temaet berører noe psykomotoriske fysioterapeuter kanskje synes det er ubehagelig å snakke om. En av informantene tok opp dette under intervjuet og fremmet en mulig forklaring på hvorfor dette kanskje er et vanskelig tema for mange av deres kollegaer. Informant A sier:

*En er litt redd for å utlevere noe som på en måte ikke er helt sånn hør og bør i forhold til regelverket, eller i forhold til avtalen vi har med driftstilskudd og kommunen ... Eller å følge diagnoser forskrifter og alt dette her. Kanskje er det*

*mange som synes det er ille å bli truffet på det da, som en lett gjør når en reflekterer rundt det(A).*

På grunn av tidsmessige hensyn valgte jeg deretter å gjøre bruk av et tilgjengelighetsutvalg. Jeg spurte kollegaer og andre jeg hadde kontakt med om de visste om noen som hadde deltatt i forskning tidligere, eller som de trodde ville synes det var greit å stille opp i mitt prosjekt. På denne måten innhentet jeg navn som kunne være aktuelle informanter og endte opp med å kontakte ytterligere fem personer før jeg fikk mine to siste informanter. De som valgte å stille opp som informanter representerer derfor en gruppe uredde psykomotoriske fysioterapeuter som tåler å få søkelyset på seg, og som trolig mener at de har noe å bidra med i denne sammenheng.

### **2.2.3 Forberedelser og gjennomføring av intervju**

Før jeg tok kontakt med potensielle informanter utarbeidet jeg et informasjonsskriv og forespørsel om å delta i prosjektet. Det var viktig for meg å få frem at det ikke var nødvendig med noen spesiell forkunnskap eller forberedelse for å være informant. Jeg var kun interessert i vanlig kunnskap fra en privat psykomotorisk praksis, og all kunnskap var god nok. Skrivet ble sendt ut til informantene under tittelen «Forespørsel om å delta på intervju i et masterprosjekt» (Vedlegg 1).

I forberedelsen til intervjuet utarbeidet jeg fem hovedspørsmål. Dette var basert på min forforståelse og arbeidet med oppgaven så langt, og virket for meg som et godt utgangspunkt for å holde struktur i intervjuet.

- Hva vet psykomotoriske fysioterapeuter om informasjonen de sender fra seg til HELFO og det datagrunnlaget dette utgjør i HELFO sin database?
- Hvordan arbeider psykomotoriske fysioterapeuter med å innhente, fylle ut og sende inn den informasjonen som utgjør de elektroniske oppgjørene?
- Hvilke vurderinger og valg ligger til grunn for utfylling av diagnosepunktet?
- Hvordan tenker psykomotoriske fysioterapeuter i forhold til undersøkelse og kartlegging av pasientenes helseproblem?
- Hva tenker psykomotoriske fysioterapeuter om å innta en rolle som ville medføre det å måtte sette diagnoser på pasientene de behandler?

For å være sikker på å få med tilstrekkelig med informasjon fra alle informantene utarbeidet jeg deretter en sjekklister. Dette arbeidsredskapet brukte jeg til å holde oversikten over hvilke områder jeg følte ble godt besvart, og hva jeg trengte å etterspørre eller få utdypet hos informanten. Sjekklister ble brukt fleksibelt under intervjuet og var en hjelp i å sørge for at alle informantene fikk den samme muligheten til å få frem meninger og refleksjoner om de ulike spørsmålene. Etter det første intervjuet brakte informanten inn noen synspunkter jeg også ønsket å spørre de andre informantene ut om. Jeg bestemte meg for å supplere hovedspørsmålene med:

- Hvordan vurderer og konkluderer psykomotoriske fysioterapeuter etter undersøkelsene sine?
- Hvordan ser de for seg at denne vurderingen kan formidles til for eksempel et offentlig register?

Før intervjuene startet brukte vi noen minutter til samtale hvor jeg blant annet takket for at de stilte opp i prosjektet mitt. To av intervjuene ble gjennomført på instituttene til fysioterapeutene, mens den tredje foretrakk å gjennomføre intervjuet i sitt eget hjem. Intervjuene foregikk uten forstyrrelser. Det første intervjuet ble gjennomført og transkribert syv uker før jeg fikk gjennomført de to siste. Intervjuene ble spilt inn på lydopptaker. Jeg bestemte meg for å bruke to opptakere i tilfelle det skulle være tekniske problemer. Sjekklister viste seg å være et nyttig redskap, fordi de ulike intervjuene tok ulike retninger etter åpningsspørsmålet.

## **2.3 Analyseprosess**

Jeg vil her beskrive analyseprosessen min steg for steg, for å ivareta åpenhet og gi leseren mulighet til å vurdere resonnement og fremgangsmåte i analyseprosessen. Dette kapittelet begynner med en beskrivelse av transkripsjonen og kodingen av det empiriske materialet. Deretter følger en redegjørelse for de videre valgene jeg gjorde i analyse- og tolkningsarbeidet. Jeg anser at analyse er en prosess som er til stede i alle trinn av forskningsprosessen til prosjektet er ferdigstilt. Jeg har valgt å ikke angi et spesifikt navn eller bruke en betegnelse på min metodiske fremgangsmåte for analyse. Jeg støtter Sandelowski (2010) sine argumenter om at et hvert datamateriale og dets kontekst er unikt, og at hver fremgangsmåte slik sett er spesifikt for det prosjektet. I tillegg bruker ulike

forfattere forskjellige fremgangsmåter med de samme navnene, og metodiske fremgangsmåter blør over i hverandre (Sandelowski, 2010). I lys av dette anser jeg at det viktigste er å beskrive fremgangsmåten så tydelig og åpent som mulig.

### **2.3.1 Transkripsjon**

Formålet med transkripsjon og kodingsprosessen var å bli kjent med, og å få oversikt over hva informantene faktisk svarte og brakte inn i samtalen. En overføring fra tale til tekstmediet distanserer resultatet både fra den sosiale og tidsmessige konteksten (Kvale & Brinkmann, 2009). I denne oppgaven har transkripsjonen dannet et grunnlag for å arbeide videre med det saklige innholdet i intervjuene. Jeg var først og fremst opptatt av innholdet i hva som blir sagt. Det ble derfor ikke lagt mye vekt på samhandling og kommunikasjon, som ofte inngår når det er fyldige beskrivelser av intervjusituasjonen som er viktig. Jeg har tatt med «back channel» kommunikasjon som pauser, latter og avbrytelse, fordi dette kan gi et bedre grunnlag for å komme nærmere betydningen og meningen med det som blir sagt (Kvale & Brinkmann, 2009).

Transkripsjonen ble skrevet i et dokument. Den ble organisert i to kolonner hvor samtalen var i den ene og tidslinje med minuttinndeling var i den andre. Jeg satte linjeskift når samtalene byttet aktør for å gjøre det oversiktlig hvem som pratet. I teksten betegnes informantene som «A», «B» og «C» i tilfeldig rekkefølge. Intervjueren er identifisert med «I». I den første gjennomgangen tok jeg meg god tid og hørte de samme segmentene om igjen, helt til jeg opplevde at det var samsvar mellom tekst og tale. Jeg gikk gjennom intervjuene to ganger til og gjorde små endringer i enkelte sekvenser ettersom jeg hadde blitt bedre kjent med stemmen til informanten og flyten i samtalen. Til slutt gikk jeg gjennom teksten og normaliserte dialekt og dialektuttrykk til bokmål, samt fjernet/endret personidentifiserende deler av samtalen for å styrke konfidensialiteten til informantene som beskrevet i Kvale & Brinkmann (2009). I tillegg ble det gjort varsom redigering for å gjøre muntlig tale mer lesbar og tydelig i en skriftlig fremstilling.

### **2.3.2 Koding**

Etter transkripsjonen forsøkte jeg å lese materialet med et friskt blikk slik at det kunne stå frem på egne premisser (Tjora, 2010). Gjennom å gjøre meg mer kjent med det empiriske materialet jobbet jeg deretter mot å finne tema i informantenes utsagn. Min forståelse av

innholdet i det empiriske materialet så langt ledet til tre temaer, som jeg mente rommet informantenes meninger og refleksjoner. Jeg så på dette som et utgangspunkt, og var åpen for at jeg kanskje kom til å gjøre endring etter hvert som jeg ble bedre kjent med materialet;

- Hvordan forholder informantene seg til informasjonene de sender til HELFO?
- Hvordan er forholdet mellom diagnoser og informantenes sykdomsforståelse?
- Hvilke vurderinger gjør de av pasienten og hvordan brukes dette grunnlaget videre?

Koding bør betraktes som et problemløsningsverktøy, som gir forskeren tilgang til ulike måter å samhandle med og tenke rundt dataen (Coffey & Atkinson 1996). Jeg gikk systematisk gjennom alle intervjuene og markerte ut meningsbærende enheter. Disse kodet jeg med en farge avhengig av hvilket tema de tilhørte. Jeg organiserte dette parallelt ved å kopiere sekvensene over i egne dokument, ett for hvert tema. De sekvensene som jeg ikke umiddelbart syntes ble rommet av de temaene jeg hadde definert ble lagt i et eget dokument, som jeg så gikk igjennom for å se om det var behov for å opprette egne tema. Noen segmenter ble flyttet til de temaene som eksisterte, og de resterende ble ikke ansett relevante eller viktige nok til å rettferdiggjøre egne temaer. I arbeidet med kodingen, som er en del av tolknings- og analysearbeidet, vekslet jeg mellom å se på deler og helheten av materialet, og min forståelse av materialet endret seg underveis i arbeidet. Thornquist (2003, s.142) beskriver begrepet «hermeneutisk sirkel» som gradvis økende forståelse, hvor det å forstå en del av virkeligheten påvirker vår oppfatning av helheten. En veksling mellom hel og del kan dermed sees som en dynamisk erkjennelsesprosess (Thornquist, 2003).

En tekstbit som gikk på ubehaget med å bli intervjuet om de elektroniske oppgjørene ble presentert tidligere i metodekapittelet, fordi den kaster lys over et viktig trekk ved rekrutteringsprosessen av informanter til prosjektet. Organiseringen av det empiriske materialet dannet utgangspunktet for den temabaserte analysen som følger.

### **2.3.3 Analysemetode**

Det første steget i den videre analyseprosessen var en beskrivende fase hvor jeg jobbet med å få en oversikt over innholdet i det empiriske materialet for hvert tema. Jeg søkte å komme til meningen og det saklige innholdet, uten at jeg i utgangspunktet analyserte

fenomenene informantene beskrev ut i fra et teoretisk perspektiv. Målet var å holde analysen og tolkningen av funnene empirinær. Det er her viktig å påpeke at jeg som intervjuer og subjekt allerede har deltatt i og påvirket intervjusamtalen, og at det er umulig å tolke datamaterialet som «tabula rasa», et blankt ark uten forutsetninger. Jeg gjennomførte en meningsfortetning, som kan beskrives som en sammenfatning av materialet som fremhever tekstens meningsinnhold (Kvale & Brinkmann, 2009). Her arbeidet jeg med å få frem en mest mulig nøyaktig beskrivelse av det informantene hadde sagt som kunne kaste lys over problemstillingen. I tilnærmingen var jeg ute etter å få frem et nyansert og nøyaktig bilde av hva informantene sa, hvilket samsvar eller hvilken variasjon det var mellom informantene, og å fremheve og utforske det jeg anså som særlig viktige meningsbærende enheter. Hensikten med dette var å oppnå en dypere forståelse av materialet, og komme frem til hva som var mest vesentlig å trekke frem for å belyse problemstillingen.

Etter å ha trukket ut meningsfulle enheter, tekstbiter, og samlet dem under de valgte tema, var det skjedd en dekontekstualisering av teksten (Thagaard, 2009). Etter å ha arbeidet med tolkning og analyse av de meningsfulle enhetene, og gjennomført en meningsfortetning, holdt jeg deretter opp resultatene fra dette mot den fulle transkripsjonen for å sikre at jeg i tolkningen og analyse ikke hadde fjernet meg fra informantenes meningsinnhold. Analysearbeidet endret forståelsen min av materialet i forhold til hvordan jeg forstod innholdet i de ulike temaene. Dette førte til at jeg i første omgang endret temaene til noen mer romslige og generelle begrep som forteller litt om hva temaene inneholder.

«*Hvordan forholder informantene seg til informasjonene de sender til HELFO?*» ble til «Informasjonsformidling».

«*Hvordan er forholdet mellom diagnoser og informantenes sykdomsforståelse?*» ble til «Alternativ sykdomsforståelse».

«*Hvilke vurderinger gjør de av pasienten og hvordan brukes dette grunnlaget videre?*» ble til «Informantenes egen vurdering av pasientene»

For å reflektere dette i oppgaven som helhet ble siste ledd i problemstillingen endret fra: «og hvordan står psykomotoriske fysioterapeuters vurdering og pasientbehandling i

forhold til henvisende behandlers diagnose?». Til: «og hvordan står psykomotoriske fysioterapeuters vurdering i forhold til henvisende behandlers diagnose?»

Dette analysearbeidet danner utgangspunktet for presentasjonen av resultatene og den påfølgende drøftingen opp mot aktuell litteratur i diskusjonen. Underveis i analysearbeidet fremstod sykdomsforståelse, profesjonsteori og maktteori som aktuelle perspektiv å trekke inn i den videre drøftingen og holde resultatene opp mot. Til en viss grad vil også denne utviklingen i min forståelse farge fremstillingen av resultatene. Profesjonsteori og maktteori presenteres kort i teorikapittelet, mens teori knyttet til sykdomsforståelse tas opp fortløpende i diskusjonen.

## **2.4 Fremstilling av det empiriske materialet**

Det empiriske materialet fremstilles og presenteres i resultatene. Jeg har valgt å gjøre bruk av et eget resultatkapittel for at det empiriske materialet skal komme tydelig frem.

I forbindelse med at resultatene fra analysearbeidet skulle presenteres, var jeg ute etter noen mer uttrykksfulle navn på temaene som kunne være med å sette rammene rundt den påfølgende diskusjonen. Dette reflekterer også at jeg har opparbeidet meg en dypere forståelse av hva det empiriske materialet kan uttrykke. I arbeidet med presentasjonen av resultatene ble det naturlig å samle «Alternativ sykdomsforståelse» og «Informantenes egen vurdering av pasientene», siden disse bygger på hverandre. I den endelige presentasjonen av resultatene ble dermed innholdet i de tre temaene samlet under to hovedoverskrifter: «*Diagnoser til besvær*» og «*Bare en regning til HELFO?*».

I prosessen som leder frem til det som presenteres skriftlig i resultatkapittelet har det foregått en ytterligere meningsfortetning. Sammenfatningene er gjort ved å beskrive fellestrekk eller variasjoner mellom informantenes ytringer rundt ulike spørsmål. I tillegg er det også lagt vekt på å få frem nyansene og enkeltinformanters meninger som kan være viktige for å belyse problemstillingen. Sitatene er valgt ut fordi de godt illustrerer flere poeng i en sammenfatning, eller at sitatet i seg selv uttrykker en viktig mening som beskrives nærmere i den påfølgende teksten. Det er også gjort prioriteringer slik at alle informantene skal være godt representerte i resultatdelen.

## **2.5 Datakvalitet**

Et viktig aspekt av all forskning er kvaliteten på datamaterialet som analyseres. Det er derfor viktig at generaliserbarhet, validitet og reliabilitet ved datamaterialet løftes frem og beskrives i ethvert forskningsarbeid (Kvale & Brinkmann, 2009; Olsson & Sörensen, 2003). Disse dimensjonene ved oppgavens datamateriale vil nå beskrives.

### **2.5.1 Validitet**

Validitet forstås her som om prosjektet undersøker og omhandler det prosjektet sier det har som mål å gjøre. Validitet gjelder alle aspekter i prosjektet, fra oppgavens problemstilling til mitt valg av informanter, fra gjennomføring av intervju til analysen av det empiriske materialet. Er den valgte metoden hensiktsmessig for det som skal undersøkes? Er intervjuet lagt opp slik at det får frem de meningene og kunnskapene om temaet som informantene besitter? Får analysen og drøftingen frem tema fra det empiriske materialet som er mest hensiktsmessig for å belyse problemstillingen? Jeg har forsøkt å ivareta validiteten i oppgaven gjennom en grundig redegjørelse for mine valg og min fremgangsmåte i forskningsarbeidet.

I kvalitativ forskning kan perspektivet på hva som måles endres underveis. Som tidligere beskrevet endret jeg problemstillingen under arbeidet med analysen for å avgrense oppgaven.

Informantene har ikke stor spredning i alder, men det er variasjon i når de tok videreutdanningen sin i psykomotorisk fysioterapi, og hvor lenge de har jobbet som psykomotoriske fysioterapeuter i privat praksis. For å ivareta konfidensialitet gir jeg ikke en nærmere beskrivelse av informantene, fordi det kan føre til identifikasjonsgrunnlag i en liten populasjon av rundt 300 psykomotorikere som arbeider i privat praksis. Informantene har naturlig nok en del likhetstrekk og det er derfor trolig at de deler en del av den samme forforståelsen. Hensikten med utvalget er heller ikke å finne et representativt utvalg for yrkesgruppen, men å se hva nettopp disse informantene forteller som kan belyse problemstillingen.

Som sagt i forforståelsen er jeg også psykomotorisk fysioterapeut, men har langt kortere erfaring fra privat praksis. Det er likevel trolig at vi deler en del av den samme



forforståelsen som gjør det lettere å kommunisere om tematikken i prosjektet. Dette kan også ha en bakside ved at samtalene som føres under intervjuet kan bli basert på uuttalte og implisitte forståelser av enkelte begrep, eller at vi i større eller mindre grad er sosialisert inn i en viss måte å forstå eller fremstille ulike fenomen på. Samtidig som det bidrar til intersubjektivitet mellom meg og informantene, kan det derfor også medføre at det empiriske materialet blir mindre nyansert ved at jeg ikke er reflektert eller kritisk til det som sies. Et annet aspekt av dette er arbeidet mot en dypere forståelse av innholdet i de ulike meningsbærende enhetene under analysen. Viderefører jeg bare en felles forforståelse med informantene eller greier jeg å anvende et kritisk og ferskt blikk på materialet? Det blir opp til leseren å vurdere argumentasjonen og resonnementet i de ulike delene av oppgaven. Et mål for åpenhet i alle deler av forskningsprosessen er å legge til rette for intersubjektivitet på ulike nivå. Om personer leser intervjumaterialet mitt og oppfatter teksten på samme måte, oppstår en empirinær intersubjektivitet. Vil personer som har den samme bakgrunnen eller teoretisk perspektiv som meg vurdere mine tolkninger som rimelige? En høy grad av åpenhet kan styrke troverdigheten og validiteten av forskningen som er gjort (Thagaard, 2009), og i tillegg gir det andre muligheten til å kunne evaluere de ulike trinnene i forskningsprosessen (Flick, 2009).

Et teknisk aspekt ved datamaterialet var at det ene lydopptaket hadde svært dårlig lyd. Jeg fikk samtykke fra informanten til å la en tredjepart hjelpe meg med å transkribere de delene som var utydelige. Denne personen er også fysioterapeut, men uten psykomotorisk videreutdanning.

### **2.5.2 Reliabilitet**

Reliabiliteten i kvantitativ forskning dreier rundt spørsmålet om forskningen kan bekreftes av andre ved en vil få det samme resultatet hver gang en gjennomfører en undersøkelse (Kvale & Brinkmann, 2009). I et fenomenologisk perspektiv er forskeren uløselig knyttet til forskningsprosessen, og ulike forskere vil derfor få forskjellige resultater fra for eksempel et halvstrukturert intervju. Med utgangspunkt i dette er ikke spørsmålet om hvorvidt resultatene i oppgaven kan reproduseres av meg eller andre forskere. I kvalitativ metode regnes forskerens subjektivitet som en ressurs, i motsetning til i kvantitativ forskning hvor den ofte betraktes mer som et forstyrrende element (Thornquist, 2003). Ut i fra et fenomenologisk perspektiv må forskeren alltid være bevisst sin egen rolle og

reflektere over bidraget i forskningsprosessen. Dette omtales som refleksivitet i forskning (ibid.). I kvalitativ forskning er derfor et mer relevant spørsmål å stille hvilken påvirkning jeg som forsker har hatt på hele og de ulike delene av prosjektet. (Malterud, 2011; Kvale & Brinkmann, 2009). For eksempel gjennom valg av problemstilling, påvirkningen jeg har på hva informanten svarer i intervjuet, eller hvordan jeg kan ha farget utviklingen av det empiriske materialet og hva som løftes frem i den videre diskusjonen. Denne oppgaven utforsker et lite kjent fagfelt, og i kombinasjon med at utvalget kan være helt spesielt, er dette potensielt et hinder for at andre kan bekrefte resultatene mine. Dette utelukker ikke at resultatene i oppgaven kan være sanne og rimelig fortolket. Thornquist (2003) bruker begrepet «argumentativ styrke», med henvisning til Ricoeur, som innebærer at forskningen kan stå på egne ben i ut fra troverdigheten og logikken i det som presenteres. Ideelt skal lesere som inntar samme perspektiv som meg, og er fortrolig med teorien som brukes, være enig med tolkningene og resonnementene i det som presenteres. En kan selvfølgelig innta andre synsvinkler, se tingene i et annet perspektiv og komme opp med alternative tolkninger. Dette innebærer ikke nødvendigvis at oppgaven har dårlig reliabilitet, men at det er mulig å bidra med en utfyllende forståelse av materialet.

I denne oppgaven ble som nevnt to av intervjuene holdt på arbeidsplassen til informantene, mens en informant foretrakk å gjennomføre intervjuet hjemme. Det er uvisst hvordan dette påvirket samtalen, og jeg erfarte ikke noen funksjoner av dette med tanke på innholdet i intervjuene. Informantene valgte selv stedet og min forståelse er at de valgte ut i fra praktiske hensyn.

Utfordringen er å ikke la forforståelsen min overskygge den kunnskapen som ligger i samtalen med informantene. Jeg har forsøkt å være reflektert til at jeg deler yrkesbakgrunn og utdanning med informantene. Jeg brukte lang tid på å utarbeide forespørselen om å delta på intervju og strukturene i intervjuet. Jeg justerte begge deler og hovedspørsmålene i intervjuet etter gruppe- og individuell veiledning. Disse endringene gikk mye på å formulere seg med åpne og nøytrale spørsmål som inviterte informantens egne erfaringer og synspunkter frem.

Kvale og Brinkmann (2009) er opptatt av de asymmetriske maktforholdene i kvalitativ forskning. Jeg som forsker vil ha svært stor innflytelse på hva som blir tatt opp og hva som følges opp i løpet av intervjuet. I intervjusituasjonen forsøkte jeg å la informantene få

snakke ferdig når det var noe som opptok dem, uavhengig av om jeg synes det virket relevant for problemstillingen. Det at intervjuene tok forskjellige retninger ut i fra åpningsspørsmålet ser jeg på som et godt tegn på at informantene også fikk være med på å bestemme hva som ble tatt opp. Jeg brukte sjekklisten min til å holde oversikten over hva vi hadde dekket så langt i samtalen. Innimellom tok jeg korte pauser for å vurdere tidsbruken i forhold til hva som gjenstod av aktuelle intervjutema. Min refleksjon i ettertid er at jeg mot slutten av samtalen tok mer styringen, mens det tidligere i intervjuet ble mer styrt av hva informanten selv tok opp. Jeg opplevde at jeg i intervju to og tre ble flinkere til å stille spørsmål som fikk informantene til å utdype sentrale tema.

Som jeg beskriver under validitet er ikke informantene en homogen gruppe, men de har også en del fellestrekk. Hensikten med utvalget er som sagt ikke at det skal være representativt, men jeg har tenkt at dersom en av informantene hadde for eksempel hatt kortere erfaring eller om det hadde vært en annen kjønnsfordeling, så kunne det kanskje bidratt til enn større bredde i det empiriske materialet. Dette blir uansett bare spekulasjoner, for jeg ikke har noen holdepunkter for å kunne si at økt erfaring nødvendigvis påvirker hva de mener om dette temaet.

### **2.5.3 Generaliserbarhet**

I følge Kvale og Brinkmann (2009) samt Malterud (2011) er det bare i sjeldne tilfeller at forskning kan gi allmenngyldige resultat. En vanlig innvending mot kvalitative forskningsintervju er at generaliserbarhet er vanskelig fordi antallet informanter er lavt (Kvale & Brinkmann, 2009). En risikerer da at utvalget representerer særtilfeller eller på andre måter systematisk avviker fra den generelle populasjonen de er en del av. Hensikten med oppgaven er ikke å generalisere, men å få frem ulike aspekter fra det empiriske materialet som kan belyse problemstillingen. Det er likevel relevant å stille spørsmål til overførbarheten til masteroppgaven som helhet. I følge Malterud (2011) kan undersøkelser som baserer seg på kvalitative forskningsintervju bidra til kunnskap og forståelse som andre kan dra nytte av. Dette forutsetter at funnene i resultatene og resonnementene i drøftingen gir mening i seg selv (ibid.).

Forskning som baserer seg på små utvalg eller såkalte «case studies» kan være viktige bidrag til å utvikle dyptgående kunnskap om ulike fenomen (Flyvbjerg, 2006). En vanlig

feiloppfatning er at fordi det ikke kan generaliseres fra slike små utvalg så kan ikke forskningen bidra til vitenskapelig utvikling. Et viktig poeng er at slike kvalitative studier med små utvalg kan produsere kontekstavhengig kunnskap. I forskning på menneskelig læring hevdes det at denne typen kunnskap er nødvendig for at mennesker skal kunne utvikle seg fra nybegynnere innen en ferdighet til eksperter (ibid.). Et beskjedent håp er derfor at denne oppgaven kan være et bidrag i en reflektert praksis hos psykomotoriske fysioterapeuter, og kanskje også hos andre som sender fra seg informasjon eller benytter seg av innholdet i HELFO sin database. Det er vanskelig å si noe mer om hvilke implikasjoner denne oppgaven kan ha fordi området den utforsker er lite kjent fra før.

## **2.6 Forskningsetikk**

Siden denne oppgaven er av samfunnsvitenskapelig karakter fant jeg det nyttig å sette meg inn i forskningsetiske retningslinjer som er utarbeidet av Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH, 2006), i tillegg til veilederen for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag laget av Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM, 2009). Begrepet «forskningsetikk» viser til verdier, normer og institusjonelle ordninger som bidrar til å konstituere og regulere vitenskapelig virksomhet (NESH, 2006, s.5). Forskningsetiske avgjørelser blir tatt gjennom hele forskningsprosessen (Thagaard, 2009). De forskningsetiske retningslinjene baserer seg på aktuelle lover, retningslinjer og rapporter. Herunder har jeg valgt å særlig trekke frem Helsinkideklarasjonen som ble vedtatt i 1964, og som igjen bygger på Nürnbergkoden som dateres til 1946. Helsinkideklarasjonen slår fast at det er fire grunnleggende etiske prinsipper som skal være rådende i forskningsrelasjoner mellom mennesker; prinsippene om autonomi, godhet, rettferdighet og ikke å skade (Olsson & Sörensen, 2003). Dette er fundamentene for de etiske reglene i human- og helseforskning.

Prinsippet om autonomi sier at informantens integritet og verdighet skal respekteres (The World Medical Association (WMA), 2012). I dette ligger det at informantens autonomi skal sikres ved at det innhentes et frivillig informert samtykke før forskningen på informantene kan begynne. Før samtykke ble innhentet har jeg gjennom «Forespørselen om å delta på intervjuet» (Vedlegg 1) spesifisert studiens hensikt, at det er frivillig å delta, og at deltakerne har mulighet til å trekke seg når som helst underveis og etter intervjuet.

Alle opplysninger blir behandlet konfidensielt ved at det empiriske materialet anonymiseres i den skriftlige fremstillingen, og at både lydopptaket og transkripsjonene vil bli slettet etter prosjektets slutt. Det frivillige informerte samtykket er spilt inn på lydbånd rett før intervjuet startet. En skjematisk fremstilling av inngåelsen er lagt ved oppgaven som Vedlegg 2. Jeg har ikke tenkt at denne måten å hente inn samtykke på legger noe mer press på informantene enn et vanlig skriftlig samtykke. Det som kan ha truet frivilligheten i mitt prosjekt, er at jeg tok kontaktet per telefon med de som ikke responderte på min opprinnelige epost forespørsel om å delta på intervju. I det jeg valgte å gjennomføre et tilgjengelighets utvalg basert på anbefalinger fra andre kan det også ha foregått kommunikasjon mellom partene, uten min kjennskap. Dette kan potensielt ha lagt press på noen informanter eller at det å være anbefalt i seg selv også kan oppleves som et press.

Et annet viktig prinsipp er det om godhet som innebærer at forskningen skal være nyttig for de som deltar (WMA, 2012). Dette prosjektet studerer et aspekt av arbeidshverdagen til psykomotoriske fysioterapeuter som jobber i privat praksis. I dette ligger det et potensiale til å frembringe ny kunnskap om psykomotorikere som kan være nyttig både for informantene og andre lesere. Mitt inntrykk fra intervjuene var at deltagelse i seg selv opplevdes nyttig av informantene, fordi de fikk reflektert rundt et tema de vanligvis ikke samtalt om.

Prinsipper om ikke å skade (WMA, 2012) vil si at forskningen ikke skal føre til skade for informantene eller andre grupper. Oppgaven ivaretar personvernet til informantene gjennom å opprettholde konfidensialitet og være nøye med anonymisering av personidentifiserende trekk ved intervjumaterialet, slik at dette ikke danner utgangspunkt for identifikasjon av informantene eller deres pasienter. Datamaterialet, herunder lydfiler og transkripsjoner, har hele tiden vært forsvarlig oppbevart. Lydfilene som indirekte kan identifisere informantene har kun vært tilgjengelig for meg gjennom hele forskningsprosessen. Opptakene eksisterer kun på de originale lydopptakerene og kan derfor ikke finne veien ut på internett. Lydopptakerene er oppbevart utilgjengelig for andre i en låst skuff. Opptakene og transkripsjonene slettes i etterkant av intervjuene og senest 31.12.2013. Lydopptakene inneholder også informantenes samtykke som medfører at det ikke eksisterer noen signatur eller papirspor som kan identifisere informantene i ettertid. Transkripsjonene er kun lest av meg og min veileder. I fremstillingen av informantenes

synspunkter har jeg videre forsøkt å være lojal og redelig i forhold til å få frem hva de har ment i sine uttalelser.

Etter rettferdighetsprinsippet (WMA, 2012) forplikter forskeren seg til å ivareta svake grupper og sørge for at disse ikke blir utnyttet i forskningen. Informantene i dette studiet er ikke å regne som en svak gruppe. Under rekrutteringen av informanter kunne det synes at problemstillingen var litt ubehagelig og vanskelig å snakke om for faggruppen. De inkluderte informantene har likevel valgt å stille opp på de samme premissene som dem som takket nei, og det fremstod ikke for meg som om de opplevde intervjusituasjonen som ubehagelig.

Det er i samråd med veileder vurdert at det ikke er nødvendig med melding til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Dette er med bakgrunn i at det frivillige informerte samtykket leses inn på lydbånd og slettes i etterkant av prosjektet slutt. I tillegg verken lagrer eller behandler prosjektet personopplysninger eller lydfiler elektronisk, og inneholder heller ikke annen direkte eller indirekte personidentifiserende informasjon. Dette prosjektet er heller ikke av en type som krever godkjenning hos Regionale komitéer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Det er ingen kjente interessekonflikter i tilknytning til prosjektet. Det er ikke gitt noen direkte økonomisk støtte utover at Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter har støttet utdannelsen min med kr 40 000 over tre år, i forbindelse med reise og opphold under studiesamlingene i Tromsø. I tillegg til disse grunnleggende prinsippene er det alltid viktig å være åpen og redelig i forhold til bruken av andres forskning (Thagaard, 2009).

## 3.0 Resultat

Ut i fra analysen av det empiriske materialet beskrevet i forrige kapittel, kom jeg frem til tre overordnede tema som er et godt utgangspunkt for å belyse problemstillingen. I tråd med valget jeg har redegjort for i metodekapittelet går jeg nå videre med å presentere resultatene under overskriftene; «Diagnoser til besvær» og «Bare en regning til HELFO». I «Diagnoser til besvær» beskrives informantenes meninger om diagnoser, informantenes sykdomsforståelse og den vurderingen de gjør av pasientene. Under temaet «Bare en regning til HELFO?» beskrives informantenes forhold til informasjon de sender til HELFO, og hvorvidt denne kan brukes til å betrakte deres fysioterapipraksis. Rekkefølgen er valgt slik fordi jeg vurderer det som viktig at informantenes egen forståelse på sykdom og helse bør være synlig, før oppgaven går videre med å betrakte psykomotorikk ut i fra et system som har sine røtter i en formulert annen sykdomsforståelse.

### 3.1 Diagnoser til besvær?

Under dette temaet vil det presenteres trekk ved informantenes vurdering av pasienten slik den fremstår i det empiriske materialet. Dette vil bringes frem gjennom å se nærmere på sykdomsforståelse, diagnostisk tenkning, hva de mener om diagnosekoding og diagnoser som informasjonskilde.

#### 3.1.1 Hva mener informantene om diagnosekoding av pasientenes lidelser?

Det empiriske materialet har stor dybde i forhold til informantenes meninger om diagnosekodene de registrerer og sender til HELFO med de elektroniske oppgjørene, og det er lite variasjon i hvordan dette fremstilles. Informantene er opptatt av at de behandler pasienter med sammensatte problemstillinger, og at dette kommuniseres dårlig gjennom diagnosekoden som blir formidlet til HELFO med de elektroniske oppgjørene. Informant C sier for eksempel at:

*Vi jobber nesten alltid med veldig sammensatte problemstillinger. Komplekse livssituasjoner og komplekse problemstillinger. (...) For det er ikke én pasient som bare kunne hatt en diagnose. (...) Jeg burde kanskje begynne å føre på alle*

*diagnosene, slik at de [HELFO ] på et nivå er informert om at vi jobber med sammensatte problemstillinger(C).*

Det virker som alle informantene i likhet med C mener at diagnoser ikke kan uttrykke pasientenes vanskelige livssituasjoner og komplekse problemer. I dette kan det ligge en oppfatning av at diagnosekoding fører til en uhensiktsmessig forenklet fremstilling av pasientens problemer. En informant påpeker at når HELFO først krever at det skal oppgis diagnosekode som pasienten behandles for, så ville det i det minste være viktig å registrere alle diagnosene som pasienten kunne kvalifisert til, for å få frem hva slags helseproblemer pasienten behandles for. Slik jeg forstår dette, mener informanten likevel at det vil være en forenkling som ikke godt beskriver hvor sammensatte problemene er hos disse pasientene. Det fremstår derfor som om informantene mener at diagnoseklassifisering er dårlig egnet til å beskrive og å kommunisere hvilke helseproblemer som behandles i en psykomotorisk fysioterapipraksis.

Alle informantene trekker frem at diagnosen er en informasjon fra legen til dem om hvordan han plasserer pasientens plager i diagnosebildet. Informant A sier for eksempel at:

*For det er jo ingen av disse diagnosene som beskriver pasienten (...) Disse diagnosene her gir ingen mening i forhold til vår yrkesutøvelse. (...)Når jeg går inn på dataen for å sjekke opp noe fra en pasientundersøkelse så er diagnosen helt usynlig for meg (A).*

De andre informantene er som A tydelige på at diagnosen legen skriver på henvisingen til fysioterapi er irrelevant for deres undersøkelse og behandling av pasientene. Det fremstår derfor som om diagnosene på henvisningene til fysioterapi har svært liten funksjon i informantenes arbeid med pasientene.

Som forventet gjør informantene sine egne vurderinger som utgangspunkt for behandlingen de gir. I denne sammenheng trekker de frem at henvisningen også noen ganger inneholder litt fyldigere beskrivelser fra legen om pasientens plager, som kan være mer relevant for dem enn det diagnosene er. Det er ikke etterspurt eller beskrevet nærmere i det empiriske materialet hvordan de gjør seg nytte av denne informasjonen.



Det fremstår som om informantene er ambivalente til å avskrive diagnosene på henvisningen som en informasjonskilde. A sier for eksempel at:

*Jeg prøver å stille med åpne øyne og ta inn det som er. Om de har en P- eller N- eller L-diagnose spiller ingen rolle for meg. Ingen funksjon. (...) Når jeg får en henvisning så bryr jeg meg ikke om hva som står der for å si det sånn. Jeg gjør mine undersøkelser helt selvstendig og gjør mine funn. Så ser jeg hva legen tenker og mener og så er jo det bra. Men det er klart at det er mange vanskelige pasienter og da betyr det jo noe hva andre har sagt.(...) Det ble nesten litt motsetninger i det jeg sier, men det er jo sånn det. Diagnosen betyr jo ikke noe som helst. Den går ikke på bekostning av hva jeg faktisk gjør (A).*

Samtlige informanter legger som A i løpet av intervjuet merke til at det er noen motsetninger i det de sier om betydningen legens diagnosekode har på deres undersøkelse og behandling av pasientene. De sier at diagnosene er informasjon fra legen til dem om pasienten, samtidig som de benekter at de gjør seg nytte av denne informasjonen i vurdering og behandlingen av pasientene. Samtlige konkluderer med at det egentlig er slik at diagnosene ikke har noen betydning for deres handlinger. Ut i fra dette forstår jeg at informantene betrakter diagnoser som potensielt meningsbærende og kommunikative, men at informasjonen som formidles fra legen gjennom disse diagnosekodene er nærmest irrelevant for praksisen deres. Jeg forstår denne ambivalensen som at de ikke har lyst til å fremstille seg selv i et uheldig lys ved at de isolerer seg i forhold til legens vurderinger av pasientene.

### **3.1.2 Hvilken sykdomsforståelse har informantene?**

Informantene forteller at vurderingen de gjør alltid baserer seg på en samtale og en påfølgende kroppsundersøkelse. Det som kommer frem i samtalen skal sees i sammenheng med den påfølgende kroppsundersøkelsen. De begynner alltid med samtaledelen og det er stor likhet i hva informantene sier de etterspør. Informant C sier for eksempel at:

*I første omgang snakker jeg med pasienten som jeg selvfølgelig ber fortelle: «Hva bringer deg til meg? Hva er det du trenger min hjelp til?». Så spør jeg om tidligere erfaringer, emosjonelle belastninger, nåværende og tidligere livssituasjon. For å få et større bilde av belastningene denne personen har(C).*

Alle informantene er som C opptatt av at det pasienten selv formidler som hjelpebehov skal reflekteres i den samlede vurderingen deres. Samtlige er også opptatt av å hente inn informasjon om tidligere livserfaringer og den nåværende livssituasjonen gjennom samtalen. Et slikt utgangspunkt sier noe om en forståelse av at plagene kan henge sammen med både historiske og relasjonell aspekter hos pasienten. Dette kan tyde på at de kroppslige plagene ikke forstås løsrevet fra omgivelsene og personens egen opplevelse. En informant trekker frem at den første samtalen er viktig for å etablere en forbindelse med pasienten som gjør det mulig for denne personene å få tillit til behandleren sin. Dette kan indikere at relasjonelle forhold mellom pasient og terapeuter er viktig i psykomotorisk fysioterapibehandling. Informantene forteller at hva som blir fokuset i behandlingen springer ut i fra deres egen vurdering, og at dette ikke trenger å henge sammen med det som står på henvisningen fra legen.

Informantene gir beskrivelser som uttrykker at de har hele kroppen som utgangspunkt for undersøkelsen. De virker å være opptatt av hvordan lokale plager kan sees i sammenheng med helheten i de kroppslige forholdene hos pasienten. Ut i fra det de forteller om kroppsundersøkelsen fremstår det som de kun bruker det som er tilgjengelig ved å observerer og berøre kroppen til pasienten, og ikke gjør seg nytte av andre diagnostiske redskaper eller informasjonskilder. Informant C sier for eksempel:

*Dersom det er snakk om en skulder for eksempel. Hvordan er spenningsforholdene i kroppen forøvrig og hvordan kan jeg forstå den plagen i skulderen ut i fra kroppen som en helhet. I samtalen plasserer en kroppen inn i et livsløp kan en jo si (C).*

Det er noen forskjeller i hvilke begrep de bruker for å beskrive de kvalitetene de ser etter i kroppsundersøkelsen, men det er også svært mye som er felles. Informant C sier for eksempel:

*Vurderingen vil alltid være både ut i fra samtalen og en kroppsundersøkelse. Når jeg får vite hva problemet er og litt om sammenhengen så gjør jeg en kroppsundersøkelse hvor jeg prøver å forstå plagene ut i fra de muskulære spenningsmønstrene som en helhet. Å vurdere holdning, bevegelighet,*

*respirasjonsmønstre, omstillingsevne. Altså omstillbarheten i forhold til å la seg påvirke av det jeg gjør. Det er jo det grunnleggende i det psykomotoriske(C).*

Det som går igjen i det empiriske materialet blant informantene er utsagn om muskulære spenningsmønstret, balanse, respirasjonen, kroppsholdningen, og hvordan pasienten reagerer på endringer. Det siste omtales av flere som *omstillingsevnen*. Det mest sentrale i dette virker å være spenningsnivået i muskulaturen og respirasjonen til pasienten og hvordan pasienten reagerer med kroppslige svar på det terapeuten gjør gjennom undersøkelsen. En informant nevner autonome reaksjoner som en annen type kroppslig uttrykk det er viktig å observere. Hvilken kontakt pasienten selv har med dette og hvor mye endring pasienten tåler av spenningsmønstrene sine virker å være noen andre viktige dimensjoner i deres vurdering. De bruker begrep som «å romme plagene», «å ha eierskap i forhold til egen kropp», og «å stå på egne bein». Det virker som de tenderer til å bruke erfaringsnære betegnelser som pust, spenning og bevegelse fremfor tyngre teoretiske begrep. Det er vanskelig ut i fra det empiriske materialet å få et tydelig bilde av hvordan de trekker slutninger eller konkluderer ut i fra undersøkelsen de gjør.

Slik jeg forstår det empiriske materialet forteller informantene at de ser etter både belastninger og ressurser i funksjonen til pasienten, og forsøker å se dette i sammenheng med emosjonelle belastning i hverdagslivet, og tidligere livserfaringer. Informant B sier for eksempel:

*Dersom personer opplever at han har for mye press på seg. La oss si det arbeidsmessig, eller det familiemessige eller andre typer stress eller fysiske belastninger. (...) Da kommer dette til uttrykk gjennom kroppslige svar(B).*

Det B sier her uttrykker en forståelse som deles av alle informantene. Kroppslige plager som for eksempel smerte eller pustebesvær kan være et uttrykk for emosjonell belastning i hverdagen, som da synliggjøres gjennom det muskulære spenningsnivået og andre kroppslige uttrykk som informantene kan observere. Informant B sier for eksempel:

*Da ser jeg etter hva er det hos denne personen som gjør at noe blir opplevd som smerter, fysiske begrensninger eller pustebesvær. Som er med på å gjøre vanskelig eller forstyrrer personene i sin hverdag (B).*

Det er store fellestrekk i hva informantene etterspør i samtalen med pasienten, hva de forteller at de ser etter i kroppsundersøkelsen, og hva det mener kan være årsaker til plagene pasientene har. Det fremstår derfor som de deler mye av den samme forståelsesrammen som danner utgangspunktet for vurderingen de gjør av pasientene.

Det som er vesentlig å trekke frem er at de virker å være mer opptatt av hva pasientens opplevelse er av det kroppslige, enn å gjøre seg egne «objektive» funn. Informant B sier for eksempel:

*Det skal være noe personen gjenkjenner seg i fordi dette handler om at det skal være viktig for vedkommende. Jeg kan ikke definere hva som er viktig for vedkommende. (...) Jeg etterspør pasientens behov. Hva ønsker de at vi skal jobbe med? Hva vil du vi skal legge vekt på eller utforske? (...) Hvordan personen fremstiller dette selv er veldig sentralt (B).*

De trekker videre frem at det som vektlegges og gis betydning i en undersøkelse må bygge på en felles forståelse med pasienten. Det fremstår som om resultatet av undersøkelsene forsøkes å legges så erfaringsnært som mulig opp mot pasientens egen opplevelse av plagene. Å inkludere pasientens erfaringer og subjektive opplevelse av plagene i vurderingen sin virker derfor å være helt grunnleggende verdier i sykdomsforståelsen deres.

Det er også et fellestrekk at det diagnostiske arbeidet ikke ender med en konklusjon, men gir et utgangspunkt for å begynne behandlingen. Det virker også som de er fleksible i forhold til å utvide vurderingen og endre vurderingen sin underveis i arbeidet med pasienten. En av informantene liker å sette mål sammen med pasienten i starten av behandlingen, mens en annen informant synes det kan være mer til hinder enn til hjelp. Informant C sier for eksempel:

*Jeg synes at det er veldig vanskelig å sette mål ut i fra undersøkelse og intervju.(...) Det å bli for målstyrt kan jo også lukke for hva vi kan få til. Jeg er mye mer opptatt av å følge pasienten der hvor pasienten er til enhver tid. Jeg ser enhver psykomotorisk behandlings time som en kombinasjon av undersøkelse og behandling. Å behandle er å undersøke (C).*

Dette fremstår som et viktig trekk at deres diagnostiske virksomhet også fortsetter etter den innledende vurderingen, for å kunne tilpasse behandlingen til der hvor pasienten befinner seg til enhver tid. Det diagnostiske arbeidet virker derfor å være kontinuerlig og sett sammen med at de ser på vurderingen sin som et utgangspunkt for å starte behandlingen, kan det være med på å forklare hvorfor de er vanskelig ut i fra det empiriske materialet å se at hvordan informantene konkludere på bakgrunn av undersøkelsen sin.

### **3.1.3 Hva mener de om å skulle formidle en vurdering av pasienten**

Informantene er samlet sett ikke interessert i selv å kode diagnosene som formidles til HELFO. Det er stort sprang mellom informantene i hvordan de stiller seg til å selv skulle klassifiserer pasientens helseproblem i diagnoser. Noen mener det ville vær uheldig for det perspektivet de bringer inn i arbeidet med pasienten, mens en annen mener det sikkert ville gå greit å gjøre dette om det ble pålagt. Informant A sier for eksempel:

*Jeg tenker at viss dette med diagnoser skal bli noe som vi på en måte blir presset inn i, så må vi få opplæring i det på en ordentlig måte (A).*

Som informant A mener alle at de mangler den tilstrekkelige opplæringen til å kode i diagnoser og at dette er et ansvar de mer eller mindre må presses inn i. Det fremstår ikke som de presenterer noe alternativ for hvordan deres egen vurdering eventuelt skulle formidles eller hvilken form denne vurderingen da skulle ta. En informant trekker frem at det vil være vanskelig å formidle vurderingen sin fordi den ikke passer inn i dagens helsevesen. Informant C sier for eksempel:

*Men inn i debatten sant - hva ville jeg tenkt var interessant å formidle...? Nå ble jeg stille. Jeg synes det er kjempevanskelig. Det er mye vanskeligere å oppsummere det jeg er opptatt av. Det passer jo ikke inn i helsesystemet vårt sånn som det er nå. Men det tror jeg kanskje er en del av styrken vår også. At vi representerer noe som er litt annerledes. Men viss legen arbeider med diagnoser så er det greit for meg. Jeg har ikke noe behov for å overprøve dem (C).*

Samlet sett fremstår det som informantene er lite opptatt av å skulle formidle en vurdering av pasienten med informasjonen som formidles til HELFO. Det kan også tolkes som de ikke mener det er deres ansvar å formidle en vurdering av pasienten i denne sammenheng.

## 3.2 Bare en regning til HELFO?

Presentasjonen av disse resultatene begynner med en beskrivelse av hvordan informantene registrer inn og forholder seg til informasjonen de sender til HELFO med de elektroniske oppgjørene. Deretter beskrives arbeidsfordelingen mellom informantene og legen med henhold til diagnosekoding. Til slutt trekkes de refleksjonene informantene gjør seg rundt betydningen av HELFO databasen frem.

### 3.2.1 Formidling av informasjon til HELFO

Når det heves elektronisk refusjon for pasientbehandling brukes informasjon som fysioterapeuten selv har registrert inn i journalsystemet om pasienten og behandlingen som blir gitt. Alle informantene fyller ut denne informasjonen med pasienten til stede eller i etterkant av første konsultasjon. Informant C sier for eksempel:

*Det er jo dato og klokkeslett for behandlingen, diagnoser og henvisningsdato ut i fra rekvisisjonen. I tillegg sendes det inn personalia, hvilket trygdekontor de tilhører og hvilken behandlingstakst som er brukt. Hos meg er dette alltid psykomotorisk fysioterapi, takst A9 (C).*

I det empiriske materialet varierer det hva informantene trekker frem, men ingen har full oversikten over hvilken informasjon de sender til HELFO. Samlet sett så virker det likevel som de er godt kjent med hvilke typer informasjon som inngår i det elektroniske oppgjøret. Alle trekker frem behandlingstakster, tidspunkt for behandling, diagnoser og personalia på pasienten. Det er derfor tydelig i det empiriske materialet at informantene er godt kjent med hva slags informasjon de sender fra seg, og at informasjonen fylles ut som en del av arbeidsrutinene første gang de møter en ny pasient. Informant B sier for eksempel:

*Jeg leser jo ikke på hva som blir liggende på de CD'ene før jeg sender inn. (...) Det blir sendt inn mer informasjon enn jeg har tenkt over i denne sammenheng. Jeg har ikke brukt så mye tankekraft på dette (B).*

Det B forteller om her er ganske tydelig hos alle informantene. Selv om de har ganske god oversikt over hvilken informasjon som inngår i det elektroniske oppgjøret, tyder det empiriske materialet på at dette ikke ligger langt fremme i bevisstheten hos informantene at de sender fra seg denne informasjonen. Verken når de registrerer den inn i datasystemet

eller når de sender inn de elektroniske oppgjørene på slutten av hver måned. Informant A sier for eksempel:

*Jeg ser at dette er veldig arbeidsbesparende. Det er bare å trykke på en knapp for å få av ut disse månedlige oppgjørene. Det er en god hjelp å hele tiden ha oversikten lagt inn. Så er bare å trykke på en knapp når du er på kommer til den en og tredevte og sende inn regningen til HELFO(A).*

Slik informant A gjør det her trekker alle informantene frem hvor arbeidsbesparende de elektroniske oppgjørene er i forhold til å kreve refusjon og å føre regnskap, sammenlignet med de manuelle oppgjørene de sendte inn tidligere. Det elektroniske oppgjøret refereres til av alle informantene som å sende regning til HELFO. Dette gir meg inntrykk av at de betrakter informasjonen de sender fra seg til å inngå i den administrativ og økonomisk siden av praksisen dere. For meg er dette et viktig funn for det kan fortelle noe om motivasjonen bak det som registreres inn og i hvilket perspektiv informantene betrakter den informasjonen de sender fra seg. Det at de da har et lite bevisst forhold til at de sender fra seg denne informasjonen, kan henge sammen med at de kun betrakter den i et perspektiv hvor den brukes til å utløse trygderefusjon gjennom HELFO.

### **3.2.2 Kjennskap til HELFO databasen**

Jeg går nå videre med å se på hvilken tanker de har til at informasjonen de sender til HELFO lagres i en database, og hvilke implikasjoner de mener dette kan ha. Ut i fra det empiriske materialet virker det som at informantene ikke har et reflektert forhold til at informasjonene de sender til HELFO blir lagret i en database, og kan brukes av dem selv og andre i ulike sammenhenger. Informant C sier for eksempel:

*Jeg har egentlig ikke tenkt så nøye over at det er en informasjon som blir liggende der og kan brukes til noe(C).*

Det C forteller her uttrykkes også av de andre informantene, og det fremstår derfor for meg som informantenes befatning med denne informasjon i stor grad slutter i det øyeblikket de har sendt den fra seg til HELFO. Det virker derfor som de har et lite bevisst forhold til at denne informasjon utgjør et datagrunnlag i en offentlig database. Informant B sier for eksempel:

*For det du sier er da at ting blir lagret og kan settes inn i et større perspektiv. Det har jeg ikke reflektert så veldig mye over(B).*

I intervjuene spørres informantene direkte om de kjenner til noen publikasjoner som baserer seg på informasjonen som ligger i HELFO sin database. Det som kommer frem er eksempler fra enkelt informanter. Informant C sier:

*Nei, jeg er ikke kjent med publikasjonen til HELFO over fysioterapeuters takstbruk. Jeg har sett at Anne Gretland har presentert informasjon fra HELFO databasen i forbindelse med en presentasjon av psykomotorisk fysioterapi. Jeg husker ikke bakgrunnen for at jeg kom i kontakt med dette (C).*

Selv om C er utrykker kjennskap til en publikasjon, har informantene samlet sett liten kjennskap til hvordan denne databasen er blitt brukt til å dokumentere deres praksis. En informant trekker frem at HELFO sender tilbake en kvittering på at regningen er godkjent, og at denne inneholder en del informasjon. Informant B sier:

*Nei, ikke på annen måte enn når jeg får tilsendt kvitteringen for oppgjøret etter hver måned. Der står det litt om bruk av takster og om ting er godkjent. Da har jeg skjønt at dette er et materiale de registrerer og sitter på. Kvitteringen bruker jeg til å kontrollere utbetalingene (B).*

I den grad de har blitt kjent med at databasen eksisterer slik som C og B forteller over, virker det ikke som dette er noe de har hatt behov for å utforske videre. Dette kan være et tegn på at informantene er lite opptatt av hvordan de bidrar til offentlig statistikk og at dette kan brukes som en kunnskapskilde om deres egen praksis.

Dataprogrammene som informantene bruker til å genererer de elektroniske oppgjørene til HELFO, har også en mulighet til å hente ut rapporter med statistikk over den samme informasjonen. I det empiriske materialet har alle informantene nylig tatt ut slik statistikk, enten i forkant av intervjuet, eller i forbindelse med årsoppgjøret som sendes til fysioterapi tjenesten i den enkeltes kommune. De er med andre ord kjent med hvordan de selv skal kunne få ut en oversikt over informasjonen de sender til HELFO. Rapporten de har tatt ut inneholder blant annet en oversikt over hvilke diagnosekoder de har registrert på pasientene. Vi ser på denne sammen under intervjuet. Informant A sier for eksempel:



*Jeg ble litt overrasket selv når jeg tok det ut og så på den [Rapport fra eget dataprogram med oversikt over diagnosekoder]. Det var et langt større spekter en jeg hadde trodd (ler). (...) Jeg trodde kanskje det stod L18 [Myalgi] på 30 stykker, men det gjorde ikke det på mer enn 1!(A)*

På samme måte som informant A gir også de andre informantene inntrykk av at de generelt er lite kjent med hvilke diagnoser de sender inn til HELFO med det elektroniske oppgjøret. Dette baserer jeg på at forventningene de har til hva som står i rapporten deres er langt unna den faktiske diagnosestatistikken. Dette dreier seg i alle tilfellene om at de forventer en kraftig overrepresentasjon av enkelte muskel- og skjelettdiagnoser, mens statistikken faktisk er mer differensiert, og inneholder også flere «psykiske» diagnoser enn de hadde forventet. I tråd med at de har et lite bevisst forhold til informasjonen de sender inn til HELFO, virker det som de har et lite bevisst forhold til hvilke diagnoser de sender inn med refusjonskravene. Det er litt forskjell mellom informantene på kunnskapen de har til egen statistikk, men det fremstår som dette er noe som i liten grad opptar dem i det daglige.

En informant er opptatt av at undersøkelsestaksten skal brukes korrekt, fordi denne brukes av kommunen til å se på inntaket av nye pasienter hvert år. Dette er noe informanten også selv noterer ned for å se på utviklingen fra år til år i sin egen praksis. Informant B sier:

*Jeg har vært veldig nøye med å bruke undersøkelsestaksten de to siste årene fordi kommunen bruker dette til å se på inntak av nye pasienter. Jeg har appellert til mine kollegaer om å gjøre det samme. Det er så vanlig å bare ta den psykomotoriske taksten fordi den betaler bedre. Det blir jo veldig feil dersom de dataene skal legge grunnlaget for praksisen. For det kan jo være feilkilder i den praksisen, eller formidlingen av den (B).*

Informant B forteller her om en bekymring for at kommunene skal få et feil bilde av pasientinntaket hos psykomotoriske fysioterapeuter. Ut i fra det informanten forteller kan det virke som økonomiske interesser er styrende for at behandlingstaksten velges fremfor å bruke undersøkelsestaksten ved inntak av nye pasienter. Dette er av stor interesse fordi det sier noe om at de økonomiske rammene rundt refusjonsordningen kan være utslagsgivende for hva som blir videreformidlet av fysioterapeutene. Som informantene da påpeker, kan dette gi feilkilder i forhold til praksisen når datamaterialet benyttes av administrative

myndigheter. Dette eksempelet tar utgangspunkt i informasjon som formildes til kommunen, men som nevnt er det den samme informasjonen som sendes til HELFO. Ved elektronisk oppgjør vil derfor en slik potensiell feilformidling foregå i nasjonal målestokk.

De store linjene er at utover det å registrere informasjon i første møte med pasienten, virker det ikke som informantene har et særlig bevisst forhold til den informasjonen de sender fra seg. Bortsett fra det ene eksempelet med bruk av undersøkelsestakst fremstår det som informantene er lite opptatt av hvordan de bidrar til offentlig statistikk, eller hvordan de selv eller andre kan bruke det til å betrakte deres praksis.

### **3.2.3 Diagnosekoding - arbeidsfordeling mellom lege og fysioterapeut**

Et sentralt tema i intervjuene var diagnosekoder, og dette er derfor fylldig beskrevet i det empiriske materialet. Alle informantene benytter seg i hovedsak av diagnosekodene som står på henvisningen fra henvisende behandler når de fyller ut diagnosepunktet som skal sendes til HELFO. Alle informantene omtaler dette som «legens diagnose». De forholder seg til dette som noe formelt som de skal videreformidle mellom legen og HELFO for at det skal utbetales refusjon. Informant C sier for eksempel:

*Henvisningen jeg får med diagnosen er en anmodning fra legen sin side om behandling. Jeg tenker at diagnosen jeg sender inn til HELFO får stå for legen sin vurdering (C).*

Alle informantene forteller som C at de bruker nesten utelukkende legens diagnose fra henvisningen. En informant setter noen ganger sin egen diagnose dersom pasienten ikke har med henvisning første gangen, men er usikker på om legens diagnose ikke likevel blir først på som hoveddiagnose når henvisningen kommer i ettertid. Samlet sett er informantene lite opptatt av hva som står på diagnosepunktet, og er tydelige på at det er lite relevant for deres praksis, eller er egnet til å beskrive pasientens helseproblem. Informant A sier for eksempel:

*På et nivå er det likegyldig fordi det er så små forskjeller om det står spenningshodepine eller om det står noe annet. Jeg tenker derfor at den ene diagnosen er nesten like god som den andre (A).*

Informantene virker ikke å være opptatt av at de videreformidler legens vurdering av pasienten og at deres egen vurdering ikke blir synliggjort i denne sammenheng. Snarere tvert imot virker det som de er tilfreds med situasjonen slik den er av flere grunner. Alle informantene ønsker at legen skal gjøre en grovsortering av pasientene før de henvises til psykomotorisk fysioterapi. Det varierer litt mellom informantene hvordan de grunngir dette. To informanter trekker frem at ventelistene allerede er lange, og at det da ikke ville bli nok kapasitet til å behandle pasientene. En annen informant er opptatt av legens overordnende ansvarlighet for pasientens helse. Informant C sier:

*Det er en del sykdomstilstander som jeg ikke kan ha forutsetning for verken utstyrmessig eller kunnskapsmessig til å sette. Derfor ønsker jeg legens ansvarlighet i forhold til sorteringen. (...) Jeg vil ikke være ansvarlig for å ha oversett en kreftdiagnose (C).*

Med dette forstår jeg at informanten mener at slik som systemet er i dag, så har psykomotoriske fysioterapeuter et mindre ansvar enn legen for å oppdage alvorlig sykdom hos pasientene de behandler. Informanten begrunner dette ønsket med at legen er mer kompetent i forhold til de medisinske sorteringene. Det er litt uklart for meg hva informanten mener, men det kan virke som det å ha ansvaret for å klassifisere pasientene helseproblem innenfor et diagnosesystem forstås synonymt med det å ha det overordnende ansvaret for pasienten helse.

Jeg fornemmer også ut i fra det empiriske materialet at informantene er tilfreds med situasjonen slik den er, fordi de da slipper å forholde seg til noe som ikke opptar dem. Informant A sier for eksempel:

*Jeg synes det er helt greit at vi ikke har dette ansvaret. Jeg får albuerom til å gjøre det jeg vil nå (A).*

De andre informantene uttrykker ikke dette i like tydelige ordelag som informant A, men det fremstår som de ikke ønsker et utvidet ansvar med diagnosekoding og sorteringen av pasienter. Samlet sett er de fornøyde med situasjonen slik den er, og meningene de har om dette er argumenter for å videreføre den eksisterende ordningen. De virker derfor fornøyd og fremstår lite kritiske til en ordning hvor deres egen vurdering av pasienten forblir usynlig bak legens diagnose som sendes HELFO.

### 3.2.4 Informantenes refleksjoner under intervjuet

Det virker som det i forbindelse med intervjuet går litt opp for informantene at informasjonen de sender inn til HELFO når de hever refusjon kan brukes i andre og større kontekster. Her vil oppgaven trekke frem de refleksjonene de gjør seg rundt dette i løpet av intervjuet. Det er litt ulike tema som opptar informantene i forhold til dette, men fellestrekk er at de uttrykker bekymringer. Eksempelet med undersøkelsestaksen fra tidligere i resultatkapittelet viser en konkret problemstilling som har opptatt en av informantene i arbeidshverdagen. De refleksjonene som presenteres nå forstår jeg mer som et produkt av intervjusituasjonen, og må derfor forstås som noe annet enn hvordan de omgås dette i det daglige.

De refleksjonene som kommer frem i det empiriske materialet er relatert til diagnoser. Alle informantene reflekterer over at diagnosene som formidles gjennom elektronisk oppgjør kanskje ikke gir et korrekt bilde av hvilke helseproblemer de jobber med. Informant B sier for eksempel:

*Jeg ville kanskje sagt at det burde stått flere psykiske diagnoser der[HELFO database]. For de er bare skjult i L diagnosene (B).*

Ut i fra empirien kan det virke som informantene mener at legen velger å kode pasientene med muskel- og skjelettdiagnoser «L», når det i større grad hadde reflektert praksisen deres om pasienten var kodet med en «psykisk» diagnosekode. Samtlige uttrykker at HELFO statistikken derfor kanskje ikke gir et korrekt bilde av lidelsene pasientene som behandles hos psykomotoriske fysioterapeuter har. Det er flere ulike synspunkter på hvorfor de mener legen ofte velger L-diagnoser når andre koder også kunne vært brukt. To informanter trekker frem at det kan være greiere for pasienten å ha en muskel- og skjelettdiagnose knyttet til seg enn en psykisk diagnose. I disse utsagnene ligger det en forståelse av at diagnosene bærer med seg informasjon og at ulike diagnoser har forskjellig status i samfunnet. Et annet aspekt som trekkes frem av alle er at valget av diagnosekoden også kan styres av hva legen mener er relevante diagnoser å sette på henvisning når han ber om psykomotorisk behandling. Dette er et begge eksempler på at diagnosekoding ikke nødvendigvis trenger å være styrt bare av kliniske vurderinger.

En informant reflekterer over hva som formidles om pasientens helseplager gjennom diagnosekodene. Informant A sier:

*Jeg tenker jo nå at HELFO sitter på en vanvittig database. Jeg lurer hvor avpersonifisert den er? (...) Jeg ønsker jo ikke å utlevere noen og er derfor fornøyd med at informasjonen jeg sender inn ikke gir en så veldig nøyaktig beskrivelse av pasienten. (...) Jeg tenker at jeg har ikke lyst å gi de [HELFO] en så spesifikk beskrivelse av pasienten. Jeg vil gjerne avgjøre hva de kan få tilgang på og da synes jeg diagnosen rekker (A).*

Det virker som informanten uttrykker skepsis i forhold til at det lagres mye informasjon om pasientene, og en tilfredshet med at det ikke formidles en mer detaljert beskrivelse av pasientens helseplager enn diagnosekoder. Det kan også tolkes som at informanten vektlegger pasientens syn fremfor å bidra til offentlig statistikk.

Det er interessant at informantene gjør seg kritiske refleksjoner til informasjonen de sender til HELFO i løpet av intervjuet. I kraft av dette er det tydelig at de ser noen problemer i forhold til hvordan praksisen deres kan oppfattes av andre gjennom informasjonene de formidler. Det kan derfor virke som økt bevissthet rundt HELFO databasen kan føre til en mer kritisk og reflektert holdning hos dem som sender inn informasjonen.

## 4.0 Teori

I dette kapitlet presenteres noe av teorien som brukes i diskusjonen. Etter hvert som min forståelse av det empiriske materialet ble dypere begynte jeg å betrakte sykdomsforståelse, profesjonsteori og maktteori som aktuelle perspektiv i diskusjonen av det empiriske materialet. Jeg har valgt å integrere aktuell litteratur om sykdomsforståelse fortløpende i diskusjonen og ikke å presentere det her. Profesjonsteori og maktteori presenteres derimot i egne kapitler, fordi jeg oppfatter det som kilder leseren trolig er mindre kjent med enn det som omhandler sykdomsforståelse.

### 4.1 Helsevesenet - et system av profesjoner

Profesjonsteorien gir et utgangspunkt for å betrakte virket til de psykomotoriske fysioterapeutene. I diskusjonen vil den brukes både til å diskutere nært inntil det empiriske materialet, men også til å løfte diskusjonen opp til et mer overordnet samfunnsperspektiv hvor helsevesenet er det aktuelle saksområdet.

I den engelske litteraturen omtales profesjonsteori som profesjonalisme, som på det mest grunnleggende nivå defineres som et sett av sosiale institusjoner som tillater medlemmer av en yrkesgruppe å selv kontrollere arbeidet de gjør (Abbott, 1988; Freidson, 2001). De to grunnleggende antagelsene bak denne organiseringen, er at arbeidet som utføres av en yrkesgruppe er så spesialisert, at de som ikke har den nødvendige treningen eller erfaringen ikke bør ha tilgang til å utføre de assosierte oppgavene. Eller at arbeidet ikke kan standardiseres, rasjonaliseres eller allmenngjøres, men avhenger av den enkelte yrkesutøvers skjønn. Disse kjennetegnene er selve grunnlaget for den sosiale prosessen som etablerer den sosiale og økonomiske statusen til profesjonelt arbeid (Abbott 1988; Freidson, 2001). Freidson skriver videre at i ethvert samfunn så blir den sosiale organisering av profesjonene til gjennom utøvelse av makt mellom ulike profesjoner. Tidlig i en profesjonsutvikling handler dette typisk om å få rett til å utføre en viss type arbeid (Abbott, 1988). Dette innebærer først og fremst å få autonomi til å utføre arbeidet slik profesjonen selv mener det bør gjøres. Begrepet jurisdiksjon brukes innen profesjonsteori om hvilke rettigheter og rammer en profesjon utøver yrket sitt innenfor (Abbott, 1988; Freidson, 2001). Når noe er underlagt en profesjon sin jurisdiksjon, er dette en måte å si at noe tilhører deres domene eller det territorium de hersker over. Et relevant

eksempel å trekke frem fra denne oppgavens interessefelt er fysioterapeutens rett til selv å bestemme hvilken behandling pasienten skal ha med utgangspunkt i sin egen vurdering. Krav om jurisdiksjon fra profesjonene rettes gjerne gjennom politiske apparater og rettssystemet, eller gjennom samfunnsfelleskapet, hvor yrkesgrupper skaper seg en rolle (eng.: *image*) som indirekte utøver press på at noe bør underlegges profesjonens jurisdiksjon (Abbott, 1988).

Abbott(1988) beskriver en profesjons utvikling som en kamp om jurisdiksjon og autonomi. Hvilken autonomi og jurisdiksjon yrkesgruppen holder og jobber mot er derfor viktige kjennetegn ved en profesjon. Diagnoser, behandling, forståelse og akademisk arbeid utgjør det kulturelle maskineriet til jurisdiksjon i helsevesenet (Abbott, 1988). Gjennom dette formes oppgaver som er potensielle objekter for handling eller videre forskning for profesjonene. Å inneha de nødvendige ferdighetene og rettferdiggjøre utøvelsen av dem kognitivt, medfører ikke automatisk at en får rett til å holde jurisdiksjon over noe. For at en yrkesgruppe skal holde jurisdiksjon kreves det at samfunnet anerkjenner profesjonens krav til disse rettighetene. Å holde jurisdiksjon er et sosiokulturelt fenomen som kan omfatte alt i fra rett til offentlige utbetalinger til full autonomi over yrkesutøvelse (Abbott, 1988; Freidson, 2001). En profesjon er en del av et større system av profesjoner, hvor noen yrkesgrupper har stor dominans og holder jurisdiksjon ikke bare over sin egen yrkesutøvelse, men også over andre profesjoner. I kraft av at kampen om autonomi og jurisdiksjoner er en sosial prosess, vil dette alltid foregå innenfor et etablert system hvor de dominante profesjonene har definisjonsmakten (Abbott, 1988).

## **4.2 Makt – noen perspektiver**

Utøvelse av makt er som beskrevet over sentralt i den sosiale- og kulturelle prosessen som organiserer profesjonene. Jeg ønsker derfor nå å introdusere noen perspektiver på makt som blir brukt i drøftingen.

Makt er en egenskap ved sosiale relasjoner som kan innta en rekke forskjellige former (Engelstad, 1999). Hos Habermas betraktes kulturelle hegemoni som den viktigste kilden til dominans. Andre teoretikere som Pierre Bourdieu, Michael Foucault og Erving Goffmann har andre perspektiver på maktbegrepet, men alle har en felles plattform i at makt er knyttet til relasjoner, og at det derfor potensielt kan finnes makt i alle former for

relasjoner. Ethvert samfunn er avhengig av maktforhold, og komplekse samfunn er avhengige av komplekse maktforhold. Makten kan nok omfordeles og omstruktureres, men den blir ikke borte. Det viktigste spørsmålet blir da om makten er velbegrunnet (ibid. ). I forhold til diskusjonene rundt finansieringsmodellen for fysioterapi som er bakgrunnen for informasjonen informantene sender til HELFO, er det relevant å trekke inn begrepet «strukturell makt». Dette er makt på et makronivå og utøves i samfunnet gjennom organisasjoner og sosiale institusjoner (Engelstad, 1999). Utøvelse av slikt makt er ofte todelt: Først opprettes en organisasjon eller institusjon, og deretter utøves det makt innenfor denne. Dersom en bare betrakter den daglige driften innenfor disse sosiale strukturene kan det se ut som «ingen» utøver makt. Det er da lett å se bort ifra at denne organiseringen selv er et produkt av målrettet maktbruk og dominans. På samme måten kan det være lett å overse tankegods som bare blir tatt for gitt, fordi ting er slik de er. Konsekvensen er at det ofte blir oversett hvor mye organisatorisk innsats som ligger bak å opprettholde et fungerende hegemoni (ibid.).

Stein Bråten (1983) introduserte begrepet modellmakt i sin bok fra 1983. I dette begrepet ligger det at ulike aktører vil ha ulike modellstyrke innenfor et saksområde. Saksområdet i denne sammenheng er pasientens sykdom. Modellmakt kan sees på som en symbolsk ressurs som noen har tilgang på mens andre ikke har. Den modellsterke har kontroll over relevante perspektiver og begrepsapparat som fører til at den uvitende spiller på den dominerende sine premisser når de er innenfor det gitte saksområde (ibid.). Både Bourdieu (1996) og Bråten (1983) er opptatt av at det er den modellsterke som hersker i sitt eget felt. Relevansen i denne oppgaven er i forhold til legene som den dominerende og modellmakten som eksisterer i diagnosene. Den modellsvake vil ofte søke å tilpasse seg den modellsterkes normer og forståelsesrammer (Bråten, 1983). Modellmakt mekanismene kan føre til at den modellsvake gir slipp på sin selvbestemmelse og tar til seg den modellsterkes måte å se verden på. Da kan dialogen rundt et saksområde fort bli en monolog, og Bråten fremholder derfor viktigheten av tilgang på andre kilder og åpenhet rundt definisjonen av et saksområde. Dette vil åpne opp for flere aktører og skape modeller med større gyldighet (ibid.). Med dette er det ikke slik at jeg mener å sette et likhetstegn mellom legers kliniske praksis og diagnoser. Jeg har liten forutsetning for å kunne si noe om hvilken betydning legen legger i diagnosekodene de skriver på henvisningen til fysioterapi.



## 5.0 Diskusjon

For å utforske videre hvilket forhold psykomotoriske fysioterapeuter har til den informasjonen de sender inn til HELFO, og hvordan psykomotorikerens vurdering står i forhold til henvisende behandler diagnose, vil jeg nå diskutere de resultatene jeg har valgt å vektlegge og fremheve opp mot relevant litteratur. Som beskrevet tidligere er dette sykdomsforståelse, profesjonsteori og maktteori. Resultatene som er presentert under «Diagnoser til besvær?» og «Bare en regning til HELFO?» danner grunnlaget for diskusjonen.

### 5.1 Posisjon, ansvar og arbeidsfordeling i helsevesenet

Psykomotoriske fysioterapeuter deler landskapet i helsevesenet med en rekke ulike yrkesgrupper. Profesjonslitteraturen beskriver at det er mange forhold som er med på å styre den sosiale organisering av tjenestetilbudet og grensene mellom de forskjellige profesjonene. Jeg begynner derfor med å se nærmere på hvilke posisjon, ansvar og arbeidsfordeling psykomotorikere har i samfunnet. I tillegg mener jeg det også er relevant å trekke inn hvordan den historiske utviklingen til fysioterapeutene har vært. Dette er viktig fordi psykomotorikere ikke er en egen profesjon i seg selv, men er en undergruppe av profesjonen fysioterapeuter. Dette kapittelet vil presentere et bilde av psykomotoriske fysioterapeuter i et samfunnsperspektiv.

Fra bakgrunnsinformasjonen i oppgaven ser vi at psykomotorikere jobber på mange ulike nivå i helsevesenet, og at majoriteten jobber innenfor avtalebasert privat praksis i kommunene, hvor informantene i denne oppgaven også jobber. I privat praksis jobber de selvstendig med pasienter som har sammensatte problemer. Forskningen som er presentert tidligere viser at emosjonelle belastninger er et fellestrekk for en stor del av pasientpopulasjonen som behandles av psykomotoriske fysioterapeuter. Dette sier noe om arbeidsfordelingen i helsevesenet med tanke på pasientene psykomotorikere behandler og hvilken funksjon privat praktiserende psykomotoriske fysioterapeuter fyller.

Helsedirektoratet (2012, s.33) slår fast at psykomotorisk fysioterapi er et godt etablert behandlingstilbud i Norge. Fra 1974 har en godkjent videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi kvalifisert til å bruke en egen takst «A9» i trygdeoppgjør (UiT, 2010). Dette representerer en anerkjennelse av psykomotorisk fysioterapi som behandlingstilnærming.

Helsedirektoratet beskriver at psykomotoriske fysioterapeuter i privat praksis som å ha en «*særlig selvstendighet i yrkesutøvelsen*» (Helsedirektoratet, 2012 s.34). Videre blir det trukket frem at psykomotorikere har et utvidet ansvar for diagnostisering og valg av behandlingsopplegg for den enkelte pasient. Utredningen til Helsedirektoratet (2012) lager et bilde av yrkesutøvere med særlig mye ansvar og selvstendighet i dagens samfunn.

Legen er klassisk sett den dominante profesjonen i helsevesenet som holder hegemoni. Historisk sett har fysioterapeutene hatt en lang tradisjon som legens assistent, men har som profesjon fått økende autonomi og selvstendighet. I følge Haugen (1997), som skrev dette i en kronikk i forbindelse med at fysioterapifaget fylte hundre år i Norge, har fysioterapeutene gått fra å være «legens lillesøster» til å etter hvert bli en «selvstendig fagperson». Haugen skriver videre at fysioterapeutens virke hele veien har vært knyttet til legene, og at de har forsøkt å begrunne sine behandlinger ut i fra samtidens medisinske kunnskap. Fysioterapi som fag har hatt ulik utvikling i forskjellige land. I Norge har fysioterapeuter alltid stått sterkt innen privat sektor, og det har vært naturlig og nødvendig at de har hatt en høy grad av autonomi og ansvar for pasientene. Eksempelvis skiller dette seg fra svenske «sjukgymnaster», som i større grad kun jobber innenfor sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner hvor de i større grad er underlagt legen (ibid.).

I det empiriske materialet til oppgaven er legen en fremtredende figur og nesten utelukkende den profesjonen informantene trekker inn i samtalen. Det fremstår for meg som at legen er en profesjon informantene har en del med å gjøre, og at de på ulike måter berøres av legen sin posisjon i helsevesenet i forhold til de temaene som tas opp i intervjuet. Det empiriske materialet uttrykker ikke et tett samarbeid med legen, men at informantene foretrekker en arbeidsfordeling hvor legen har det overordnede ansvaret med å avdekke alvorlig sykdom, og sorterer hvilke pasienter som skal henvises til psykomotorisk fysioterapibehandling..

Forholdet informantene har til legen er interessant fordi det innen psykomotorisk fysioterapi har vært argumentert for viktigheten av et tett samarbeid med legen av Adel Bülow-Hansen, som i sin tid var med å utvikle denne fysioterapitradisjonen (Bülow-Hansen & Houge, 1990). Tradisjonen ble jo også utviklet i et samarbeid mellom henne og en psykiater. Dette samarbeidet handler både om å tilrettelegge for den psykomotoriske behandlingen, men også en rollefordeling hvor legen skal ha det overordnede ansvaret for

pasienten, og som et prinsipp må være involvert når det behandles med psykomotorisk fysioterapi. Dette er også beskrevet i Øvreberg og Andersen (2002) hvor Bülow-Hansen siteres på at det er et av hovedprinsippene at pasienter ikke skal behandles med psykomotorisk fysioterapi uten et tett samarbeid med legen. Det taler for et tett samarbeid med legen, hvor legens medisinske ansvarlighet trekkes frem som en viktig forutsetning for å kunne drive med psykomotorisk fysioterapibehandling. I et profesjonsperspektiv kan man her si at det tales for at psykomotoriske fysioterapeuter søker å avgrense autonomien sin. Selv om det snakkes om et samarbeid og en ansvarsdeling, synes jeg dette bærer preg av en organisering hvor psykomotorikere jobber under legens jurisdiksjon. Dersom vi ser tilbake på Helsedirektoratet (2012) sin redegjørelse, så ser vi at de uttrykker en annen forståelse av den psykomotoriske fysioterapeutens rolle, som en med langt større selvstendighet og ansvar i arbeidet med pasientene. Jeg kan ikke si noe om hvor rådende denne oppfatningen er blant psykomotoriske fysioterapeuter og leger i dagens helsevesen. Informantene i denne oppgaven ønsker legens involvering på et nivå, men det fremstår ikke som de er ute etter et tett samarbeid rundt behandlingen av pasienten. Kan dette hinte om ulik forståelse mellom myndighetene og yrkesgruppen selv på hva psykomotoriske fysioterapeuters rolle i dagens helsevesen bør være? Dette med jurisdiksjoner og autonomi for profesjoner er svært sammensatt og vil diskuteres mer inngående senere i drøftingen.

## **5.2 utfordringer ved moderne medisin**

Innledningsvis knytter jeg diagnoser til en biomedisinsk sykdomsforståelse. Jeg vil nå utdype dette, samt løfte frem det jeg anser som relevante utfordringer ved at dette er den rådende sykdomsforståelsen i helsevesenet. I dette kapitlet vil jeg også gjøre rede for hvilken hensikt diagnosekodene som informantene sender til HELFO tjener.

Det biomedisinske perspektivet er preget av reduksjon og fragmentering av fenomenet, det menneskelige legemet, hvor utgangspunktet er at dette best kan forstås ut i fra de enkelte delene det består av (Berg, 1978; Wulff & Gøtsche, 2006). Fenomenet blir derfor redusert til noe lavere en fenomenet selv, løsrevet fra den menneskelige psyke og det miljøet mennesket er en del av. I moderne medisin har diagnostisering gradvis endret fokus fra den syke personen til den syke kroppen (King, 1982). Drivkraften har vært et ønske om nøyaktighet i forhold til behandling og prognose, ved å kunne si akkurat hva som er galt helt ned til cellenivå for så å behandle det. Den reduksjonistiske medisin har nytt stor

suksess og har blant annet gjort mye for å øke levealderen og redusere dødeligheten i verden (ibid.). Prisen har vært at selve mennesket, med sine erfaringer og kunnskap, blir oversett (Thornquist, 1995). Kroppen blir betraktet som et lukket system hvor medisinsk vitenskap er den eneste relevante forståelsesrammen. Dette impliserer at kroppen forstås separat fra personens erfaringer og følelser. Kroppen blir da et passivt objekt som kan betraktes og behandles løsrevet fra hele mennesket. Etterhvert som avstanden mellom legens medisinske kunnskap og pasientens erfaringsverden har økt, så synker pasientens mulighet for deltagelse (ibid.).

Videre har den moderne medisinen lagt grunnlaget for et kunnskapshierarki hvor alt som kan observeres, måles og kvantifiseres er høyt verdsatt, på bekostning av pasienten som erfarende individ. Denne utviklingen førte til en endring i hvordan klinisk informasjon ble innhentet (King, 1982). Bruken av diagnostisk teknologi økte på bekostning av anamnese og klinisk undersøkelse (ibid.) Wright & Treacher (1982, referert i Thornquist, 1995) fremholder hvordan det som kan måles i kroppen blir betraktet som «ekte», mens andre fenomen blir betraktet som noe fremmed som ikke hører til. Mål som bevegelsesutslag og muskelstyrke får plass innen denne forståelsesrammen, men det kroppslige uttrykket hos individet får ikke. Det at sosiale og kulturelle prosesser også har håndgripelig aspekter forblir usynlig, eller på sitt beste uforståelig, når det betraktes gjennom biomedisinens briller (Thornquist, 1995). Kroppen holder med andre ord liten interesse som en kilde til uttrykk og erfaring innen den etablerte medisinske forståelsesrammen.

I den biomedisinske reduksjonismen ligger det et uendelig potensial for maktøking fordi det i prinsippet ikke eksisterer noen grenser for hvor langt slik reduksjon kan drives (Berg, 1978; Wulff & Gøtsche, 2006). Det kan alltid tas ett skritt nedover og innover i forståelsen av livsprosessens grunnlag. De viktigste forutsetningene for en slik uendelig fremgang er at den moderne medisinen beholder sin autonomi og tilføres nok ressurser. Ved at moderne medisin beholder hegemoniet sitt ekskluderes også alternative perspektiv. De vurderes som ikke relevante i forhold til å vurdere kunnskapsproduksjon, så vel som kunnskapsanvendelse. Gjennom denne fragmenteringen, eller økte spesialiseringen, taper medisinen blikket for helheten i mennesket (Berg, 1978).

Bruken av diagnoser er mangfoldig i samfunnet og det er derfor viktig å avklare hva som er hensikten med diagnosekodene informantene sender til HELFO med de elektroniske

oppgjørene. Diagnoser skal først og fremst danne grunnlaget for å gi adekvat behandling og å kunne stille prognoser på pasientene sin sykdom (Thornquist, 2011). I tillegg skal diagnoser også danne grunnlaget for henvisninger i helsevesenet og være med på å regulere utbetaling av offentlige trygdemidler. På denne måten er diagnoser en nøkkel til sosiale rettigheter. Diagnosene utgjør også sykdomsstatistikken til det offentlige og er avgjørende i myndighetene sin forvaltning av felleskapets ressurser (ibid.). Diagnosene på henvisninger til fysioterapi er som nevnt innledningsvis kodet etter ICPC-2. Det overordnede målet med ICPC er å være et verktøy for å systematisere fagområdet allmennmedisin i forhold til å klassifisere pasientenes helseplager (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). ICPC er først og fremst brukt til å samle data for helsestatistikk og helsepolitiske formål (ibid.), og HELFO databasen vil derfor være en del av myndighetenes sykdomsstatistikk. I ICPC er kodesystemet delt inn i tre grupper; symptomer og plager, sykdomsdiagnoser og terapeutiske tiltak og intervensjoner. Symptomer og plager omtales som kontaktårsak, og skal representere pasientens presentasjon av problemet og ikke behandleren sin diagnostikk. Sykdomsdiagnosen er behandleren sin klassifikasjon av pasientens helseplager ut i fra sin vurdering. Terapeutiske tiltak og intervensjoner er hvilken handling diagnostikeren velger, for eksempel psykomotorisk fysioterapi. ICPC er basert på en struktur med to akser: 17 kapitler basert på organsystemer langs den ene aksene, hver med en bokstavkode, og 7 identiske komponenter med en to-sifret kode langs den andre aksene. I tillegg angis vanligvis også koden med en lengre beskrivende tekst som L18 «myalgi» (ibid.) eller P74 «angstlidelse». Diagnosekodene på henvisningen til fysioterapi skal uttrykke sykdomsdiagnosen og være et resultat av henvisende behandler sin vurdering. I Forskrift om utgifter til fysioterapi (2012) slås det fast at denne diagnosen skal bekrefte at pasienten har behov for fysioterapibehandling. Det er denne diagnosekoden fysioterapeuten må oppgi til HELFO når de hever refusjon.

Språk, kategorisering og klassifiseringssystem er sosialt konstruerte verktøy som vi bruker til å definere og gi mening til verden rundt oss. I et slikt perspektiv er verden skapt gjennom menneskets fortolkende aktiviteter. Dette blir ofte referert til som sosial konstruktivisme (Berger & Luckmann, 1996). Diagnoser er et slikt rammeverk som gir mening til sykdom og klassifiserer det på en bestemt måte. Dette blir også brukt til å beskrive observasjoner og til å kommunisere informasjon (Thornquist, 1995). Det bidrar også til å fremme et bestemt tenkemåte og oppfatning av sykdom og helse. Diagnoser blir

da en sosial konstruktivisme i praksis ved at det transformere pasientens egne opplevelser - sykdommen - til et klinisk objekt som da er gjenstand for prognose og behandling (ibid.). En diagnose kommuniserer derfor ikke bare noe om hvilken sykdom det gjelder, prognose og behandling, men også et bestemt syn på mennesker og sykdom.

En utfordring i vår tid er en økning i forekomsten av tilstander som tilsynelatende ikke lar seg forklare av den klassiske medisinske tenkningen (Eriksen, Kirkengen & Vetlesen, 2012). Dette betyr ikke at det mangler på forsøk innen medisinsk forskning for å finne de riktige konseptene eller diagnosene på disse tilstandene, på tross av kompleksiteten og varigheten i symptomene. Det fremstår derfor som den vitenskapelige forankringen som danner grunnlaget for den moderne medisinen er kommet opp i mot en grense på hva den kan forklare. Gjennom den moderne medisins briller blir disse tilstandene tolket som patologi, og det er en forventning om at den underliggende årsaken skal finnes inne i pasientene. Eriksen, Kirkengen & Vetlesen (2012) stiller seg spørsmålet «Hva om dette handler om noe helt annet?». Hva om disse tilstandene er en konsekvens av en krevende og stressende eksistens, hvor smerte, sorg, og tretthet er naturlige reaksjoner og ikke sykdom? I så tilfelle står den medisinske vitenskapen i fare for å overse de individuelle faktorene som skaper og opprettholder den aktuelle tilstanden. Den moderne medisins sterke krav til målbare bevis, og et overdrevent fokus på diagnostisk navngivning representerer derfor en mulig barriere for å forstå slike sammensatte og komplekse symptomer hos pasientene. For å adressere dette er det viktig å trekke inn andre tankesett som kan utvide forståelsen (ibid.).

Innledningsvis har jeg beskrevet hvilke tilstander og plager som går igjen hos pasientene som behandles av psykomotoriske fysioterapeuter i privat praksis. Det er blant annet pustebesvær og anspenhet, tretthet, kroppslig stivhet, smerter, søvnvansker, tristhet, engstelse, uro og funksjonsproblemer av ulik art. Det er svært stor overlapping mellom dette og det som i Eriksen, Kirkengen & Vetlesen (2012) beskrives som symptomene i de uforklarlige medisinske tilstandene. Forlengelsen av dette er at psykomotoriske fysioterapeuter i privat praksis jobber med en type helseproblem som både er dårlig forstått og dårlig beskrevet gjennom den klassiske medisinske tenkningen. Det eksisterer derfor noen kjente utfordringer ved den etablerte forståelsesrammen i helsevesenet, som virker å skape problemer både for pasienter og helsepersonell. Jeg forstår også Eriksen, Kirkengen

& Vetlesen (2012) som en indirekte validering av det perspektivet som psykomotorisk fysioterapi bringer inn i behandlingen av pasientene. I neste kapittel ser jeg nærmere på vurderingen informantene gjør av pasientene og hva som virker å være fremtredende ved forståelsesrammen informantene uttrykker.

### **5.3 Hva kjennetegner vurderingene informantene gjør?**

Informantene fremstår som autonome ved at de fremholder sin egen undersøkelse og vurdering som utgangspunkt for behandlingen de gir. De er også selvhevdende i forhold til diagnosenes modellmakt ved at de tydelig fremholder sitt eget perspektiv som det relevante perspektivet for å vurdere pasientene sine plager.

Før jeg går videre i å drøfte hvilke kjennetegn vurderingene til informantene har, kan det være nyttig å understreke at det ikke eksisterer et felles konsept eller enighet om hva en fysioterapeutisk diagnose eller vurdering skal bestå av (Thornquist, 1998) – det eksisterer derimot stor variasjon, både internasjonalt, og mellom ulike konsept og fysioterapispesialiteter. Som tidligere nevnt, kan en heller ikke ta for gitt at den praktiske virksomheten informantene utøver samsvarer med den fagutøvelsen de beskriver i ord.

Informantene beskriver ikke at de ser etter en spesifikk definisjon eller klassifisering av pasientens vansker. Som tidligere nevnt i resultatdelen ser vi at informantene fremholder at de vektlegger pasientens narrativ og undersøker kvaliteter ved muskulære spenninger, respirasjon, kroppsholdning, balanse, autonome funksjoner og omstillingsevne. De er opptatt av kontakten pasienten har med disse kvalitetene og hvordan pasientene forstår sine egne plager. Slik jeg forstår det informantene forteller, legger de til rette for pasientens aktive deltakelse i vurderingen ved at de vektlegger subjektive opplevelser og det erfaringsnære hos pasienten. Informantene tar ikke utgangspunkt i uttrykk som «syk» eller «frisk». Informantene bruker begrep som «å romme plagene», «å ha eierskap i forhold til egen kropp», og «å stå på egne bein».

I formidlingen til HELFO kommuniseres diagnoser som er navngitt gjennom et etablert medisinsk språk, og gjennom språket tegnes grunnleggende vitenskapsteoretiske forutsetninger. Scheper-Hughes og Lock (1987) diskuterer i artikkelen «The Mindful Body» hvordan det å betrakte mennesker og opplevelsen av sykdom og lidelse fra et integrert perspektiv hindres av den kartesianske arven. Vi mangler et presist vokabular for

å håndtere interaksjonen som går på tvers av de etablerte grensene mellom sinnet, kroppen og samfunnet (Scheper-Hughes & Lock, 1987, s.10);

*We are forced to resort to such fragmented concepts as the bio-social, the psychosomatic, the so-mato-social as altogether feeble ways of expressing the myriad ways in which the mind speaks through the body, and the ways in which society is inscribed on the expectant canvas of human flesh.*

Kirkengen, Getz og Hetlevik (2007) fremmer også at språklige begrep avspeiler medisinsens todelte menneskebilde og organdelte kroppsforståelse. Den smertefulle kroppen fragmenteres ut i fra utbredelse av smerter, organtilhørighet, psyke eller soma innenfor biomedisinsk kunnskap (Kirkengen, Getz, Hetlevik, 2007). Når informantene opplever å ikke passe inn i helsesystemet, kan dette både handle om ulike vitenskapsteoretisk forutsetninger og en manglende etablering av språk innen den tradisjonelle medisinen. Er informantenes vurdering uklar i det empiriske materialet fordi de mangler dekkende begrep? Ord er nødvendig for klargjøring, diskusjon eller for språklig utveksling. I tillegg til å bruke språk i kommunikasjon og formidling av kunnskap og erfaring, er det gjennom språket vi organiserer våre erfaringer (Thornquist, 2011).

Malterud (2000) beskriver at en underliggende forutsetning innen klassisk medisin er at helseproblemer presenteres som subjektive symptomer ledsaget av objektive funn. De objektive funnene skal deretter lede til en diagnose, som forklarer årsaken til symptomene og indikerer videre behandling. Når det empiriske materialet beskriver en undersøkelse som foregår parallelt med behandlingen, og ikke har som mål å ende med en tydelig konklusjon eller en diagnose, blir dette en alternativ og ulik tilnærming. Dette anerkjennes også av informantene, som avviser diagnosen og beskriver at de som faggruppe «bringer inn en annen tilnærming til de problemene som pasienten har». Thornquist (1998) fremholder i sin doktorgradsavhandling at behandlingssituasjonen i seg selv, med kroppskontakt og interaksjon over tid, gir muligheter for å forstå forbindelsen mellom kroppslig funksjon, helsevansker og livssituasjon. Videre gjør en slik forståelse at en bestemmer seg i ulike stadier for hva en er observant på behandlingsforløpet (Thornquist, 1998). Informantenes vurdering kan slik ansees å være i bevegelse over tid, og kan være en forklaring på hvorfor informantene ikke har behov for å gjøre konklusjoner etter første møte.



Førde (1993) skriver at moderne medisin har vært prega av ei monokausal tenking; «ein sjukdom, ein årsak». I vår tid har vi kunnskap som tilsier at det er få tilstander der en enkelt faktor er en tilstrekkelig forklaring på plagene pasienten opplever. Pasienter med store subjektive helseplager som ikke kan måles «objektivt» er vanskelig for helsevesenet og passer ikke inn i den tradisjonelle sykdomsforståelsen. Når en møter krav om behandling for tilstander som ikke passer inn i den tradisjonelle medisinen blir spørsmålet om hva sykdom er viktig (Førde, 1993; Kirkengen & Ulvestad (2007) Informantene mener de jobber med pasienter som har svært sammensatte problemstillinger, og at diagnoser fører til en overforenklet fremstilling av pasientene sine plager som ikke kommuniserer de sammensatte årsaksforholdene. Dette kan gi en bakgrunn for å forstå at informantene har problemer innenfor teoretiske og strukturelle rammer som er lagt av andre, og som er åpenbart mangelfulle eller problematiske ut i fra det de forteller om det praktiske arbeidet de gjør med pasientene.

#### **5.4 Rapporterte data skaper et bilde av fysioterapeutens praksis**

Innledningsvis viser jeg til at HELFO representerer en offentlig myndighet som utarbeider analyser og rapporter for myndighetene, som for eksempel oversikten over fysioterapeuters takstbruk (Paulsen & Nydal, 2011). I tillegg er det også mulig for andre å søke om utdrag fra databasen som det er gjort i UiT (2010), og slik det er gjort i dette masterprosjektet. Databasen hos HELFO er med andre ord en informasjonskilde som brukes aktivt til å betrakte fysioterapeuters praksis. Slike dataregistre er ikke myndighetenes eneste informasjonskilde, men en som kan brukes når det skal gjøres prioriteringer av for eksempel trygdemidler. Hvilket bilde som skapes av fysioterapeutens praksis gjennom informasjonen som sendes til HELFO, er derfor et svært relevant spørsmål å stille.

Et sentralt funn som presenteres i resultatene er at informantene i hverdagen virker å ha et lite bevisst forhold til informasjonen de sender inn til HELFO. De gjør seg derimot en del kritiske refleksjoner i løpet av intervjuet. Dette kan være et signal om at problemstillingen er høyst relevant og meningsfull for informantene, men at dette er noe som de av en eller annen grunn ikke har øye for i arbeidshverdagen. Hva sier dette egentlig om informantene? Hva skjer dersom informasjonen som sendes inn ikke samsvarer godt med praksisen deres? Min refleksjon er at informantene befinner seg i en posisjon hvor det er vanskelig for dem å legge merke til eller forhindre at det bli feilkilder i forhold til formidlingen av praksisen

deres. For å vise hva konsekvensene av dette kan være går jeg nå videre med å se på noen eksempler fra det empiriske materialet.

Det er to eksempler som er særlig relevante å trekke av de refleksjonene informantene gjør seg rundt betydningen av informasjonen de sender fra seg til HELFO. Det første eksempelet er noe som opptar en informant og som handler om «Bruken av undersøkelsestakst blant psykomotoriske fysioterapeuter». Selv om dette trekkes frem av kun en informant er det et viktig perspektiv på noe som er fylldig beskrevet i det empiriske materialet; fysioterapeutens egen vurdering av pasienten. Det andre temaet er noe som alle informantene bidrar til å utfylle i det empiriske materialet og kan sammenfattes til: «Psykiske diagnoser skjuler seg i muskel- og skjelettdiagnosene».

#### **5.4.1 Bruken av undersøkelsestakst blant psykomotoriske fysioterapeuter**

Alle informantene gjør sine egne undersøkelser som utgangspunkt for behandlingen de gir. Det er generelt akseptert at første møte med pasienten i fysioterapi brukes til å undersøke pasienten (Thornquist, 1995). Fysioterapeuter i privat praksis fikk sin egen undersøkelsestakst tidlig på 90-tallet, og dermed en anerkjennelse av retten til å gjøre selvstendige undersøkelser som danner utgangspunktet for sin behandling. Taksten er regulert i Forskrift om utgifter til fysioterapi (2012) som er hjemlet i Folketrygdloven (1997) §§5-8 og §§22-2. Poenget til informanten som tar opp dette med undersøkelsestaksten er at kommunen som fysioterapeutene også rapporterer informasjon til, bruker forekomsten av undersøkelsestaksten til å telle hvor mange nye pasienter hver enkelt fysioterapeut har tatt inn i behandling siste år. Dersom psykomotorikerne da ikke bruker denne taksten vil kommunen få et feil bilde av pasientflyten i praksisen deres. Gjennom HELFO sin database kan slike «estimat» potensielt foregå på en nasjonal skala.

Undersøkelsestaksten representerte en aksept av fysioterapeuter som diagnostikere og en utvidelse av autonomien til profesjonen (Thornquist, 1995). Selv om fysioterapeuter også før dette gjorde egne undersøkelser representerte denne endringen at samfunnet anerkjente fysioterapeutens autonomi og jurisdiksjon. Tidligere i historien har fysioterapeuten vært mer underordnet legen, jamfør Haugen (1997), og at legen da i prinsippet og ofte i praksis bestemte hvilken behandling fysioterapeuten skulle gi. Før Helsepersonelloven ble vedtatt var fysioterapitjenesten regulert gjennom Fysioterapitjenesteloven. Nå er autonomien til

fysioterapeuten regulert på lik linje med alt annet autorisert helsepersonell i den felles Helsepersonelloven (1999), og særlig § 4 om forsvarlighet hos helsepersonell omhandler autonomi. Min forståelse er at det med Helsepersonelloven kom en tydeligere formalisering av fysioterapeutens autonomi enn det som eksisterte i den tidligere lovgivningen. I fysioterapeutens over 100 år lange historie er det derfor relativt nylig at yrkesgruppen har fått formalisert autonomi gjennom lovverket. Det er likevel slik at det ved samarbeid med legen slås fast i loven at legen skal ha beslutningsmyndighet i alle medisinske spørsmål.

Thornquist (1995) hevder at informasjon fra legers diagnoser danner grunnlaget for alle avgjørelser i alle offentlige sammenhenger. Så selv om fysioterapeuten har fått anerkjent sin rett til å gjøre sine egne vurderinger, eksisterte det et etablert system hvor en annen yrkesgruppe sin diagnostiske virksomhet har hegemoni. I det empiriske materialet uttrykker informanten en bekymring for at psykomotoriske fysioterapeuter ikke bruker undersøkelsestaksten når de vurderer pasientene. Slik det fremstilles av informanten handler dette om økonomiske prioriteringer fordi behandlingstaksen betaler bedre enn undersøkelsestaksten. I Paulsen og Nydal (2011) kan vi se at 139 av i alt 292 psykomotoriske fysioterapeuter brukte sin egen undersøkelsestakst «A1d» i 2010. Selv om undersøkelsestaksen har vært der lenge, ser vi at over halvparten av psykomotoriske fysioterapeuter ikke benytter seg av den, og synliggjør derfor ikke at de undersøker pasientene. Konsekvensen kan være at psykomotoriske fysioterapeuter ut i fra HELFO databasen fremstår som de ikke er opptatt av å bruke takstsystemet riktig. Eller at det ser ut som mange psykomotoriske fysioterapeuter ikke undersøker pasientene sine. Hva sier det om den faglige forsvarligheten?

Dette kommenteres også i medlemsbladet til faggruppen for psykomotoriske fysioterapi (Viem, 2012). Hvem sin vurdering er det da de bruker som utgangspunkt for behandlingen? Undersøkelsestaksten representerer en mulighet for psykomotoriske fysioterapeuter til å synliggjøre at de gjør sin egen vurdering av pasientene som grunnlag for behandlingen de gir. Det er vanskelig å si hvordan faggruppen sin kommentar i medlemsbladet vil påvirke praksisen, men kanskje kan det bidra til å øke bevisstheten rundt temaet. I tråd med Forskrift om utgifter til fysioterapi (2012) kan den psykomotoriske taksten kombineres med undersøkelsestaksen. Rent praktisk må dette løses ved at den

enkelte fysioterapeut registrerer inn samme pasient to ganger på samme dag. Først med takst A1d i 30 minutt og deretter med den psykomotoriske taksten A9 i 30 minutt. Ved å bruke takstene på denne måten vil ikke psykomotoriske fysioterapeuter lenger tape inntekt ved å benytte seg av undersøkelsestaksten. Kanskje kan et slikt økonomisk incentiv også bidra til å heve bevisstheten rundt temaet?

Uavhengig av om det er måten takstsystemet brukes på av psykomotorikerne, eller at det er lite bevissthet rundt informasjonen som sendes til HELFO, kan konsekvensen være en feilrepresentasjon av fysioterapipraksisen. I verste fall kan politiske og administrative myndighetene være feilinformerte når de gjør økonomiske prioriteringer eller fastsetter jurisdiksjoner i helsevesenet. Dette eksempelet viser i min mening hvor viktig det er å formidle korrekt informasjon, fordi en rett og slett ikke har kontroll på hva denne informasjonen kan brukes til av andre. Jeg sier ikke at HELFO databasen er den viktigste eller eneste informasjonskilden det offentlige har om psykomotorisk fysioterapi, men at det er en oversett arena hvor psykomotoriske fysioterapeuter kan utøve innflytelse gjennom informasjonen de bidrar med.

#### **5.4.2 Kan statistikk fra HELFO databasen skjule psykiske lidelser?**

Det neste eksempelet belyser også potensielle konsekvenser ved at informasjonen som sendes inn til HELFO ikke reflekterer fysioterapeutenes praksis. Alle informantene trekker frem at HELFO databasen kanskje ikke tydelig nok uttrykker at de jobber med pasienter som har psykiske lidelser. I det empiriske materialet handler dette om at disse lidelsene lett blir skjult i muskel- og skjelettdiagnosekoden på henvisningen til fysioterapi, som informantene rapporterer inn til HELFO med de elektroniske oppgjørene. Diagnosekodene som sendes inn til HELFO er bestemt av behandleren som henviser til fysioterapi. Informantene omtaler den henvisende instansen konsekvent som legen, selv om kiropraktorer og manuellterapeuter også kan henviser til fysioterapi. Jeg velger også å bruke denne fremstillingen videre for å holde meg tett til det informantene sier.

I et perspektiv hvor diagnoser er den relevante forståelsesrammen, ville bruken av flere psykiske diagnosekoder i informantenes mening reflektert praksisen deres bedre i HELFO sin database. Hvorfor er det da slik at legen setter muskel- og skjelettdiagnosekoder på pasienter hvor informantene mener at diagnosekodene heller burde uttrykke psykiske

lidelse? Kan dette være et uttrykk for at legen og psykomotorikeren har ulike forståelsesrammer, og at mens legen for eksempel ser muskel- og skjelettplager, kan dette være et uttrykk for psykisk lidelse eller emosjonell belastning i psykomotorikeren sin forståelse? Dette blir jo bare spekulasjon fra min side, siden jeg ikke kan si noe om hvilke vurderinger som ligger til grunn for diagnosekodene legene setter på henvisningen, eller hvor mye de vektlegger den informasjonen de sender fra seg. Informantene er av den oppfatning at diagnosekodene på henvisningen påvirkes av legens forståelse om hva som behandles hos psykomotoriske fysioterapeuter, eller hva slags type plager de mener bør behandles med psykomotorisk fysioterapi. I forskriften om dekning av utgifter til fysioterapi står det at diagnosen på henvisningen skal bekrefte at pasienten har behov for denne behandlingen. Det er i alle fall ikke urimelig å tenke at legen kanskje i større grad bruker psykiske diagnoser når han henviser til en psykolog, og at det i større grad benyttes muskel- og skjelettdiagnoser når det henvises til en psykomotorisk fysioterapeut. Det trekkes også frem av informantene at psykiatriske diagnoser har lav status og kan være stigmatiserende for pasientene. Dette kan være en årsak på hvorfor legen velger å sette en «greiere» diagnosekode som muskel- og skjelettplager. Hvor mye dette har å si for skjevheten i statistikken over diagnosekoder i HELFO databasen er vanskelig å si. Konsekvensene er i alle fall at det kan se ut som psykomotoriske fysioterapeuter i mindre grad behandler pasienter med psykiske lidelser enn det de faktisk gjør.

En statistisk analyse som er presentert i UiT (2010) basert på 3 måneders utdrag fra HELFO databasen i 2009, viser at 42 prosent av pasientene har oppført en muskel-skjelettdiagnose som førsted diagnose. Mange pasienter som oppsøker psykomotorisk fysioterapi med muskel- og skjelettdiagnoser har også emosjonelle vansker uten at de er diagnostisert med psykisk lidelse (Kvale, Breitve og Hynninen, 2010). 23 prosent av pasientene har en psykisk diagnose som førsted diagnose. Hele spekteret av psykiske diagnoser er representert, men de fleste av pasientene behandles for angst og depresjoner. 13 prosent av pasientene er diagnostisert med nevrologiske lidelser. Mange av disse har symptomer som tensjonshodepine, migrene, svimmelhet og tretthet. Dette er tilstander som gjerne relateres til angst- og spenningstilstander; og i de senere år også til dissosiative lidelser (UiT, 2010). Statistikken viser derfor at psykiske diagnoser er godt representert, men langt fra like dominerende som muskel- og skjelettdiagnosene. Her ser vi at det blir

svært relevant hvem som har definisjonsmakten når HELFO databasen brukes til å betrakte de psykomotoriske fysioterapeutens praksis.

Et tidsaktuelt eksempel som omhandler psykomotoriske fysioterapeuter og psykiske lidelser kan sees i nyhetsseksjonen på NFF sin hjemmeside (Hellesø & Ottesen, 2012). Her kan man lese at volumet av psykomotorisk fysioterapeuter med driftsavtaler i kommunal virksomhet bør økes for å ivareta de lange køene for psykiatrisk hjelp. Dette er et forsøk på å hevde jurisdiksjon over en gruppe pasienter eller en type helseproblem, slik at administrative myndigheter prioriterer psykomotoriske fysioterapeuter når ressursene i kommunene og det offentlige skal fordeles. Ut i fra det empiriske materialet og inkludert litteratur i denne oppgaven, fremstår det som psykomotorisk fysioterapi er mye brukt til å behandle helseproblem som faller inn under helsevesenets definisjon av psykiatri. Et utgangspunkt i denne oppgaven er at HELFO databasen, med sin ICPC sykdomsstatistikk, kan være et verktøy for det offentlige og kommunene når det skal gjøres slike ressursprioriteringer. Et overordnet mål med ICPC klassifikasjon er nettopp «å klassifisere virksomhet på nasjonalt nivå og å kartlegge bruken av trygdemidler på grunn av sykdom eller skader» (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Forekomsten av psykiske diagnoser i sykdomsstatistikken til HELFO databasen kan derfor være av betydning når det gjøres ressursprioriteringer knyttet til psykiatrisk hjelp. Her blir det tydelig at det har noe å si hvem som har definisjonsmakten i helsevesenet. Utover legens diagnosekode inneholder ikke HELFO databasen en vurdering av pasientens lidelse, og diagnosekoden blir derfor tellende i alle offentlige sammenhenger hvor innholdet i HELFO databasen brukes.

### **5.4.3 Hvilke muligheter har fysioterapeuter til å påvirke diagnosekodene?**

Det er også relevant å se på hvilke muligheter informantene har til å påvirke diagnosekodene før de sender dem fra seg, og hvordan HELFO behandler den informasjonen de mottar. Gjennom kommunikasjon med leverandørene av journalsystemene som fysioterapeuter bruker til å sende inn elektroniske oppgjør, har jeg fått vite at alle dataprogrammene støtter å legge inn flere diagnoser. De fleste systemene har også egne felt for fysioterapeutens diagnosekoder og henvisende behandler diagnosekoder. Begge deler sendes til HELFO med oppgjørene. Jeg har ikke funnet skriftlig dokumentasjon på hvordan HELFO behandler diagnosekodene fra oppgjørene, men har per telefon med en HELFO ansatt fått opplyst at alt over tre diagnoser fjernes før

det lagres i databasen. Tall som jeg har fått fra HELFO viser at 97 prosent av refusjonskravene har én diagnosekode, 2.5 prosent har to diagnoser, og 0.5 prosent har tre diagnoser. Dette vil si at det i hovedsak kun er én diagnose påført oppgjørene som de psykomotoriske fysioterapeutene sender inn; hoveddiagnosen som er nødvendig for å heve refusjon.

I alle dataprogrammene må det angis en hoveddiagnose som da blir førstediagnosen som nevnes i UiT (2010). Det er kun denne diagnosen som er relevant for å utløse refusjon gjennom HELFO (Forskrift om utgifter til fysioterapi, 2012). Fysioterapeuten kan korrigere diagnosen på de mottatte henvisningene, dersom han eller hun mener at dette er nødvendig opp mot behandling av pasienten. Det må da skrives en merknad på henvisningen om at diagnosen er endret, at den er gjort i samråd med henvisende behandler og dato for denne kontakten. De psykomotoriske fysioterapeutene har derfor muligheten til å føre på ekstra diagnosekoder utover den som står på henvisningen, eller å korrigere den som henvisende behandler har fylt ut på henvisningen. Ut i fra det empiriske materialet virker det ikke som informantene engasjerer seg i å synliggjøre vurderingen sin på denne måten. En funksjon av dette kan være at diagnosekodene i HELFO databasen ikke representerer psykomotoriske fysioterapeuters diagnostiske virksomhet på noe nivå. Da fremstår det som om informantene er i en posisjon hvor de har lite innflytelse på hvordan praksisen deres formidles gjennom diagnosekodene som sendes til HELFO.

## **5.5 Jurisdiksjon over utbetaling av offentlige trygdemidler**

I bakgrunnsinformasjonen til oppgaven har jeg beskrevet finansieringsmodellen for privat fysioterapi. Fysioterapeuten har som nevnt tidligere fullt autonomi til å undersøke og behandler pasienter i følge Helsepersonelloven, men dersom fysioterapeuten skal få utbetalt offentlig midler for arbeidet sitt, må pasienten først undersøkes av en lege som deretter henviser pasienten til fysioterapibehandling. Henvisningen skal inneholde legens diagnostiske vurdering. Diagnosekoden må som nevnt oppgis i det elektroniske refusjonskravet for å heve refusjon. Dette er som nevnt regulert i Forskrift om utgifter til fysioterapi. Gjennom denne finansieringsmodellen for fysioterapi har legen lenge hatt jurisdiksjon over hvilke pasienter fysioterapeuter kan utløse trygderefusjon for. Generelt er lovfestede profesjonelle rettigheter som nevnt tidligere svært utholdende (Abbott, 1988). Mellom ulike profesjonelle rettigheter som er stadfestet gjennom lovverket virker det som

rettigheter knyttet til betaling for tjenester virker mindre motstandsdyktige mot endring enn et behandlingsmonopol (ibid.). I den senere tid har det vært en prøveordning hvor kiropraktorer og fysioterapeuter med en videreutdanning i manuellterapi (manuellterapeuter) også kan henvise til fysioterapi. I tillegg har manuellterapeuter rett til å heve refusjon for behandlingene sine uten at legen må diagnostisere og henvise pasienten. En gruppe fysioterapeuter har med andre ord fått utvidet sin autonomi, og deler samtidig jurisdiksjon med leger og kiropraktorer over utbetalinger av offentlige fysioterapimidler. Det har med andre ord vært et oppbrudd i legens hegemoni og kanskje er dette et steg i retning av at flere fysioterapeuter også etter hvert får dele denne jurisdiksjonen, for eksempel de psykomotoriske fysioterapeutene.

Fysioterapeuter har muligheten til å tilby en tjeneste utenfor refusjonsordningen som pasientene helt fritt kan benytte seg av uten å trenge henvisning fra legen. Men finansieringsmodellen for fysioterapi gir både pasientene og fysioterapeutene et sterkt økonomisk incentiv til å holde seg innenfor. Pasienten har også et økonomisk incentiv ved å først gå til legen, fordi mange diagnosekoder kvalifiserer til såkalt «honorartakst», som vil si at de har krav på fysioterapibehandling som sin i helhet dekkes av det offentlige. I tillegg er helt private fysioterapeuter dyrere enn de med refusjonsavtale fordi pasienten ikke deler utgiftene med kommune og det offentlige. Det er også flere aspekter av dette, som frikort, ventelister og tilgang til behandlere. Mange kommuner har ingen private fysioterapeuter som jobber uten trygderefusjonsavtale. Dette er spesielt relevant for psykomotoriske fysioterapeuter fordi majoriteten jobber innen privat praksis med refusjonsrett. Skal du gå til psykomotorisk fysioterapi er det trolig bare i de store byene at det finnes psykomotoriske fysioterapeuter som ikke har en refusjonsavtale. Pasientene er derfor som regel nødt til å først oppsøke legen før de kan få en vurdering hos psykomotorisk fysioterapeut. På overflaten handler finansieringsmodellen om trygdeutbetalinger, men hva mer kan det handle om?

I samfunnet i dag er det på bakgrunn av denne finansieringsmodellen en etablert kultur hvor pasientene oppsøker lege før de kan gå til fysioterapeut. Denne organiseringen bidrar trolig til en videreføring av en offentlig oppfatning om at fysioterapeuten er underlagt legens autoritet. Noe som ikke reflekterer autonomien fysioterapeutene i prinsippet har. I tillegg til å sitte med jurisdiksjon over fysioterapeuters offentlig trygdemidler, har legen



også i kraft av sin posisjon som henviser på et nivå jurisdiksjon over hvilke pasienten som skal få fysioterapibehandling. I tillegg til dette løftes som nevnt legens diagnostiske vurdering frem ved at fysioterapeutene må videreformidle legens diagnose for å få utbetalt trygderefusjon. Gjennom finansieringsmodellen for fysioterapi utøves det derfor en strukturell makt som går på bekostning av fysioterapeutens autonomi. Det fremstår derfor for meg som finansieringsmodellen for fysioterapi i privat sektor er en del av legens hegemoni i helsevesenet. Er en slik ordning godt begrunnet i dagens samfunn?

Dette er en beskrivelse av systemet slik jeg ser det ut i fra et maktperspektiv, og det kan være andre hensyn som argumenterer for en slik ordning som ikke løftes frem i denne oppgaven. Det jeg ønsker å løfte frem er at selv om psykomotoriske fysioterapeuter i det offentlige øyne nå har mye ansvar og høy grad av autonomi, så ligger de under andre profesjoners domene, og da særlig legens. Disse styrer offentlige utbetalinger av fysioterapimidler, og kan til syvende og sist også i stor grad å bestemme hvem som skal undersøkes og behandles av psykomotoriske fysioterapeuter. Psykomotorisk fysioterapi har som nevnt innledningsvis i hovedsak utviklet seg på private institutt med kommunale driftsavtaler før det ble en formell utdanning. Finansieringsmodellen for fysioterapi har derfor trolig svært mye å si for autonomien til denne profesjonen som helhet.

Helsedirektoratet (2012) trekker som tidligere nevnt frem psykomotoriske fysioterapeuter som en yrkesgruppe med særlig ansvar og selvstendighet i yrkesutøvelsen. I lys av det jeg har presentert tidligere i dette kapittelet synes jeg ikke denne beskrivelsen av faggruppen reflekteres godt i hvordan finansieringen av det private fysioterapitilbudet reguleres. Ut i fra den arenaen som betraktes i denne oppgaven kan det derfor virke som det er manglende samsvar på noen nivå, mellom Helsedirektoratets oppfatning av faggruppen, og hvordan deres virke reguleres gjennom rettskilder og eksisterende styringsmodeller. En kan stille spørsmål ved om det er en manglende formalisering av faggruppens ansvar og virke ut i fra rollen de fyller i helsevesenet. I neste kapittel ser jeg nærmere på informantenes meninger om autonomi og jurisdiksjon rundt disse aspektene av praksisen sin.

## 5.6 Hvilket behov for autonomi og jurisdiksjon uttrykker informantene?

Informantene i det empiriske materialet jobber innenfor finansieringsmodellen for fysioterapi til daglig, og det er derfor svært interessant å se hvilket forhold de har til den. Fra resultatene ser vi at informantene er nesten utelukkende positive til ordningen og argumentere for en videreføring av den ansvarsfordelingen som eksisterer. En informant trekker frem er at det er ønskelig at legen beholder det overordnede medisinske ansvar med å ekskludere alvorlig sykdom før pasienten kommer til psykomotorisk fysioterapi. Dette er med andre ord noe informantene ikke ønsker skal ligge under den psykomotoriske fysioterapeuters jurisdiksjon. Det trekkes frem at legen er bedre kvalifisert til å ha dette ansvaret, og at det vil være svært ubehagelig for en psykomotorisk fysioterapeut å skulle overse noe som får alvorlige konsekvenser for pasientens helse. En tanke jeg gjør meg er at mange pasienter går svært lenge i psykomotorisk behandling, og mye kan oppstå i løpet av denne tiden. Selv om dette er noe som nå ligger under legens jurisdiksjon, tror jeg det er viktig for pasientene at psykomotoriske fysioterapeuter også kan kjenne igjen tegn på alvorlig sykdom hos pasientene de behandler.

Et annet aspekt som trekkes frem av flere informanter er at legen gjennom henvisningsprosedyrene grovsorterer pasientene og henviser de som er aktuelle for behandling hos psykomotoriske fysioterapeuter. En slik sorteringsrolle ville i følge to av informantene kreve for mye resurser i en psykomotorisk praksis som allerede har svært lange ventelister. Konsekvensene vil være at det går utover kapasiteten til å drive med pasientbehandling. Slik jeg forstår dette mener de at legen skal beholde jurisdiksjonen over hvilke pasienter som får oppsøke psykomotoriske fysioterapeuter, slik at informantene kan begrense seg til å fokusere på behandlingen av pasientene. Det argumenteres med andre ord for en begrenset autonomi. En refleksjon jeg gjør meg er at denne sorteringer også krever mye resurser hos fastlegene. Hva trenger vi da egentlig, flere fastleger eller flere psykomotoriske fysioterapeuter? Hvem er ekspertene på muskel- og skjelettplager og hva som bør behandles med psykomotorisk fysioterapi?

Det trekkes også frem av flere at de er fornøyd med at legen har ansvaret med å kode pasientens helseplager i diagnoser ovenfor HELFO. Dette er noe som ikke interesserer dem og som de derfor ønsker skal ligge under legens jurisdiksjon slik det gjør i dag. Dette er av

stor betydning fordi de da på et nivå godtar at legens diagnose er den vurderingen som synliggjøres i forhold til deres pasientbehandling gjennom refusjonsordningen. Det kan også fremstå som de mener at diagnosekoding til offentlig statistikk ikke er deres ansvar. Samlet sett så danner dette i et profesjonsperspektiv et inntrykk av at informantene søker å avgrense sin egen autonomi. Dette virker å være delvis motivert av at de da kan fokusere mest mulig på pasientbehandling, og at dette er viktigere for dem enn at de som yrkesgruppe blir liggende under legens jurisdiksjon på et nivå. Det som ligger utenfor domenet pasientbehandling virker de tilfreds med at andre holder jurisdiksjon over.

Det er interessant at informantene virker å ville opprettholde et avgrenset domene, og synes tilfredse med den grad av autonomi de har i yrkesutøvelsen. Dette står litt i kontrast til profesjonsteorien, hvor det som fremheves er en profesjons streben etter autonomi og jurisdiksjon til å regulere eget virke. Et spørsmål jeg stiller meg er om de er fornøyde med å holde seg bak legens vurderinger så lenge de har frihet til å selv undersøke og behandle pasientene på sine egne premisser, og gjøre det de synes er riktig for pasientene. Det fremstår ikke som de er opptatt av hverken den makten eller statusen i samfunnet som en økt autonomi og jurisdiksjon ville medføre. Slik denne forfatteren leser Helsedirektoratet (2012) sin utredning for den offentlige spesialistgodkjenningen kan det ligge mer ansvar på trappene for psykomotoriske fysioterapeuter. Kanskje ved at de selv må måtte sette diagnosekoder på pasientene, og samtidig får retten til å hevetrygderefusjon uten at pasientene først må henvises av andre. Dette vil tilsvare ordningen som manuellterapeutene har. Det fremstår for meg som informantene og Helsedirektoratet (2012) virker å ha litt ulik forståelse, eller ønsker for hva psykomotorikerens rolle skal være i fremtidens helsevesen. Det blir interessant å se hvilken retning utviklingen tar.

## **5.7 Har det noe å si hvilken vurdering det er som løftes frem?**

Informasjonen som sendes til HELFO av psykomotoriske fysioterapeutene er som forklart et produkt av kravene til finansieringsmodellen for fysioterapi. Slik det er beskrevet tidligere i oppgaven representerer ikke disse diagnosekodene vurderingen som er gjort av psykomotoriske fysioterapeuter. Gjennom denne modellen løftes derfor legens diagnose frem som den vurderingen som blir synliggjort og tellende i samfunnets øyne når innholdet i databasen skal brukes til å betrakte fysioterapeutens praksis. Thornquist (1995) skriver at informasjon fra legers diagnoser danner grunnlaget for alle avgjørelser i alle offentlige

sammenhenger. Dette er med andre ord «business as usual». Resultatene som presenteres fra det empiriske materialet viser at informantene er svært kritiske til diagnoser som en beskrivelse av pasientene, og at de anser diagnoser som lite relevant for det arbeidet de gjør. Samtidig argumenterer de for en videreføring av en ordning hvor legens vurdering synliggjøres på bekostning av at deres egne vurderinger av pasienten. De fremstår heller ikke som kritiske til at diagnoser, og det underliggende perspektivet på sykdom og helse dette bærer med seg, er det som kommuniseres om deres pasientbehandling til HELFO databasen. Dette opplever jeg som noe paradoksalt fordi informantene fremstår som både svært autonome og selvhevdende i forhold til sin egen forståelsesramme i arbeidet med pasientene. Kanskje er dette mer et uttrykk for manglende fagpolitisk engasjement enn avmakt hos informantene? Det kan i alle fall forstås slik i forhold til de teamene som diskuteres i intervjuene. Slik dette fremstår, blir ikke vurderingen og forståelsesrammen til informantene, og trolig heller ikke psykomotoriske fysioterapeuter for øvrig, synlig i HELFO sin database. Min forståelse av det empiriske materialet er at vurderingen informantene gjør først og fremst har funksjon for dem i selve behandlingen av pasientene.

Som sagt kommuniserer diagnosekoder i seg selv et bestemt syn på sykdom og helse. Sammenligner vi sykdomsforståelsen som diagnoser kommuniserer og den sykdomsforståelsen informantene uttrykker, ser vi at det er store kontraster. Informantene er samstemte om at diagnosekodene de sender til HELFO står for legens vurdering, og fremstår utover det ikke kritiske til at legens diagnoser er det som blir videreformidlet. Det interessante når en ser resultatene under ett, er at informantene ikke fremstår som modellsvake i forhold til modellmakten som eksisterer gjennom diagnosene. Snarere tvert imot virker de lite opptatt av å bruke dette som begrep eller handlingsramme på noen nivå i praksisen sin. Det er rett og slett lite relevant for dem, og de hevder sin selvbestemmelse gjennom å beholde sin egen måte å se verden på. En av informantene trekker frem at det som er viktig med psykomotorisk fysioterapi er nettopp at det representerer en annen tenkning enn den etablerte forståelsesrammene for sykdom, og at det er gode grunner for å beholde sin egen forståelsesramme. Ut i fra resultatene virker det derfor ikke som om informantene anser at det står noe særlig på spill i at legens diagnoser videreformidles til HELFO.

Slik det fremstår for meg eksisterer derfor vurderingen informantene selv gjør av pasienten, og det de formidler til HELFO, som to ulike monologer. I Bråtens (1983) tenkning om modellmakt vil det vært mer hensiktsmessig at disse perspektivene utfyller hverandre for å skape et bedre sykdomsbegrep. Hvem er det som da bør åpne opp for en dialog? Skal informantene begynne å kommunisere i diagnosekoder, eller bør HELFO systemet åpnes opp for at psykomotoriske fysioterapeuter kan kommunisere en vurdering i sin egen forståelsesramme? Hvilken form skulle denne vurderingen eventuelt ta? Informantene i det empiriske materialet kommer ikke med noen forslag til hvordan deres vurdering eventuelt skulle formidles, og det trekkes frem at dette er et vanskelig tema fordi deres forståelsesramme ikke passer inn i helsevesenet slik det er i dag. Det er også et anerkjent problem at alternative perspektiv ikke gis plass i moderne medisin (Berg, 1978; Eriksen, Kirkengen og Vetlesen, 2012).

Ut i fra det empiriske materialet er det tydelig at informantene vektlegger sin egen vurdering, og at denne er viktig for arbeidet de gjør, men samtidig fremstår det ikke som hensikten med vurderingen deres er å ende opp med noe konkret som kan kommuniseres utenfor pasientbehandlingen. Dette kan potensielt være en utfordring for psykomotoriske fysioterapeuter i fremtiden. Hvordan skal de gå frem for best mulig formidling og kommunikasjon om pasientene de behandler, og på den måten tilby samfunnet en alternativ forståelsesramme for sykdom og helse. Dette er en stor oppgave og ikke noe jeg legger på skuldrene til informantene i denne oppgave. Eriksen, Kirkengen og Vetlesen (2012) både anerkjenner og etterlyser slike alternative forståelsesrammer som det informantene i denne oppgaven er i besittelse av. Kanskje er dette noe faggruppen som kollektivt må jobbe med gjennom praksisfeltet, utdanning og forskning?

## 6.0 Avslutning

Gjennom en analyse av transkriberte intervju med tre psykomotoriske fysioterapeuter er det utviklet et empirisk materiale. Dette empiriske materialet har dannet utgangspunktet for å belyse forholdet informantene har til informasjonen de sender til HELFO ved elektroniske trygdeoppgjør, og hvordan vurderingen de gjør av pasientene står i forhold til diagnosekodene på henvisningen til fysioterapi. Som et resultat av det analytiske arbeidet har sykdomsforståelse, profesjonsteori og til en viss grad også maktmodeller vært vektlagt i drøftingen av det empiriske materialet.

Resultatene fra prosjektet viser at informantene har et lite bevisst forhold til informasjonen de sender til HELFO og hva denne databasen kan brukes til. De er heller ikke i en posisjon hvor de har innflytelse på diagnosekodene som sendes inn til HELFO og sykdomsstatistikken som dette utgjør. Dette har blant annet rot i den eksisterende finansieringsmodellen for fysioterapi hvor henvisende behandlerers diagnosekoder er det som skal rapporteres til HELFO. Informantene engasjerer seg utover dette ikke i diagnosekoding av pasientenes lidelser, og mener at diagnoser er dårlig egnet til å beskrive lidelsene til pasientene de behandler. Deres synspunkt er at diagnosekoden de sender inn derfor må stå for legens vurdering. I diskusjonen har jeg poengtert at det gjennom informasjonen som sendes inn til HELFO potensielt kan oppstå en feilformidling av praksisen til psykomotoriske fysioterapeuter. Dette kan få konsekvenser dersom HELFO databasen brukes ved for eksempel ressursprioritering eller fastsetting av jurisdiksjoner i helsevesenet. Eksempler på slike potensielle feilformidlinger som er diskutert i oppgaven er den manglende bruken av undersøkelsestakst blant psykomotorikere, og at psykiske lidelser skjules i sykdomsstatistikken hos HELFO.

Informantene fremstår som autonome og gjør sine egne undersøkelser som utgangspunkt for behandlingen de gir. De er selvhevdende i forhold til sin egen forståelsesramme, som representerer et alternativ til den etablerte medisinske modellen som diagnosekoding har utspring fra. Slik det fremstår i det empiriske materialet er ikke hensikten med vurderingen til informantene å formalisere en konklusjon som skal kommuniseres utenfor behandlingen av pasientene. Et viktig poeng er at diagnosekodene i HELFO databasen ikke på noe nivå virker å representere vurderingen som psykomotoriske fysioterapeuter gjør av pasientene

de behandler. Resultatet er at deres egen vurdering av pasienten ikke er synlig i informasjonen de sender til HELFO. I litteraturen er det støtte for at den eksisterende medisinske modellen er mangelfull i beskrivelsen av en rekke lidelser, og at dette kan være en utfordring for både pasienter og helsepersonell. Forskning etterlyser at alternative forståelsesmodeller får mer plass i helsevesenet, og her kan psykomotoriske fysioterapeuter være en ressurs dersom de kommer i en posisjon hvor de kan synliggjøre sin egen vurdering for omverden.

På tross av sin autonomi, fremstår informantene som de ønsker å beholde et begrenset domene hvor de i hovedsak fokuserer på klinisk arbeid med pasientene. De argumenterer for en videreføring av den eksisterende modellen, hvor legen har det overordnende medisinske ansvaret, setter diagnosekoder og sorterer hvilke pasienter som skal behandles med psykomotorisk fysioterapi. De fremstår ikke kritiske til at det gjennom dette er diagnosekoder og det synet på helse og sykdom som videreføres. Dette opplever jeg som paradoksalt fordi informantene i samtalene er svært selvhevdende ovenfor sin egen forståelsesmodell, som de mener er viktig i arbeidet med pasientene. Helsedirektoratet ser på psykomotorikere som å ha særlig mye ansvar og selvstendighet i yrkesrollen. Det er derfor spor av at det kan være ulike ønsker for hva psykomotorikerens rolle skal være i fremtidens helsevesen. Det fremstår samlet sett heller ikke som om helsedirektoratets oppfatning av psykomotoriske fysioterapeuter reflekteres i den eksisterende rettspraksisen og de etablerte offentlige ordninger som regulerer yrkesgruppens virke. Det blir spennende å se hvilken retning utviklingen tar.

Et forsiktig håp for implikasjonene av denne forskningen, er som beskrevet tidligere at det som løftes frem i denne oppgaven kan være et bidrag til en reflektert praksis hos psykomotoriske fysioterapeuter, og andre som benytter seg av HELFO databasen.

Det kunne vært interessant å ha gått videre med forskning hvor en ser litt bredere på vurderingen som gjøres av psykomotorikerne; hvordan de kommuniserer vurderingen sin til omverden og hvilken form denne vurderingen da gis. Denne oppgaven ser nøye på diagnosekodene og berører også takstene som sendes inn med de elektroniske oppgjørene. Det eksisterer mye mer informasjon i denne databasen, og det kunne derfor også vært viktig å gå videre med å se nærmere på innholdet som helhet. Hva den psykomotoriske fysioterapeutens rolle skal være i fremtiden fremstår også som et viktig felt å utforske

videre. Hvilken rolle er det behov for at denne yrkesgruppen fylder i helsevesenet og hva ønsker yrkesgruppen selv?



## 7.0 Litteraturliste

- Abbott, A. (1988) *The System of Professions. An Essay on the Division of Labor*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Bengtsson, J. (1998) *Fenomenologiska utflykter*. Bokförlaget Daidalos AB, Göteborg.
- Berg, O (1978) *Medisin og det modern samfunn*. I Ringen, A. (red) Helsepolitikk og samfunn. Tiden, Oslo. S. 13-31
- Berger, P. L. & Luckmann, T. (1966) *The social construct of reality, a Treatise in the sociology of Knowledge*. Doubleday and Kompany, New York.
- Bourdieu, P. (1996) *Symbolsk makt*. Pax Forlag, Oslo.
- Breitve, M. & Hynninen M. & Kvåle, A. (2008) *Emosjonelle symptomer og helseplager hos pasienter som oppsøker psykomotorisk fysioterapi*. Fysioterapeuten (12): 19-26
- Breitve M. H., Hynninen M. J. & Kvåle A. (2010) *The effect of psychomotor physical therapy on subjective health complaints and psychological symptoms*. Physiotherapy Res Int. 15(4):212-21
- Bunkan, B.H. (2008) *Kropp, respirasjon og kroppsbilde*. Gyldendal akademiske, Oslo.
- Bunkan, H.B., Bülow-Hansen Aa., Hougem N. & Hødal, H. H. (1976) *Psykomotorisk behandling. Kompendium*. Pensumtjenesten, Oslo.
- Bülow-Hansen, Aa., Houge, N. (1990) *Samarbeid mellom fysioterapeut og lege i forhold til psykomotorisk fysioterapi*. Tidsskrift for Den norske Lægeforening 110: 3,498-500.
- Bråten, S. (1983) *Dialogens vilkår i datasamfunnet – essays om modellmonopol og meningshorisont i organisasjons- og informasjonssammenheng*. Universitetsforlaget, Oslo. Del I. 1-75
- Coffey, A. & Atkinson, P. (1996) *Making sense of qualitative data*. London, Sage Publications Ltd.
- Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Gyldendal akademiske, Oslo.

Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM)(2009) *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag* [online] URL: [http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Kvalitative%20forskningsprosjekt%20i%20medisin%20og%20helsefag%20\(2010\).pdf](http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Kvalitative%20forskningsprosjekt%20i%20medisin%20og%20helsefag%20(2010).pdf) Lest:20.11.2012

Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. [online] URL: [http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Forskningsetiske%20retningslinjer%20for%20samfunnsvitenskap,%20humaniora,%20juss%20og%20teologi%20\(2006\).pdf](http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Forskningsetiske%20retningslinjer%20for%20samfunnsvitenskap,%20humaniora,%20juss%20og%20teologi%20(2006).pdf) Lest: 10.12.2012

Engestad , F. (red.) (1999) *Om makt. Teori og kritikk*. Ad Notam Gyldendal AS, Oslo.

Kap. Innledning 7-15

Kap. Makt i Pierre Bourdieus Sosiologi 43-79

Kap. Michel Foucault som maktteoretiker 79-97

Kap. Kommunikativ makt og sanksjonsbasert makt hos Jürgen Habermas 222-262

Kap. Fra handling til struktur 303-321

Eriksen, T. E., Kirkengen, A.L. & Vetlesen, A.J. (2012) *The medically unexplained revisited*. *Medicine, Health Care and Philosophy* DOI 10.1007/s11019-012-9436-2

Flick, U. (2009) *An introduction to qualitative research*. 4. utg. London, Sage Publications Ltd.

Flyvbjerg, B. (2006) *Five Misunderstanding About Case-Study Research*. *Qualitative Inquiry*, Volume 12, nr. 2 s. 219-245.

Folketrygdloven (1997) *Lov om Folketrygd*. [online] Lovdata URL: [http://www.lovdatano/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/g\\_ratis/www/docroot/all/nl-19970228-019.html&emne=FOLKETRYGDLOV](http://www.lovdatano/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/g_ratis/www/docroot/all/nl-19970228-019.html&emne=FOLKETRYGDLOV) Lest: 10.11.2012

Forskrift om utgifter til fysioterapi (2012) *Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi*. Fastsatt ved kgl.res. 20.juni 2012 nr. 651 med hjemmel i Lov om folketrygd [online] Lovdata URL: <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/to-20120620-0651-001.html> Lest: 01.10.2012

Forskrift om trygderefusjon for leger m.v.(1998) *Forskrift om rett til trygderefusjon for leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter*. Fastsatt ved kgl.res. 18.juni 1998 nr. 590 med hjemmel i Lov om folketrygd [online] Lovdata URL: <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-19980618-0590.html> Lest: 01.10.2012

Freidson, E. (2001) *Professionalism: The Third Logic*. Polity, London.

Førde, R. (1993) *Sjukdomsbegrepet – fallgrop og utfordring*. Tidsskriftet for den norske legeforening 113:2163-6

Gretland, A. (2011) *Hva er psykomotorisk fysioterapi?* [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.fysio.no/content/download/47112/535482/file/Foredrag%20NFF%2016.%20jan11.pdf>. Sist lest 07.03.2012

Haugen, K.H. (1997) *En utdanning i bevegelse: 100 år med fysioterapiutdanning i Norge*. Universitetsforlaget, Oslo.

Hellesø, G. M. & Ottesen A. (2012) *Bør psykomotorisk fysioterapi knyttes til fastlegeordningen?* [online] URL: <http://www.fysio.no/ORGANISASJON/Faggrupper/Psykomotorisk-fysioterapi/Nyheter-og-informasjon/Boer-psykomotorisk-fysioterapi-knyttes-til-fastlegeordningen> Lest: 07.04.2013

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

Kap. 1-7 s 4-20

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

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell m.v.* [online] Lovdata URL:  
<http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-064.html> Lest: 17.10.2012

Helseøkonomiforvaltningen (2013) *HELFOs arbeidsområder*. [online] URL:  
<http://helfo.no/omhelfo/arbeidsomrader/Sider/default.aspx#.UYfLdLWePmo> Lest:  
20.09.2012

King, L. S. (1982) *Medical thinking – a historical preface*. Princeton University Press.  
Kap. 6: Disease and health,  
Kap. 7: The clinical entity and the disease entity.

Kirkengen, A.L. & Ulvestad, E (2007) *Fra «Overlast og kompleks sykdom – et integrert perspektiv»*, Tidsskr Nor Lægeforen nr. 24, 2007; 127: 3228–31

Kirkengen, A.L., Getz, L., & Hetlevik, I. (2007) *Til å bli trett av*. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127:1797-9

Kvaale, S. & Brinkmann, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Akademiske, Oslo.

Malterud, K. (2000) *Symptoms as a source of medical knowledge Understanding medically unexplained disorders in women*. Fam Med 2000; 32: 603-11

Malterud, K. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. Universitetsforlaget, Oslo.

Merleau-Ponty, M. (1994) *Kroppens fenomenologi – oversatt til dansk ved Nake, B.* Pax Forlag AS, Oslo.

Mølsted, E., Havik, O., Barth, K., Høstmark-Nielsen, G. & Haver, B. (1995) *En sunn sjel i en sunn kropp? Forandring i kroppsforhold etter korttids dynamisk psykoterapi*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 32: 220-231.

Norsk fysioterapeutforbund (2012) *Takster for fysioterapi fra 1. juli 2012*. [online]URL:  
[http://www.fysio.no/content/download/48740/548435/file/02korr\\_takstplakat\\_2012.pdf](http://www.fysio.no/content/download/48740/548435/file/02korr_takstplakat_2012.pdf)  
Lest: 15.10.2012

- Olsson, H., & Sørensen, S. (2003) *Forskningsprosessen. Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Paulsen, H. & Nydal, T. (2011) *Analyse rapport – Statistikk over fysioterapeuters takstbruk 2012*. HELFO Økonomiforvaltningen.
- Sandelowski, M. (2010) *What is in a name? Qualitative Description Revisited*. *Research in nursing and health*, 2010, 33, 77-84
- Scheper-Hughes, N. & Lock, M.M. (1987) *The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*. *Medical Anthropology Quarterly, New Series*, Vol. 1, No. 1 (Mar., 1987), s. 6-41
- Sosial- og helsedirektoratet (2004) *Den internasjonale klassifikasjonen for primærhelsetjenesten*. Trondheim: Sosial- og helsedirektoratet, NSAM, KITH AS med tillatelse fra WONCA [online] URL: [http://www.kith.no/upload/1895/ICPC-2-bok\\_110304.pdf](http://www.kith.no/upload/1895/ICPC-2-bok_110304.pdf)
- Tjora, A. (2010) *Kvalitativ forskningsmetoder i praksis*. Gyldendal akademisk, Oslo.
- Thagaard, T. (2009) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Fagbokforlaget, Bergen.
- Thornquist E. & Bunkan B. H. (1986) *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo, Universitetsforlaget.
- Thornquist, E. (1995) *Musculoskeletal suffering: diagnosis and a variant view*. *Sociology of health and illness* Vol, 17 No. 2 1995.
- Thornquist, E. (1998) *Conceiving Function*. Akademisk avhandling, University of Oslo.
- Thornquist, E. (2003) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2011) *Klinikk Kommunikasjon Informasjon*. Oversatt til dansk av Mikal Arboe fra *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsevesenet*. Hans Reitzels forlag, København.
- Del 1: Overordende perspektiver
- Del 2: Språk og tradisjoner

Del 5: Faglig praksis og kommunikasjon

Viem, B. (2012) *Takter og spesialitet, hva gjelder og hva skjer fremover?* Spenningsnytt. Medlemsblad for NFF's faggruppe for Psykomotorisk Fysioterapi. Nr. 1, februar 2012, årgang 30. [online] NFF:  
<http://www.fysio.no/content/download/51827/596571/file/%20februar%202012.pdf> Lest: 03.04.2013

UiT (2010). *Studieplan for Masterprogram i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi*. Tromsø, Universitetet i Tromsø.

Kap 1. innledning 4-10

World Medical Association (2012). WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. [online] URL:

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html> Lest: 01.11.2012

Wulff, H. R. & Gøtsche, P. C. (2006). *Rationel klinikk: Evidencebaserte diagnostiske beslutninger*. Munksgaard, København.

Kap. 1: Grunlaget for kliniske beslutninger 15-34

Kap 3: Sykdomsklassifisering 62-92

Øien, A. M., Råheim, M., Iversen, S. & Steihaug, S. (2009). *Self-perception as embodied knowledge - changing processes for patients with chronic pain*. *Advances in Physiotherapy* 2009; Volum 11 (3).s 121 - 129.

Øvreberg, G. & Andersen, T. (2002). *Aadel Bülow-Hansens fysioterapi*. Compendius forlag AS, Skarsnes.

## **Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med masteroppgave**

### **Bakgrunn og hensikt**

Jeg er student i «Master i helsefag: Psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi» ved Universitetet i Tromsø, og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Etter å ha lest HELFO sin oversikt over fysioterapeuters takstbruk som ble publisert i 2011, ble jeg nysgjerrig på datagrunnlaget bak denne statistikken. Hver gang det sendes inn et elektronisk oppgjør for fysioterapibehandling lagres all informasjon i en database hos HELFO. Denne databasen kan brukes av HELFO og andre til å trekke ut informasjon og kunnskap om psykomotorisk fysioterapi. Dataen som registreres er blant annet behandlingstidspunkt, takstkoder og diagnoser. I 2010 sendte 82 prosent av fysioterapeuter med driftstilskudd inn elektronisk oppgjør, og kunnskap hentet ut i fra dataen kan derfor med stor sannsynlighet generaliseres til å gjelde alle fysioterapeuter med tilskudd. HELFO sitter derfor med et stort og voksende datamateriale over psykomotoriske fysioterapeuter sin yrkesutøvelse i privat praksis. Det er tenkelig at dette datagrunnlaget kan være grunnlag for økonomiske prioriteringer eller andre helsepolitiske spørsmål i fremtiden. I tillegg er dette systemet sentralt i driften av privat praksis for fysioterapeuter og noe jeg mener det er viktig å fremskaffe mer kunnskap om.

Utgangspunktet for oppgaven er å undersøke hva psykomotoriske fysioterapeuter gjør og tenker rundt den informasjonen som utgjør de elektroniske oppgjørene de sender til HELFO. Dette vil sees i sammenheng med datamaterialet som ligger i databasen til HELFO, og hva dette kan fortelle oss om psykomotorisk fysioterapi. Ved å inkludere et erfaringsperspektiv søker oppgaven å synliggjøre innholdet i psykomotorisk fysioterapipraksis i forhold til den informasjonen som oversendes HELFO. Oppgaven vil så ut i fra dette diskutere konsekvensene av å bruke HELFO registeret som kunnskapskilde for å betrakte psykomotorisk fysioterapi. For å belyse problemstillingen ønsker jeg å intervju 3 psykomotoriske fysioterapeuter som jobber i privat praksis og sender elektroniske oppgjør til HELFO. Det kan bli aktuelt å gjøre ett eller to intervju til for å oppnå nødvendig metning i datagrunnlaget.

### **Hva innebærer intervjuet?**

Oppgaven ønsker «hverdags kunnskap» fra PMF praksis, og det er derfor ikke nødvendig med noen spesiell forkunnskap. Spørsmålene vil dreie seg om de valg, erfaringer og refleksjoner du har i forhold til det du rapporterer til HELFO ved oppgjør for pasientbehandlinger. Jeg vil bruke lydopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent en time, og vi blir sammen enige om tid og sted. Jeg har sendt deg denne informasjonen slik at du kan ta stilling til om du ønsker å stille som informant.

## Vedlegg 1

### **Frivillig deltakelse**

Deltagelse er frivillig og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte gi nærmere forklaring. Prosjektets rammer muliggjør dessverre ikke en dekning av eventuelt tapt arbeidstid, og det gis ikke honorar for deltakelse.

### **Erklæring om inngåelse av samtykke**

Erklæring om inngåelse av samtykke vil bli tatt opp på lydopptaker sammen med intervjuet. Det innebærer at dette dokumentet først leses opp og at du deretter samtykker til at innholdet er forstått og at du ønsker å delta i studien. Lydopptaket fortsetter og intervjuet starter.

### **Hvordan brukes lydopptaket**

Som nevnt blir samtykke og intervju spilt inn på lydopptaker. Lydmaterialet vil bli skrevet ut og brukt i en skriftlig fremstilling (transkripsjon). Transkripsjon av lydopptak vil bli gjort slik at du er sikret konfidensialitet: Informantene gis fiktive betegnelser, og opplysninger som kunne gitt grunnlag for persongjenkjenning vil bli endret eller utelatt. Det vil ikke være mulig å identifisere deg ut fra det skriftlige materialet.

### **Hva skjer med informasjonen informantene har avgitt?**

Transkriberte intervju vil bli brukt i masteroppgaven. Ved bestått eksamen publiseres masteroppgaven elektronisk på UiT's nettside MUNIN (<http://munin.uit.no/>).

### **Anonymisering**

Lydopptak inneholder indirekte personidentifiserende informasjon. Anonymisering vil foregå ved at lydopptakene slettes etter at oppgaven er godkjent og senest 31.12.2013. Dersom det blir aktuelt å benytte datamaterialet i videre forskning vil du på nytt bli forespurt om samtykke til dette.

### **Kontaktinformasjon**

Ved spørsmål kan du kontakte meg på 95857413 eller [vidar.oien@gmail.com](mailto:vidar.oien@gmail.com). Du kan også kontakte veileder Førstelektor Anne Gretland ved Universitetet i Tromsø på 77660694/[anne.gretland@uit.no](mailto:anne.gretland@uit.no).

Jeg tar kontakt per telefon for å høre om du er interessert i å stille opp som informant i studiet.

Med vennlig hilsen

Vidar Øien



## Samtykke erklæring

(Lydopptakeren startes)

«Forespørsel om å delta på intervju i forbindelse med masteroppgave» leses opp med informanten tilstede.

(Lydopptakeren fortsetter å gå etter at forespørsel om å delta på intervju er lest opp)

Kan du bekrefte at du på forhånd har mottatt og lest «Forespørsel om å delta på intervju i forbindelse med masteroppgave» som jeg nå har lest opp?

Har du spørsmål til dette eller ønsker du å trekke deg før vi går videre til inngåelsen av et frivillig informert samtykke?

Dersom du fortsatt ønsker å stille som informant i dette studiet inngår du nå et frivillig informert samtykke ved at du sier dagens dato og klokkeslett, etterfulgt av «Jeg samtykker til å delta i dette studiet»

(Lydopptakeren fortsetter å gå og intervjuet starter)