



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for helse- og omsorgsfag

## **Når er psykomotorisk fysioterapi en hensiktsmessig behandlingsform?**

En kvalitativ studie basert på fastlegers erfaringer og vurderinger

Marit Helene Ulvahaug Olsen

Masteroppgave i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi, HEL-3901, Mai 2020

## FORORD

Arbeidet med denne studien har vært som et puslespill. Plutselig fant jeg den brikken som gjorde at jeg så mer av det store bildet. Det løsnet, og det var lettere å finne flere brikker til samme tema. Prosessen har vært krevende, lærerik, spennende og utfordrende. Mange har heiet på meg og støttet meg på veien. Mange viktige brikker også der, som hjalp meg å fullføre puslespillet.

Først og fremst vil jeg takke mine tre informanter som ærlig og åpent delte sine erfaringer med meg. Jeg lærte mye i møte med disse tre flotte legene. Samtidig vil jeg takke alle som bidro med innspill i rekrutteringsprosessen, og som aldri gav opp troen på at dette ville lykkes. Jeg vil også rette en takk til medstudenter og lærere, for gode faglige diskusjoner og nyttige innspill på masterseminarene. En spesiell takk til Hege Westgaard for samarbeid og oppmuntring underveis, og i våre funderinger over store og små spørsmål. Jeg vil også takke Norsk Fysioterapeutforbund og Fysiofondet, fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter, for økonomisk støtte.

Den største takken går allikevel til min veileder, professor i fysioterapi og prodekan utdanning helsevitenskapelige fakultet, Gunn Kristin Øberg. Takk for tålmodighet, støtte, gode samtaler og grundig veiledning. Du har betydd mye i hele prosessen, og har ved å være deg bidratt til både faglig og menneskelig læring. Til slutt vil jeg også takke venner og familie for oppmuntrende kommentarer, omtenksomhet og uvurderlig støtte i hele gjennomføringen. Takk også til min gode kollega og nabo, Monica Lereng, for at du stilte til prøveintervju.

*«Stor er kunsten å begynne, men større er kunsten å avslutte»  
(Henry Wadsworth Longfellow)*

Det er godt å ha fullført arbeidet, men også godt å kjenne inspirasjon og glede over å skulle jobbe videre med tematikken i praksis.

Gjøvik, 12/5-2020

---

Marit Helene Ulvahaug Olsen

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Fastlegen har en viktig rolle i helsevesenet. Mange av de som kommer til fastlegen har muskel-/skjelettplager og psykiske lidelser. Det er et stort problem for den det gjelder, familien og andre nære pårørende, men er også en samfunnsutfordring. I Helsepersonelloven står det at dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. En relevant behandlingsform som fastlegen henviser pasienter med kroniske muskel-/skjelettsmerter og lettere psykiske lidelser til, er Psykomotorisk fysioterapi (PMF). Vi vet imidlertid lite om hva som påvirker fastlegens faglige vurdering, og hva som gjør at de eventuelt velger å henvise videre.

**Hensikt:** Å få økt kunnskap om hva slags erfaringer og vurderinger som ligger til grunn når fastlegen mener at psykomotorisk fysioterapi er en hensiktsmessig behandlingsform.

**Materiale og metode:** Det er valgt et kvalitativt forskningsdesign, og datamaterialet ble innhentet gjennom semistrukturerte individuelle intervju med tre fastleger. Studien er forankret i den hermeneutiske og fenomenologiske vitenskapstradisjon.

**Kunnskapsbidrag:** Fastlegene opplever at PMF har utvidet deres kunnskapsforståelse, og at tverrprofesjonelt samarbeid er essensielt i møte med mennesker med sammensatte muskel-/skjelett plager og lettere psykiske lidelser. Beslutning om når PMF er en hensiktsmessig behandlingsform for disse pasientene påvirkes av mange faktorer. Fastlegens kliniske vurdering baserer seg på faglig skjønn, ulike forskningskilder, tidligere erfaring og hver enkelt pasients potensiale og livssituasjon. Legene utelukker somatisk sykdom, og henviser videre de med komplekse problemstillinger og kroppslige symptomer. Endelig avgjørelse baseres på en felles forståelse mellom lege og pasient, og på grunn av pasientens medbestemmelserett, gjør det at pasienten av og til ikke tar imot det tilbudet legen anbefaler. Funnene i studien viser fastlegens dilemma. De ønsker et tverrprofesjonelt samarbeid rundt disse pasientene, men påvirkes av rammeforhold som tidspress og manglende mulighet til å utvide konsultasjonstiden for å gjøre en grundig undersøkelse, og lange ventelister til PMF. Når fastlegen henviser til PMF, påvirkes de av tidligere erfaring fra samarbeid med psykomotorikere. Fastlegen vektlegger rask vurdering, god dialog både muntlig og skriftlig, og god relasjon til psykomotorikeren, som viktige faktorer i det tverrprofesjonelle samarbeidet. Fastlegens oppfatning og forståelse av kunnskap, er også styrende for hva de tenker er hensiktsmessig behandling, og resultatene i denne studien tyder på at erfaringsbasert kunnskap har større betydning enn EBM i møte med denne pasientgruppa.

**Nøkkelord:** fastlege, psykomotorisk fysioterapi, kunnskapsforståelse, erfaringslæring, tverrprofesjonelt samarbeid, faglig vurdering, sammensatte lidelser, primærhelsetjenesten

## ABSTRACT

**Background:** The General Practitioner (GP) is an important part of the health care system. Many patients contacting their GP are suffering from musculoskeletal problems or light mental disorders. These conditions can be challenging both for the patient and their close relatives, but also in a socioeconomic perspective. According to the Health Professionals Act, health care professionals are required to cooperate and interact with other qualified personnel to ensure the best possible treatment for the patient in question. Psychomotor Physiotherapy (PMF) is a possible form of treatment for patients with chronic musculoskeletal pain and mild mental disorders. The GP refers these patients for treatment, but we know little about what affects their professional assessment and what makes them decide to recommend PMF.

**Purpose:** To increase knowledge about what prior experiences and professional assessments make the GP decide that PMF is an appropriate form of treatment.

**Material and method:** A qualitative research design has been selected, and the study is rooted in the hermeneutic and phenomenological science tradition. The data material was obtained through semi structured individual interviews with three GPs.

**Knowledge contribution:** The GPs express that PMF has expanded their understanding of knowledge, and that interdisciplinary teamwork is essential in treating people with complex musculoskeletal and lighter mental disorders. The GPs decision whether PMF is the preferred treatment or not, depends on many factors. Their clinical assessment is based on professional judgement, different research sources, prior experience and each patient's potential and life situation. They exclude somatic disease, and refer those with complex problems and bodily symptoms for PMF. The final decision is based on a common understanding between the doctor and the patient, and the patient has a right to co-determination. This means that they, in some cases, choose not to accept the offer or follow their GPs recommendation. The findings in this study show the GPs dilemma. They want interdisciplinary teamwork around these patients, but are affected by framework conditions such as time pressure and inability to extend the consultation time to do a thorough examination, combined with long waiting lists for PMF. When the GP refers to PMF, they are affected by their previous experience of working with PMF-therapists. They emphasize rapid assessment, good dialogue both orally and in writing, and good relations with the PMF-therapist, as important factors in the interdisciplinary teamwork. The GPs perception and understanding of knowledge is also governing what they think is appropriate treatment. The results in this study indicate that experience based knowledge has a greater importance than EBM with this group of patients.

**Keywords:** GP, psychomotor physiotherapy, knowledge understanding, experience learning, interdisciplinary teamwork, professional assessment, complex disorders, primary health care

## **Innhold:**

<b>1.0</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>7</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	8
1.2	Hensikt og problemstilling .....	9
1.3	Oppbygging av oppgaven.....	10
<b>2.0</b>	<b>Teori.....</b>	<b>11</b>
2.1	Muskel-/skjelett plager og psykiske lidelser.....	11
2.2	Medisinstudiet.....	12
2.3	Psykomotorisk fysioterapi .....	13
2.4	Kunnskap og kunnskapsforståelse.....	15
2.5	Kroppsforståelse .....	16
2.5.1	På verksted til reparasjon: Helsearbeideren som mekaniker .....	17
2.5.2	På oppdagelsesferd sammen: Helsearbeideren som medvandrer .....	18
2.6	Tverrprofesjonelt samarbeid.....	18
2.7	Pasientmøte og terapeutisk allianse .....	19
<b>3.0</b>	<b>Metode .....</b>	<b>22</b>
3.1	Vitenskapsteoretisk forankring.....	22
3.2	Tilvirkning av data .....	23
3.2.1	Valg av metode .....	23
3.2.2	Utvalg.....	23
3.2.3	Gjennomføring av intervjuene .....	24
3.3	Analyse av Datamateriale .....	26
3.3.1	Transkripsjon .....	26
3.3.2	Temasentrert analyse .....	27
3.3.3	Skriveprosess .....	28
3.4	Metodekritikk .....	29
3.4.1	Egen posisjon .....	29
3.4.2	Utvalg.....	30
3.4.3	Intervjusituasjonen.....	31
3.4.4	Analysearbeidet .....	32
3.4.5	Pålitelighet og gyldighet .....	32
3.5	Etiske betraktninger.....	34
<b>4.0</b>	<b>Resultater og diskusjon.....</b>	<b>35</b>
4.1	Faglig støtte: Om tverrprofesjonelt samarbeid og faglig vurdering.....	36
4.1.1	«Da blir de jo bedre undersøkt enn det jeg får til da»: Om tverrprofesjonelt samarbeid .....	36
4.1.2	«Det er liksom sånn, sånn hunch du får da på hvem som kan ha nytte av	

det»: Om faglige vurderinger .....	43
<b>4.2 Faglig skvis: Om pasientmøte og ytre rammer .....</b>	<b>50</b>
4.2.1 «De oppleves jo veldig sånn utmattende for oss på en måte. Ja, for vi har lite å stille opp med»: Om pasientmøte .....	50
4.2.2 «Hvis vi bruker mer enn 20 min pr pasient så må vi skrive en tidstakst»: Om ytre rammer.....	56
<b>5.0 Avsluttende kommentarer .....</b>	<b>59</b>
<b>Referanseliste:.....</b>	<b>61</b>
<b>Vedlegg: .....</b>	<b>688</b>
1. Godkjenning fra NSD.....	689
2. Utkast til informasjonsskriv med samtykkeskjema .....	680
3. Utkast til intervjuguide .....	68
4. Matrise 1 .....	68
5. Matrise 2.....	68

## 1.0 Innledning

Fastlegen har siden innføring av Fastlegeordningen i 2001, hatt en nøkkelrolle som motivator, behandler og veileder i helsevesenet. Legen er også sentral ved arbeidsevnevurdering og samarbeid med NAV (Arbeids- og sosialdepartementet, 2007). Det er som regel fastlegen en oppsøker først når det oppstår plager, og legen har fortsatt et hovedansvar for sykemelding og medisiner (Statistisk sentralbyrå, 2007). Praksisen skal ytes i samsvar med oppdatert kunnskap og krav som fremgår av lover, forskrifter og nasjonale faglige retningslinjer. Legen skal også bruke sitt medisinske skjønn i det enkelte tilfelle (Forskrift om fastlegeordning i kommunene, 2012).

Mange av de som kommer til fastlegen har komplekse problemstillinger, som konvensjonell medisin ikke har noen forklaring på. Fastlegen finner ikke objektive sykdomstegn ved hjelp av blodprøver, røntgen og MR. Pasientene er ofte slitne, utmattede, eller har vondt i muskler eller ledd. Fastlegen må stole på pasientens symptombeskrivelse i sine vurderinger for å stille en diagnose, og ved behov for sykemelding og videre behandling (Malterud, 2000). I §4 i Helsepersonelloven (1999) står det at dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Godt samarbeid er en grunnleggende forutsetning for å skape og utvikle gode tjenester. Både forskning og erfaring viser at et godt samarbeid på tvers av profesjoner er til pasientens beste (Almås, Vasset, Ødegård & Nøst, 2018).

En relevant behandlingsform for mennesker med kroniske muskel-/skjelettsmerter og lettere psykiske lidelser er Psykomotorisk fysioterapi (PMF) (Øvreberg, Andersen, Hanssen & Ianssen, 2016). Fysioterapeuter som har spesialisert kompetanse innen psykomotorisk fysioterapi, er kvalifisert til å utrede og behandle mennesker som har ulike former for kroppslige og psykiske lidelser, ofte sammensatte problemstillinger (NFF, 2015). PMF har interesse for hele mennesket, med kroppen som innfallsport (Thornquist & Bunkan, 1995). Den første effektstudien på psykomotorisk fysioterapi ble gjennomført i 2018, og resultatene i studien viste at behandlingen hadde effekt allerede etter seks måneder (Bergland, Olsen & Ekerholt, 2018). Ellers er forskningen i PMF dominert av kasusbeskrivelser (Øien, Steihaug, Iversen & Råheim, 2011) og

kvalitative studier (Dragesund & Råheim, 2008). I følge Breitve, Hynninen & Kvåle (2008) reflekterer det et grunnleggende hermeneutisk og holistisk perspektiv i behandlingen.

Forskning på legers henvisningspraksis omhandler hovedsakelig henvisning til spesialisthelsetjenesten (Thorsen, Hartveit & Baerheim, 2013), og til ulike typer bildediagnostikk (Oudenaarde et al., 2018). Det finnes også studier som omhandler fastlegens sykemeldingspraksis (Mæland, 2013), men jeg finner ingen forskning som sier noe om fastlegers henvisningspraksis til PMF. Tidligere var det krav om henvisning fra lege for å få behandling hos fysioterapeut, men fra 01.01.2018 er det direkte tilgang. Det er allikevel mange leger som fortsetter å anbefale og henvise pasienter til PMF.

Imidlertid vet vi lite om hva som påvirker fastlegers vurdering, og hva som gjør at de velger å henvise videre. Det er derfor behov for å undersøke nærmere når fastlegen tenker at PMF er en hensiktsmessig behandlingsform. Vi vet heller ikke hva slags erfaringer legen har med å samarbeide med psykomotoriske fysioterapeuter, og hvordan leger erfarer at samarbeidet mellom lege og psykomotorisk fysioterapeut fungerer. Ved å få innsikt i legens ståsted vil denne studien kunne bidra til å gi kunnskap som kan øke forståelsen for tverrprofesjonelt samarbeid mellom disse profesjonene, og bidra til å fremme samhandling, koordinerte tjenester og bedre behandlingstilbud for pasientene.

## **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Som fysioterapeut innen spesialisert rehabilitering i 15 år, har jeg erfart hvor nyttig og lærerikt det er å jobbe sammen med andre profesjoner. Jeg har møtt mange pasienter med sammensatte muskel-/skjelett plager og psykiske lidelser, og har sett hvor viktig det er at vi jobber sammen i team med pasienten. Jeg har også erfart hvor ulik behandling pasientene hadde hatt før de kom til oss, og jeg undret meg ofte over hva som gjorde at fastlegene valgte som de gjorde. Erfaring med pasienter med komplekse lidelser, gjorde at jeg ønsket å lære mer om tilnærming til denne pasientgruppen, og var en av grunnene til at jeg valgte å starte på master i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi. Jeg har vært, og er fortsatt, engasjert i hva som skal til for at pasientene får relevante



behandlingstilbud til rett tid, og hvordan dette virker inn på sykemeldingsstatistikken for mennesker med sammensatte muskel-/skjelett plager og lettere psykiske lidelser. Dette er et stort og omfattende tema som rommer mange spørsmål. På grunn av tidsramme og omfang for studien, valgte jeg et hovedområde hvor forskning viser at det er lite kunnskap.

Som nevnt innledningsvis er PMF et av behandlingstilbudene leger kan anbefale for pasientene. Vi vet lite om hva som er grunnen til at legen velger å henvise pasienter til PMF. Det vi vet er at flertallet av de pasientene som går til PMF, er mennesker med sammensatte muskel-/skjelettlidelser og lettere psykiske lidelser (Breitve et al., 2008). I sin kvantitative sammenlignende tverrsnittstudie viser Breitve et. al. (2010) at pasientene ofte har hatt plagene i mange år før de kommer til behandling hos en psykomotorisk fysioterapeut, og at pasientene ofte er kvinner i 40-50 årene. Erfaring fra egenbehandling under studiet, og tilbakemeldinger fra medelever, både kvinner og menn, gjør at jeg har erfart effekt av PMF også for yngre mennesker, uten sykdomsdiagnoser. Det er nyttig å få økt kunnskap om hva fastlegene tenker om hvilke pasienter de henviser, og om det kan bidra til at samarbeidet mellom lege og fysioterapeut kan utvides.

## 1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med studien er å få økt kunnskap om hva slags erfaringer og vurderinger som ligger til grunn når fastlegen mener at psykomotorisk fysioterapi er en hensiktsmessig behandlingsform. Slik kunnskap kan brukes til å gi økt forståelse i tverrprofesjonelt samarbeid, og forhåpentligvis bidra til relevante behandlingstilbud for mennesker med muskel-/skjelett plager og lettere psykiske lidelser. På bakgrunn av at det trengs mer kunnskap om hva som ligger til grunn for legens henvisning, ble problemstillingen:

*Hva slags erfaringer og vurderinger ligger til grunn når fastlegen mener at psykomotorisk fysioterapi er en hensiktsmessig behandlingsform for mennesker med muskel-/skjelett plager og lettere psykiske lidelser?*

### 1.3 Oppbygging av oppgaven

I dette kapitlet har jeg startet med bakgrunn for valg av tema, og presentasjon av studiens hensikt og problemstilling.

I kapittel to fremstilles teori som er relevant for å diskutere studiens resultater. Først presenteres pasientgruppen, medisinstudiet og psykomotorisk fysioterapi. Deretter følger teori om kunnskap og kroppsførståelse, tverrprofesjonelt samarbeid og terapeutisk allianse.

Kapittel tre beskriver først studiens vitenskapelige forankring. Deretter redegjør jeg for valg og beskrivelse av forskningsmetode, og valg jeg har gjort underveis i studien. Her presenteres også prosessen med tilvirkning og analyse av data. Til slutt i dette kapitlet ses metoden i et kritisk lys og etiske betraktninger legges frem.

I kapittel fire presenteres studiens resultater med påfølgende diskusjon.

Kapittel fem består av en sammenfattende avsluttende kommentar om studiens innhold og betydning for videre praksis og forskning.

## 2.0 Teori

Dette kapittelet presenterer utvalgt teori som kan bidra til en bredere forståelse av resultatene i denne studien. Å komme frem til et relevant teorigrunnlag har vært en prosess fra start til slutt i arbeidet med oppgaven. Jeg har valgt å beskrive kort både pasientgruppen, medisinstudiet og PMF, før jeg presenterer ulike teoretiske aspekter.

### 2.1 Muskel-/skjelett plager og psykiske lidelser

Muskel-/skjelettplager og psykiske lidelser er utbredt i den norske befolkningen, og bidrar til et betydelig helsetap for de det gjelder (Reneflot et al., 2018; Skogli, Theie, Stokke & Lind, 2019). NAVs sykefraværstatistikk viser at muskel-/skjelettplager og psykiske lidelser er de desidert to vanligste årsakene til sykemelding. Til sammen utgjorde de 56,9% av sykemeldingene blant kvinner og 63,2% av sykefraværet blant menn 4. kvartal 2019 (NAV, 2020b). Dette er også de vanligste grunnene for uføretrygd (NAV, 2020a). Muskel-/skjelettplager og psykiske lidelser er et stort problem for den det gjelder, familien og andre nære pårørende, men er også en samfunnsutfordring (Ihlebak et al., 2014; Skogli et al., 2019).

Det er et stort spekter av diagnoser som faller inn under muskel-/skjelettplager, og forskjellene mellom de ulike enkeltdiagnosene er betydelig. Diagnosene påvirker ulike deler av kroppen. Det kan være kroniske sykdommer som for eksempel revmatoid artritt, eller mer forbigående nakke- og ryggsmarter. Det kan også være sammensatte sykdommer som medfører muskel- og skjelettplager (Skogli et al., 2019). Rapporten «Rammer flest - koster mest» (2019) viser til at pasienter og helsepersonell trekker frem mangelfull samhandling og koordinering i helsetjenesten, i arbeidet med å yte helsehjelp til denne pasientgruppen, som en gjennomgående utfordring. Når det gjelder psykiske lidelser er det angst, depresjon og rusbrukslidelser som er de vanligste lidelsene blant voksne (Reneflot et al., 2018). Den norske befolkningen har jevnt over god livskvalitet, og det er ingen holdepunkter for at andelen med psykiske lidelser i den voksne befolkningen har økt de siste årene, ifølge rapporten «Psykisk helse i Norge» (2018). Andelen unge jenter derimot, som rapporterer et høyt nivå av psykiske plager, har økt. Det vil være interessant å legge merke til om dette vil ha betydning for fremtidens samhandling mellom fastlege og psykomotorisk fysioterapeut.

## 2.2 Medisinstudiet

Hvordan helsepersonell praktiserer er blant annet påvirket av hva som undervises og hva som vektlegges under studiet. Etter 1910 forsvant gradvis legeyrkets urgamle vektlegging av relasjon, empati og moralsk karakterutvikling fra universitetenes studieplaner. Dette var etter at den amerikanske Flexner-komiteen la frem en rapport som ble toneangivende for vestlig legeutdanning, med naturvitenskap og laboratoriefag som erkjennelsesmessig og pedagogisk grunnvoll (Christakis, 1995). Forvandlingen av legeyrket fra et relasjonelt omsorgsfag til et teknisk laboratoriefag hadde konsekvenser. Det førte til at mange unge leger utviklet en feilaktig forståelse av legens rolle, og at oppgavene primært handlet om diagnoser og sykdomsbehandling, ikke relasjonen til pasienten (Schei, 2016). Det er ulike syn og meninger rundt dette også i dag. Schei (2016) skriver at målet er at medisinsk utdanning skal skape leger som er genuint menneskesentret i sin tilnærming til faget, uten å svekke den naturvitenskapelige forankringen.

Grunnutdanningen i medisin er felles basis for alle leger. Da jeg startet med denne studien i januar 2019, fantes det ikke en felles beskrivelse av hva en norskutdannet lege skulle kunne. I Norge er det fire medisinske fakultet med ulike studiemodeller. Nær femti prosent av alle nyutdannede leger i Norge har studert utenfor landets grenser. Rapporten om den medisinske grunnutdanningen, utført av Den norske legeforening, var klar i 2016. Der står det at alle fakultetene er i ferd med, eller relativt nylig, har revidert sine studieplaner for profesjonsutdanningen i medisin, og at legeforeningen støtter innføring av nasjonale læringsmål. Legeforeningen (2016) mener at studiet i større grad må ses i sammenheng med helsevesenet som helhet, og at den nye modellen for spesialistutdanningen som trådte i kraft 01.03.2019 (Spesialistforskriften, 2016), bør og vil få konsekvenser for grunnutdanningen. Særlig gjelder dette kompetansemodulene i kommunikasjon, etikk, kunnskapshåndtering, kvalitets- og pasientsikkerhet, samhandling, pasient- og pårørendeopplæring, systemforståelse, organisasjonsutvikling og ledelse (Legeforeningen, 2016).

I stortingsmelding 13 ble det vist til at helse- og velferdstjenestene ikke har god nok innflytelse på det faglige innholdet i utdanningene. RETHOS-prosjektet ble opprettet, for å sørge for utviklingen av forskriftsfestede retningslinjer for samtlige 20 grunnutdanninger innen helse- og sosialfag (Kunnskapsdepartementet, 2012). Prosjektet ble fullført 3.januar

2020, da forskriftene for de siste grunntidningene, blant annet medisintidningene, ble vedtatt. Forskriften gjelder for studenter som tas opp fra og med opptak til studieåret 2021–2022 (Forskrift om nasjonal retningslinje for medisintidning, 2020). Forskriften skal sikre et nasjonalt likeverdig faglig nivå, slik at kandidatene som uteksamineres har en felles sluttkompetanse, uavhengig av utdanningsinstitusjon. Siden medisintidningene er et 6-årig profesjonsstudium betyr det at de første legene med denne bakgrunn er ferdig i 2028. I forskriften står det at legene skal ha inngående kunnskap om kroniske og sammensatte sykdommer, om betydningen av arv og miljø, og sammenhenger mellom psykiske og sosiale egenskaper, og deres betydning for helse og utvikling av sykdom eller skade (Forskrift om nasjonal retningslinje for medisintidning, 2020).

Den historiske utviklingen viser at det har vært store endringer i hva som vektlegges i medisinstudiet. Hva slags bakgrunnskunnskap legen har med seg, vil derfor kunne variere, og være med på å påvirke de vurderinger de tar i møte med pasientene, og når de velger å henvise til PMF.

### **2.3 Psykomotorisk fysioterapi**

I PMF ser man kroppen som en funksjonell og samspillende enhet, hvor enkeltdelene står i et innbyrdes avhengighetsforhold til hverandre. Både fysiske, psykologiske og sosiale faktorer påvirker oss som mennesker i et kontinuerlig samspill, og det er vanskelig å skille det ene fra det andre. Alt vi opplever og utsettes for i livet kommer til uttrykk gjennom kroppen.

Utgangspunktet for psykomotorisk fysioterapi er hele mennesket, innfallsporten er kroppen (Thornquist & Bunkan, 1995).

PMF er ikke orientert mot diagnoser og lokale symptomer. Dette er annerledes enn i vanlig fysioterapi som ofte er mer symptomorientert. I PMF ses symptomer som uttrykk for at det er forstyrrelser i den totale kroppslige balansen (Øvreberg et al., 2016). For psykomotoriske fysioterapeuter innebærer et helhetlig menneskesyn at alle reaksjoner som fremkommer vektlegges. Det kan være både autonome, verbale og kroppslige reaksjoner (Thornquist & Bunkan, 1995). Utgangspunktet for tilnærmingen er en forståelse av at kropp, følelser og erfaring henger sammen, og det tas høyde for det i behandlingen. Endringer i respirasjon og kroppsholdning i behandlingen, kan hver for seg utløse somatiske og emosjonelle reaksjoner (Øvreberg et al., 2016).

Det overordnede målet i PMF er at pasientene skal utvikle varhet, fortrolighet og kontakt med kroppens signaler og reaksjonsmåte, oppleve og forstå sammenhengen mellom kropp og følelser, og å oppleve kroppen som MEG (Thornquist & Bunkan, 1995). Det handler om å hjelpe pasienten ut av det som er spent og smertefullt, og inn i bevegelser som gir mindre plager, gjennom å jobbe med ledighet og strekk i holdning og bevegelse (Øvreberg et al., 2016).

For å oppnå dette brukes massasje, tøy- og strekkebevegelser, aktive og ledet aktive øvelser og bevegelser, og psykomotorikeren hjelper og modellerer pasienten inn i nye og mer hensiktsmessige stillinger og bevegelsesmønstre (Thornquist & Bunkan, 1995). Ved å jobbe med ledighet og strekk i holdning og bevegelse tilstreber PMF å frigjøre pust, gjennom å gi slipp på muskulære spenninger og slippe pusten til (Øvreberg et al., 2016). Dette kan hjelpe pasientene til å bli fri fra reaksjonsmåter som gjør at de tier og holder ut, når ting er vanskelig (Thornquist & Bunkan, 1995).

Enhver kroppslig tilnærming innebærer en tilnærming til pasientens livshistorie og meningsverden. Å arbeide med berøring og bevegelser, blir dermed også et arbeid med følelser og livserfaringer (Gretland, 2007). Minner som vekkes må tas på alvor. Stress, bekymringer, konflikter og traumatiske opplevelser virker inn på vår kropp og kroppsopplevelse. Kirkengen & Næss (2015) viser i sin bok, «Hvordan krenkede barn blir syke voksne», hvordan krenkelser og traumer uttrykkes kroppslig. Selv om smerten er stor, er det ikke nødvendigvis gjennom samtale at man får tak i pasientens utfordringer. Først når kroppen involveres kan det komme til uttrykk skriver de.

I klinisk arbeid foregår det alltid både en kroppslig dialog og en dialog om kroppen (Thornquist, 2009). I psykomotorisk fysioterapi er samtalen viktig for å sette ord på hva som skjer i kroppen. Det kan hjelpe pasienten å bli bevisst egne væremåter og reaksjoner. Refleksjon rundt dette kan bidra til innsikt i sammenhenger mellom livserfaringer og kroppslige forhold. Ved å spørre om pasientens opplevelse, formidler terapeuten at det som kommer frem er relevant og viktig, og pasienten blir tatt på alvor. Det er viktig at samtalen gir mening for pasienten. Fordelen med både en kroppslig dialog og en dialog om kroppen, er at den kroppslige samhandlingen kan gi en annen informasjon enn språket. Allikevel er samtalen viktig for at terapeuten skal forstå hvordan pasienten opplever det som foregår (Gretland, 2007).

## 2.4 Kunnskap og kunnskapsforståelse

Våre oppfatninger og forståelse av kunnskap er styrende for hva vi tenker er gyldig kunnskap, og hvordan vi bruker denne innsikten med en bestemt hensikt i praksis (Thornquist, 2009). Spørsmålet om kunnskapens natur, og om hvordan man går frem for å sikre seg kunnskap, har opptatt filosofer gjennom hele den vestlige tenkningens historie. Ideologi, kunnskapsgrunnlag og rammer for praksisutøvelsen for helsepersonell er i stadig utvikling og endring. Siden 1990-tallet har særlig kravet om å jobbe kunnskapsbasert vært førende. Det betyr at praksisutøvelsen skal begrunnes i evidens. Forståelsen av hva evidens er, har vært og er varierende (Grimen, 2009). Når det henvises til evidens i helse- og sosialfagene, benyttes ofte begrepene evidensbasert- og kunnskapsbasert praksis om hverandre. Begge begrepene indikerer at kunnskapen som ligger til grunn for praksis, er basert på forskning (Brottveit & Femdal, 2017).

Det er enighet om at helsearbeid skal være basert på forskning, og ikke utelukkende på den enkelte yrkesutøverens intuisjon og faglige skjønn (Fossestøl, 2013). I klinisk praksis innhentes imidlertid kunnskap fra kollegaer, pasienter, kurs, eksperter, forskning, retningslinjer, egen erfaring m.m. De ulike kunnskapskildene har styrker og svakheter. Tenkningen i kunnskapsbasert praksis har som mål å hjelpe helsearbeideren til å øke bevisstheten og reflektere over hvilke kunnskapskilder som ligger til grunn for medisinske og helsefaglige beslutninger (Helsebiblioteket, 2020).

Det var den kanadiske legen, epidemiologen og biostatistikeren Gordon Guyatt, som i 1991 for første gang introduserte evidensbasert medisin (Bondevik & Engebretsen, 2018).

Utgangspunktet hans var en intensjon om å bidra til å gjøre medisinen bedre, mer effektiv og forutsigbar, mer vitenskapelig og gjennomiktig (Ekeli, 2002).

Evidensbasert medisin er en medisinsk behandlings- og kunnskapstilnærming som benyttes i medisinsk forskning, undervisning og praksis. Formålet er å forankre medisinske avgjørelser i forskning, erfaring, og pasientens ønsker og behov. Kunnskapen i evidensbasert medisin baseres på ulike typer kunnskap som gjerne ordnes hierarkisk. Øverst i kunnskapspyramiden ligger oppsummert forskning; system, kliniske oppslagsverk, kunnskapsbaserte retningslinjer og systematiske oversikter. Kilder til enkeltstudier ligger nederst (Alper & Haynes, 2016). Selv om kvalitative studier nå også inkluderes, er det fakta og objektive bevis som har vært

styrende. Oppsummert forskning er ofte med bakgrunn i randomiserte kontrollerte studier (RCT). Det er altså RCT-ene som skal sikre best tilgjengelig evidens, og slike studier omtales gjerne som gullstandarden i evidensbasert medisin (Ekeli, 2002). Klinisk erfaring, og pasientens egne verdier, preferanser og erfaringer blir lite synlig.

Evidensbasert medisin har hatt stor betydning de siste tiårene, men har også blitt møtt med omfattende kritikk. Kliniske retningslinjer og prosedyrer har blitt vektlagt, og flere har hevdet at evidensbegrepet er for snevert. Fokus på oppsummering av forskning har gått på bekostning av skjønn og klinisk dømmekraft, så vel som neglisjering av pasientenes stemmer (Wyller & Wyller, 2013).

Steinsvik (2008) skriver at det instrumentelle synet har bidratt til at forskning og kunnskapsutvikling, først og fremst er rettet mot å finne svar på spørsmålet om hva slags metoder som gir effekt på bestemte diagnoser. Hun skriver videre at med økende yrkeserfaring merker hun at noe ved hennes kunnskap som har preg av noe kontekst-, situasjons- og relasjonsbestemt, ikke passer inn i denne rammen.

Lundstøl (1999) viser til tre former for kunnskap som sentrale i utøvelsen av helse- og omsorgsfagene: praktisk, teoretisk og erfaringsbasert. Han understreker at dette er likeverdige former for kunnskap. Den ene formen for kunnskap er ikke overordnet eller mer sann enn noen av de andre.

Grimen (2008) argumenterer for at profesjoners kunnskapsbase er mangfoldig, og at forholdet mellom teori og praksis må forstås som et komplisert samspill. Han understreker at den kunnskapen som er nødvendig for en profesjon ikke er eller bør være enhetlig. Ulike tradisjoner og tenkemåter er med på å prege vår oppmerksomhet og forståelse i møte med pasienten. Det innbefatter også hva slags forståelse man har av kroppen.

## **2.5 Kroppsforståelse**

Symptomer knyttet til muskel-/skjelett systemet gir mange tolkningsmuligheter. Det gjør at det kan være svært ulik forståelse av pasientens plager (Thornquist & Bunkan, 1995). Den posisjonen som dominerer dagens helsevesen tar utgangspunkt i mennesket som natur, og så føyer man til psykiske, sosiale og kulturelle faktorer. Det har ført til en antagelse om to atskilte deler, kropp og sjel. Kroppen har tilhørt naturvitenskapen og det somatiske



helsevesenet, mens sjelen har vært humaniora og samfunnsvitenskapens anliggende, og falt inn under vårt psykiske helsevesen (Thornquist, 2009).

I et vitenskapsteoretisk perspektiv kan kroppen grovt sett sies å være forstått på to måter:

- 1) Rasjonalismen, med et dualistisk menneskesyn hvor mennesket er delt i kropp og sjel som to atskilte deler.
- 2) Fenomenologien, med et holistisk menneskesyn hvor mennesket eksisterer som kroppslig subjekt og kroppen er sentrum for erfaring og erkjennelse.

Vitenskapsteorien fokuserer ikke på helsebegrepet, men gjennom forståelse av kropp gir den ulike perspektiv på mennesket, og legger dermed føringer for hvordan vi forstår helse. Jeg skal her kort redegjøre for de to retningene som danner basis for de ulike tenkemåtene om kropp.

### **2.5.1 På verksted til reparasjon: Helsearbeideren som mekaniker**

Rasjonalismen er kjennetegnet ved at det er fornuften som anses å være kilden til kunnskap (Thornquist, 2015). Et sentralt navn er Renè Descartes. Han forbindes med kropp/sjel dualismen og et mekanisk verdensbilde. Descartes var selv opptatt av medisin, og den kroppen medisinen skulle ta seg av, var altså en kropp rensert for erfaring, bevissthet og mening (Thornquist, 2015). Ut fra tanken om kroppen som et objekt, kunne kroppen uten problemer manipuleres, kontrolleres og repareres. Da er alle kropper like, og kan behandles likt utfra standardprosedyrer. Plager med kropp og helse defineres enten som fysisk eller psykisk, og har i første rekke et patogenetisk perspektiv, med mål om å forebygge, lete etter og behandle sykdommer. Kroppen refererer til den konkrete kroppen fra halsen og ned, og sinnet til hodet (Ottesen, 2011). Den biomekaniske kroppsforståelsen står ofte i kontrast til mye allmenn erfaring av kroppen (Gretland, 2007). Kroppen omtales ofte i 3. person, som noe vi har, ikke noe vi er. I retningene som springer ut fra rasjonalismen, er fysikken idealet for all vitenskap. Erfaring dreier seg om det observerbare, konstantbare, målbare,- det som kan telles, veies og måles (Thornquist, 2015). Når kroppen løsriveres fra den menneskelige erfaring, blir den som en bil, hvor enkeltdeler kan tas ut og repareres. Helsearbeideren blir som en mekaniker.

### **2.5.2 På oppdagelsesferd sammen: Helsearbeideren som medvandrer**

Fenomenologi er en erfaringsbasert tradisjon hvor oppmerksomheten rettes mot verden slik den erfares for subjektet. Subjektivitet anses som forutsetning for forståelse. Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) videreutviklet grunnleggeren Edmund G.A. Husserls (1859-1938) fenomenologi, ved å knytte den menneskelige subjektiviteten til kroppen. Han tilskrev kroppen stor betydning, og forklarte menneskets livsverden ut fra en historisk, kulturell og sosial intersubjektiv erfaringsverden (Thornquist, 2015).

Kroppsphenomenologien har hatt stor betydning for helsefagene, og benyttes ofte som grunnlagstenkning i psykomotorisk fysioterapi, hvor kroppens uttrykk og kroppserfaring er utgangspunktet for behandlingen (Thornquist, 2015). Merleau-Ponty hadde fokus på at levd erfaring og levd liv, har en kroppslig forankring. Han fremhever kroppen både som en biologisk organisme, et objekt og et subjekt,- vi både har den og er den. Kroppen blir også et sosialt og kulturelt fenomen, som uttrykksfelt og bærer av erfaringer, intensjoner og mening (Gretland, 2007). Begrepet livsverden viser til menneskers erfaringsverden, slik vi til daglig erfarer den og gir den mening; en levd, konkret, praktisk og mellommenneskelig verden, som vi først og fremst tar for gitt i alle våre aktiviteter (Råheim, 2002). Når en ser på kroppen slik, blir helsearbeideren en medvandrer som er på oppdagelsesferd sammen med pasienten. Ulike tenkemåter om kropp kan dermed gi ulik forståelse av helse og pasientens plager. Det kan påvirke når man ser behov for samhandling med andre profesjoner.

### **2.6 Tverrprofesjonelt samarbeid**

Samhandling mellom fastlege og psykomotorisk fysioterapeut kan omtales som tverrprofesjonelt samarbeid. Tverrprofesjonelt samarbeid kjennetegnes ved at flere profesjoner jobber tett sammen om en felles pasient, og skaper en felles forståelse. De er engasjert i felles beslutninger, noe som innebærer integrasjon av andre faggruppers kunnskap og ferdigheter. Gjennom diskusjoner og refleksjoner over pasientens komplekse utfordringer utvikles ny kunnskap, som de ikke kan utvikle hver for seg (R. Nilsen, 2010; Willumsen, 2017). Tverrprofesjonelt samarbeid handler ikke bare om enighet og kommunikasjon, men også om nyskaping og synergi. I følge WHO's rapport fra 2010, kan tverrprofesjonelt samarbeid være et vanskelig konsept å forklare, fordi mange helsearbeidere mener at de jobber tverrprofesjonelt når de jobber sammen med andre helsearbeidere, og bruker sine

ferdigheter til å nå et felles mål (WHO, 2010).

Tverrprofesjonelt samarbeid kan være krevende, da det forutsetter høy grad av bevissthet om egen kompetanse, kombinert med kjennskap og forståelse for andre profesjoners kompetanse. Fleksibilitet og vilje til å finne løsninger, er viktige stikkord for å ivareta en helhet overfor pasienten (Willumsen, 2017).

Reeves et. al. (2010) har identifisert en rekke fremtredende faktorer som påvirker tverrprofesjonelt samarbeid, som også er relevant når man skal forstå samarbeidet mellom psykomotoriker og fastlege. De har utviklet et rammeverk som systematiserer disse faktorene i fire hovedområder:

1. Relasjonelle faktorer som direkte påvirker forholdet mellom fagpersonene. Det kan for eksempel være profesjonell makt, hierarki og sosialisering.
2. Prosessuelle faktorer som påvirker hvordan arbeidet utføres på tvers av forskjellige arbeidsforhold. Det kan for eksempel være kompleksitet, tid og ressurser til å utføre samarbeidet.
3. Organisatoriske faktorer som påvirker det lokale miljøet hvor det tverrprofesjonelle samarbeidet foregår. Det kan være ledelse, målsetninger og organisatorisk støtte.
4. Kontekstuelle faktorer som er relatert til et bredere sosialt, politisk og økonomisk landskap. Det kan være for eksempel kultur, kjønn og mangfold i samarbeidet.

Både hver for seg og samlet, kan disse faktorene ha stor effekt på hvordan det tverrprofesjonelle samarbeidet fungerer. Det kan forsterke eller hemme, og påvirke hvordan tverrprofesjonelt samarbeid faktisk blir utført (Reeves et al., 2010). Gjennom å utvikle og presentere dette rammeverket formidler Reeves et. al. (2010) noe av kompleksiteten i tverrprofesjonelt samarbeid. Selv om faktorene presenteres hver for seg, er de koblet sammen på flere måter, og en må se hvordan de påvirker hverandre for å skape et godt grunnlag for å forbedre tverrprofesjonelt samarbeid.

## **2.7 Pasientmøte og terapeutisk allianse**

Møte mellom pasient og helsepersonell er i utgangspunktet en asymmetrisk relasjon. Pasienten oppsøker lege eller fysioterapeut for å få hjelp, og helsepersonell har den etterspurte kompetanse og får lønn for sitt arbeid. Maktubalansen tilsier at den som har mest makt har

størst ansvar for hva som skapes i denne konteksten (Thornquist, 2009). Hjelperen sitter med definisjonsmakten, og ofte definerer helsepersonell hva som er viktig når pasienten trenger hjelp. For å unngå maktmisbruk krever dette både teoretisk, praktisk og etisk kompetanse. Det som definerer situasjonen og prognose, er legens blikk og kompetanse (Lid, 2006). Legens observasjoner, undersøkelser og kartlegginger gir føringer for valg av tiltak.

Så hva skal til for at fastlegen og terapeuter skal kunne hjelpe pasienten på en god måte?

Søren Kirkegaard (1813-1855) sier det på denne måten:

*«At man, naar det i Sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der. Dette er Hemmeligheden i al Hjælpekunst. Enhver, der ikke kan det, han er selv i en Indbildning, naar han mener at kunne hjælpe en Anden. For i Sandhed at kunne hjælpe en Anden, maa jeg forstaae mere end han – men dog vel først og fremmest forstaae det, han forstaaer. Naar jeg ikke gjør det, saa hjælper min Mere-Forstaaen ham slet ikke.» (Kierkegaard, 1994)*

Samarbeid mellom terapeut og pasient påvirker relasjonen. Ved å formidle sine funn og vurderinger til pasienten, anerkjenner terapeuten at pasienten er en viktig medspiller. Gjennom å ta på alvor og formidle at de forstår, hører og ser det pasienten prøver å kommunisere, formidler terapeuten et helhetlig kroppssyn. Ved å ta pasientens bidrag med i videre forløp, er legen med på å anerkjenne pasienten som deltakende subjekt (Thornquist, 2005). Mange pasienter mangler kanskje erfaring på at følelser og opplevelser kan deles, og det å skape trygge rom blir viktig i en terapeutisk relasjon. Hvis legen stoler for mye på vitenskapelige fakta eller pasientens ønsker, er det fare for at hjelpen ikke blir god. Ved å fraskrive seg sitt moralske ansvar for å vurdere hva som er til pasientens beste, kan det i ytterste konsekvens bli til skade for pasienten (Pedersen, 2007).

Alliansen mellom pasient og lege/terapeut er å forstå som en nødvendig forutsetning for terapi, og mange har også diskutert om en god terapeutisk allianse i seg selv kan være kurativ (Ryum, Stiles & Vogel, 2009). Ulike definisjoner operasjonaliserer begrepet terapeutisk allianse. I denne studien refererer den terapeutiske alliansen til kvaliteten og styrken på samarbeidsforholdet mellom pasient og terapeut i behandlingen, i tråd med hva Horvath (2001) beskriver. Selv om mye av forskningen omhandler terapeutisk allianse i psykiatrien

(Ryum & Stiles, 2005), er mange av elementene overførbare til alle relasjoner mellom terapeut og pasient. Gode beslutninger og god hjelpekunst må bygge på både legenes kunnskap som profesjonell yrkesutøver, og pasientenes ønsker og verdier.

### 3.0 Metode

I dette kapitlet presenteres vitenskapelig forståelsesramme, og metodiske valg som er gjort gjennom hele forskningsprosessen. Valg av metode for å innhente datamateriale tok utgangspunkt i problemstillingen, og selv om ordlyden har endret seg underveis har spørsmålet vært det samme. Fremgangsmåten beskrives, før metodekritikk og etiske betraktninger avslutter dette kapitlet.

#### 3.1 Vitenskapsteoretisk forankring

For å forstå hva slags erfaringer og vurderinger som ligger til grunn for fastlegens henvisningspraksis, valgte jeg en fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming, som vitenskapsteoretisk forankring. I tråd med hva Thornquist (2015) skriver, hadde mitt kunnskapssyn som forsker betydning for hvordan og hvilke data som ble innhentet og utviklet.

Fenomenologiske studier utforsker meningen personer tillegger sine erfaringer, og eventuelle felles erfaringer deltakerne har ville kunne gi et grunnlag for å utvikle en generell forståelse av fenomenet (Thagaard, 2018). En fenomenologisk tilnærming åpnet for ny kunnskap om når fastlegen erfarer at PMF er en hensiktsmessig behandling. På bakgrunn av det kan en oppnå en forståelse av meningsinnholdet i deres erfaringer, og se hvordan det påvirker grunnlaget for deres faglige vurderinger.

En hermeneutisk prosess gir mulighet for en systematisk fortolkning av fenomenene. Hermeneutikken fremhever betydningen av å utforske et dypere meningsinnhold enn det som er umiddelbart fremkommer. En hermeneutisk tilnærming legger vekt på at det ikke finnes en egentlig sannhet, men at informasjon kan tolkes på flere nivåer (Thagaard, 2018).

Den hermeneutiske spiralen er en beskrivelse av hvordan man ser på delene ut fra helheten, og helheten i lys av delene, i forsøk på å forstå begge deler best mulig (Thornquist, 2015). Dette er en valideringsprosess med mål om å sørge for at de delene jeg har vektlagt, stemmer med helheten (Thagaard, 2018). Som forsker stilte jeg spørsmål til teksten basert på min forforståelse, men sett i lys av den hermeneutiske spiral betydde det at spørsmålene endret og utviklet seg underveis i kontinuerlig samspill mellom meg som forsker, utviklet tekstmaterialet og relevant teori (Thornquist, 2015).

Den vitenskapsteoretisk forankringen jeg valgte, dannet utgangspunkt for metodologiske valg, og den forståelsen jeg utviklet i løpet av forskningsprosessen, slik Thagaard (2018) skriver.

### **3.2 Tilvirkning av data**

Forskning er en prosess som gjennom systematisk arbeid kan frembringe ny kunnskap og økt viten. Den hviler på prinsipper om logisk, kritisk og konsistent tenkning (Brottveit & Del Busso, 2018). Jeg vil her beskrive hvordan jeg planla studien og gjennomførte intervjuene som la grunnlaget for datamaterialet i denne studien.

#### **3.2.1 Valg av metode**

Da jeg skulle velge hvilken metode som var hensiktsmessig, for å få svar på studiens problemstilling, reflekterte jeg over hva slags type informasjon som ville være viktigst. Fordi jeg ønsket at informanten skulle reflektere over egne erfaringer og meninger knyttet til det aktuelle temaet, og gå i dybden på det, syntes et kvalitativt semistrukturert intervju å være godt egnet. Det gav mulighet for å forstå og beskrive fenomenet fra informantenes synsvinkel slik Kvale og Brinkmann (2015) beskriver. Målet var å få økt innsikt og forståelse for hvilke erfaringer og vurderinger som lå til grunn for fastlegens henvisningspraksis, gjennom å skape en åpen samtale rundt tema som jeg på forhånd hadde utarbeidet.

#### **3.2.2 Utvalg**

Forskningsspørsmålet definerte allerede utvalget noe: Målgruppa var fastleger. Fastleger ble valgt fordi egenerfaring, og tilbakemeldinger fra kollegaer, var at flest henvisninger til PMF kom fra primærhelsetjenesten. Det er også fastlegen som ser flest pasienter med sammensatte muskel-/skjelett og psykiske lidelser, som jo utgjør hovedtyngden av de pasientene som henvises til PMF. Strategisk utvalg baserer seg på at jeg strategisk valgte personer som kunne uttale seg i forhold til problemstillingen (Thagaard, 2018). Jeg ønsket opprinnelig et strategisk utvalg på tre til fem informanter som var blant de som henviste flest til PMF i 2017. Det var det siste året det var krav om henvisning fra lege til PMF. Jeg vurderte det slik at fastlegene skulle ha minst 5 års yrkeserfaring, jobbe i en kommune hvor det var ansatt psykomotorisk fysioterapeut og å ha henvist flere pasienter til PMF. Vurderingen av kriteriene og utvalgets størrelse ble gjort ut fra omfanget av studien, tid og

ressurser til rådighet, og hva som skulle til for å få nok materialet til å gi innsikt i problemstillingen.

Å rekruttere tre informanter fra de som hadde henvist flest pasienter i 2017, viste seg å være mer utfordrende enn først tenkt. Mine tanker om utvalget måtte endres underveis i møte med feltet. Både veileder, kollegaer og medstudenter kom med gode innspill til andre muligheter for hvordan jeg kunne rekruttere informanter, blant annet via kontakt med kommuneoverlegen. Jeg valgte til slutt tre informanter. De hadde alle over tjue års erfaring som lege, hadde jobbet lenge som fastlege, og hadde henvist mange pasienter til PMF. De jobbet alle i kommuner hvor det var minst en psykomotorisk fysioterapeut, og var villig til å sette av tid til å dele sine erfaringer med meg som forsker.

Informantene fikk forespørsel om deltagelse på e-post, sammen med informasjonsbrev og samtykkeskjema. Brevet og samtykkeskjemaet er laget med utgangspunkt i mal fra Norsk Senter for forskningsdata (NSD) for å ivareta krav og lovverk (se vedlegg 2). Det ble gjort små endringer underveis i ordlyd av problemstilling og rekrutteringsprosess av informanter. Endringsmelding ble sendt til, og godkjent av NSD. Etter at informantene hadde takket ja til å delta i studien, kontaktet jeg de for å avtale tid og sted for intervju.

### **3.2.3 Gjennomføring av intervjuene**

I forkant av intervjuene med informantene gjennomførte jeg et prøveintervju. Jeg hadde på forhånd utarbeidet en intervjuguide (se vedlegg 3) som ivaretok de viktigste tema jeg ønsket å komme innom. Det var viktig for meg å prøve ut intervjuguiden, teste ut at det tekniske fungerte og ikke minst prøve meg som intervjuer for første gang. Det tekniske fungerte utmerket, og jeg var også overrasket over at flyten i intervjuet ble ganske bra. Det var passe lange pauser i løpet av intervjuet, som gjorde at jeg rakk å reflektere over intervjusamtalen og vurdere fremdriften. Jeg erfarte raskt at jeg ikke kunne være opptatt av rekkefølgen på spørsmålene mine, men prøvde å følge opp det informanten vektla. Prøveintervjuet gjorde at jeg reduserte antall spørsmål, og heller hadde mer fokus på tema i intervjuguiden.



Intervjuguiden var i hovedsak delt i tre faser slik Tjora (2017) beskriver:

1. Oppvarmingsspørsmål – Bakgrunnsspørsmål om utdanning og arbeidserfaring.
2. Refleksjonsspørsmål – Rundt aktuelle tema: Erfaringer og prioriteringer, vurdering av pasienter med sammensatte muskel-/skjelett og psykiske lidelser, kunnskap og erfaring med PMF, samarbeid og kommunikasjon, eksempler fra praksis.
3. Avrundings spørsmål - Fortelle om prosjektprosessen videre. Etterspørre om det er noe vi ikke har snakket om som er relevant for problemstillingen.

Før hvert intervju sjekket jeg alltid en ekstra gang at det tekniske fungerte. Jeg startet hvert intervju med en kort gjennomgang av informasjonsskrivet for å sikre at informanten hadde forstått hva prosjektet handlet om. Jeg gjentok også at ingen personopplysninger ville bli lagret, at informantene ble anonymisert og at lydopptaket ble slettet så fort sensuren på oppgaven har falt.

Datamateriale er det som kom frem gjennom intervjuene. Intervjuene ble utført ansikt til ansikt med lydopptak. Informantene fikk selv velge når og hvor de ville gjennomføre intervjuene. Det gjorde at intervjuene var på tre ulike steder. Første informant ønsket at jeg skulle finne egnet sted, og vi endte opp med å være på spiserommet til et fysikalsk institutt hvor det ikke var noe aktivitet den dagen. Andre intervjuet var på spiserommet på legesenteret hvor fastlegen jobbet, også dette en dag det ikke var andre på jobb. Det tredje var på legekantoret en vanlig arbeidsdag. Jeg fikk plass i pasientstolen og legen satt i sin stol med PC skjermen foran seg. Alle tre rommene var gode arenaer da vi fikk være i fred uten at noen kom inn, og det var heller ikke støy som forstyrret lydopptaket. I to av intervjuene ble vi avbrutt minst en gang av fastlegens mobil eller pc. Intervjuene ble tatt opp på Sony diktafon med kraftfulle innebygde stereomikrofoner, som eliminerte behovet for en ekstern mikrofon. Det var god kvalitet på innspillingene, som gav meg en klar og tydelige avspilling. Varighet på intervjuene var 39, 53 og 51 minutter.

Intervjuguiden, med mulige spørsmål og stikkord for relevante tema i forhold til problemstilling, dannet utgangspunkt for samtalen. Den lå tilgjengelig, men ble ikke brukt systematisk i samtalen. For å være mest mulig tilstede i situasjonen valgte jeg, som Thagaard (2018) anbefaler, å ikke ta notater underveis. Da kunne jeg fokusere på informanten, og lytte og legge merke til både verbal og kroppslig kommunikasjon. Jeg prøvde å ha åpne spørsmålsstillinger, og å la de utdype spesifikke episoder, i likhet med

Kvale og Brinkmanns (2015) råd når det gjelder gjennomføring av intervju. Jeg la også merke til om informantenes svar dekket det problemstillingen ønsket økt kunnskap om. Jeg var fleksibel på rekkefølgen av planlagte spørsmål, og prøvde å følge opp utsagn som var relevante for studiens tema.

Direkte etter første intervju skrev jeg ned korte refleksjoner om tiden før, under og etter diktafon ble skrudd av, om relasjon, selve spørsmålene og tema, omgivelsene, min egen opplevelse m.m. Dette var svært nyttig for meg som ny forsker. Det var også lærerikt å lytte til intervjuet og transkribere det. Jeg gjorde en foreløpig gjennomgang av hvordan jeg stilte spørsmål og gav tilbakemelding til informantene. Små justeringer på spørsmålsstilling ble gjort før neste intervju. Det gav god selvtillit å merke at læringen gav bedre oppfølgingsspørsmål og ro i intervju to. Endringer skjedde underveis i alle intervjuene, fordi det kom opp ting jeg ikke hadde tenkt på forhånd, og fordi det var enkelte ting jeg måtte spørre mer om for å sikre at jeg forstod hva fastlegen mente.

I en kvalitativ studie vil det alltid være både beskrivelser og tolkninger. Enhver beskrivelse er farget av tolkning og enhver tolkning bygger på beskrivelse (Malterud, 2017). Jeg var derfor nøye underveis i intervjuet og sjekke ut: «Har jeg forstått rett...». Mot slutten av intervjuet sjekket jeg at vi hadde vært innom temaene i intervjuguiden, før avrunding av intervjuet.

### **3.3 Analyse av Datamateriale**

Analysearbeidet har vært en kontinuerlig prosess gjennom hele masterprosjektet. Analysen har vært preget av min forforståelse, og den forståelse jeg utviklet mens jeg var i feltet, i likhet med hva Thagaard (2018) skriver. Etter intervjuene satt jeg igjen med tre lydopptak som datamateriale. Disse skulle nå overføres til tekst fra muntlig til skriftlig form, for å gjøre intervjusamtalen bedre egnet for ytterligere analyse slik Kvale og Brinkmann (2015) beskriver.

#### **3.3.1 Transkripsjon**

Å transkribere er i seg selv en fortolkningsprosess, der forskjellene mellom talespråk til skriftspråk krever en rekke vurderinger og beslutninger underveis i oversettelsen (Kvale & Brinkmann, 2015). Det finnes i dag mange måter å utføre transkripsjon på, men jeg valgte å transkribere selv for å sikre detaljer som kunne være relevante for min analyse, for eksempel

ansiktsuttrykk, latter, motorisk uro m.m. Gjennom å transkribere selv lærte jeg også mye om min egen intervjustil, og kunne dermed korrigere meg selv før neste intervju. Under transkripsjonen husket jeg kroppsspråk, mimikk og de emosjonelle aspektene ved intervjusituasjonene, og muligheten for å miste meningsinnhold ble dermed mindre siden jeg hadde vært en del av situasjonen.

Transkripsjonen ble gjort innen to dager etter intervjuet ble utført. Det var to og en halv måned mellom første og siste intervju. Til tross for at jeg selv utførte transkripsjonen vil transkripsjoner, ifølge Kvale og Brinkmann (2015), være svekkede dekontekstualiserte gjengivelser av direkte intervjusamtaler. Jeg skrev ned så ordrett som mulig, også fyllord, pauseord, stottring o.l. Latter, gester, mimikk og emosjonelle aspekter noterte jeg i parentes bak uttalelsen. Jeg markerte pauser med prikker, men uten å tidsangi pausen. Jeg prøvde så langt det var mulig å ivareta det opprinnelige materialet. Jeg valgte å skrive uten dialekt for å gjøre materialet mindre gjenkjennbart, og steds- og personnavn ble anonymisert. Økt stemmeleie og trykk på et ord ble markert ved at jeg brukte store bokstaver. Mine utsagn ble markert med J: foran, informantens utsagn med I:. Jeg hørte gjennom hvert av lydopptakene flere ganger, for å verifisere at nedskrivningen var mest mulig korrekt. Opptakets kvalitet var svært bra, og ved at jeg kan skrive fort mens jeg lytter, uten å se på det jeg skriver, gikk transkripsjonen overraskende bra. Det ble satt inn sidetall for lettere å finne riktig sitat i senere analysearbeidet.

### 3.3.2 Temasentrert analyse

Det finnes mange måter å organisere og systematisere data på, og det er en nødvendig forutsetning for å benytte data i kvalitative analyser (Thagaard, 2018). Jeg valgte å jobbe med ett og ett intervju av gangen. Jeg startet med å lese intervjuet i sin helhet flere ganger for å få en god oversikt over innholdet, og danne meg et inntrykk av hva det handlet om. Jeg valgte også å lytte til lydopptaket igjen. Deretter leste jeg igjen og skrev ned stikkord om det aktuelle. Jeg festet meg særlig ved emner informanten trakk frem flere ganger. Det som engasjerte informanten ble også viktig, sammen med temaer som overrasket meg utfra min kjennskap til feltet. Veileder fikk lese intervjuene, og i etterkant av min analyse samtalte jeg med henne. Som ny forsker var det en god kvalitetssikring at hun hadde samme oppfatning om hva som syntes betydningsfullt.

I neste fase markerte jeg meningsbærende enheter i teksten, tekst som bar med seg relevant kunnskap om aktuelle tema. Jeg prøvde å se hva informantene faktisk *sa*, ikke bare hva de snakket *om*. Deretter laget jeg en matrise for å holde oversikt over viktige utsagn (se eksempel vedlegg 4). Der lagde jeg en kolonne for sted i tekst for lett å kunne gå tilbake i teksten å se sammenhengen, en kolonne for meningsbærende enhet, en for kondensert meningsinnhold og en for min tolkning. Jeg leste gjennom intervjuet på nytt for å sikre at meningsinnholdet var bevart. Deretter prøvde jeg å finne kodeord som beskrev meningsinnholdet. Etter å ha gjort dette med ett intervju, gjorde jeg det samme med de to andre.

Etter enkeltvis analyse så jeg alle under ett. Min analyse ble en tverrgående analyse hvor jeg sammenfattet likhetstrekk, forskjeller og variasjoner i hvilke erfaringer legene hadde, og hvilke vurderinger som lå til grunn for når de anbefalte PMF. Jeg gjorde det ved å sammenligne de ulike kodeordene, og se etter likheter og forskjeller. Jeg fant tema som gikk igjen i alle tre intervjuene, og laget en egen matrise med disse (se vedlegg 5). Jeg satt da igjen med to felles kategorier med tre subtema i hver. Etter videre analyse endte jeg opp med to subtema i hver kategori. Disse er presentert i resultatkapittelet. Jeg brukte også mine notater for å validere om det jeg kom frem til stemte med mine umiddelbare inntrykk. Underveis i prosessen ble materialet tatt opp i masterseminar og med veileder, slik at flere kunne komme med innspill på ulike måter å tolke teksten på. Analysen gav meg ny forståelse som gjorde at jeg så annerledes på det jeg allerede hadde kommet frem til, og det var en prosess frem og tilbake, før jeg endte opp med det endelige resultatet.

### 3.3.3 Skriveprosess

Skriveprosessen har vært en integrert del av analysearbeidet slik Malterud (2017) skriver. Å formidle resultatene ble en viktig del av analyseprosessen, der formuleringer og beskrivelser ble bearbeidet, og jeg reflekterte over dataenes meningsinnhold på en ny måte. Slik Thagaard (2018) skriver, måtte jeg vurdere hvilke deler av analysen som skulle fremheves, og hvordan resultatene skulle presenteres. Skriveprosessen har hele tiden bestått av valg, som jeg på best mulig måte har prøvd å redegjøre for underveis. Teori og datamaterialet har vekselvis påvirket hverandre i hele skriveprosessen. Analysen av data påvirket valg av teori, og da jeg leste teori gav dette nye perspektiver til videre analyse. Når jeg skrev oppdaget jeg at ting ikke hang sammen, at noe måtte tydeliggjøres, omformuleres, flyttes eller bedre teoretisk

forankres. Målet har hele tiden vært å gjøre teksten og resultatene så leservennlig og transparent som mulig.

### **3.4 Metodekritikk**

Valg av metode og design gjenspeiler hva jeg tenkte var best egnet til å belyse forskningsspørsmålet. Selv om det er mange fordeler med å velge et kvalitativt semistrukturert intervju som metode, er det også en del utfordringer og begrensinger. Jeg vil her fremheve utfordrende sider ved metoden, og presentere kritiske betraktninger knyttet til forskningsprosessen.

#### **3.4.1 Egen posisjon**

Å se seg selv, og egen rolle, i egen studie er i seg selv begrensende, men som Thornquist (2015) sier, er poenget å erkjenne at vi aldri er forutsetningsløse. Forforståelsen min var preget av mange år som fysioterapeut, men fersk i praktiseringen av PMF. Jeg hadde gjort meg noen tanker utfra forskning og erfaring om hvem jeg opplevde ble henvist til PMF, og jeg ønsket å vite mer om grunnlaget for fastlegenes henvisningspraksis. Jeg kjente godt til pasientgruppen som oftest blir henvist til PMF, og hadde også god kunnskap om organisering av helsevesenet. Jeg visste ingenting om fastlegens kompetanse, arbeidsmåter eller rammevilkår. Det at jeg er fysioterapeut selv, og er i utdanning som psykomotoriker, kan virke begrensende da jeg kan bli noe blind i forhold til eget fagfelt. For å distansere meg fra eget fag, og skaffe meg mer kunnskap om feltet jeg skulle inn i, leste jeg artikler som omhandlet fastlegers henvisningspraksis på andre områder, og satt meg godt inn i rammeverk og forskrifter. Grundig kjennskap til pasientgruppa og eget fag var også positivt, da det gav meg muligheten til å stille relevante oppfølgingsspørsmål. Det at jeg ikke var lege, og nylig hadde lest mange rapporter om evalueringer og fremtidsplaner, kan ha gjort meg mer oppmerksom på enkelte sider av temaet. Forskjellen mellom meg og mine informanter, kan ha ført til at jeg har oversett deler av både det uttalte og det underforståtte, og min forforståelse kan ha hindret meg i å se muligheter for fordypning i informantens svar.

Thagaard (2018) trekker frem at intervjuerens posisjon har betydning, og at samarbeidet som oppstår mellom forsker og informant er preget både av nærhet og distanse. Jeg var bevisst hvilken rolle jeg hadde i møte med legene, og opplevde selv at jeg fikk en god nærhet som

gjorde at jeg fikk en forståelse av hvordan de opplevde og erfarte tematikken. I enkelte situasjoner kunne det være utfordrende å ikke kommentere eller forsvare uttalelser om egen faggruppe, men bevissthet om rollen som intervjuer både i forkant og etterkant av intervjuet hjalp meg som uerfaren intervjuer å holde fokus og ikke kommentere hva jeg syntes. Kriterier på at informantene er komfortable er at de er aktive og viser initiativ under intervjuet skriver Thagaard (2018). Dette var tilfellet i alle tre intervjuene. Informantene var noe eldre enn meg, hadde en annen profesjon, men var også helsearbeidere og samme kjønn. Jeg opplevde at min bakgrunn og kunnskap i forhold til tematikken muliggjorde forståelse. En del av deres erfaringer kan jeg også kjenne meg igjen i som fysioterapeut. Jeg fikk et godt tillitsforhold til informantene, og de var åpne om sine erfaringer og refleksjoner.

De kan ha hatt antagelser om hvilke tema som var relevant å ta opp, og sortert bort noe de ville sagt til andre som ikke var psykomotorikere. Jeg opplevde allikevel en symmetrisk og likeverdig allianse, hvor det kom frem både positive og negative ting om de fleste elementene, også PMF. De kan ha fremhevet PMF som mer viktig og sentralt enn det det i virkeligheten oppleves for dem. Siden jeg er fysioterapeut kan de også ha trodd at jeg hadde innsikt i deres situasjon mer enn jeg har, og at de derfor valgte og ikke utdype alle utsagn like mye. Beskrivelsene de gav kan være preget av hvordan de ønsket å fremstå, men jeg opplevde ikke det, da de presenterte ganske flerfoldige beskrivelser av egne erfaringer og vurderinger. Det var ikke bare et glansbilde de presenterte, men de så på eget fagfelt og fagutøvelse med kritiske øyne.

### **3.4.2 Utvalg**

Når det gjelder utvalget var tanken å få informanter som var blant de som hadde henvist flest i 2017. Da det ikke lot seg gjøre, valgte jeg i stedet å inkludere fastleger som hadde henvist til PMF gjennom flere år. I rekrutteringsprosessen var mange positive til studien, men fikk på grunn av omstendighetene ikke prioritert å delta. Tidsaspektet, uten at det var en del av arbeidsdagen var det som ble krevende for mange. To skulle avslutte sin praksis i november og desember 2019 på grunn av dårlig arbeidssituasjon, flere var overarbeidet, og en på grensen til utbrenthet og takket nei. En av kommuneoverlegene beskrev utfordringen med å rekruttere fastleger slik i sitt mailsvar:

*«Takk for henvendelse og orientering om et spennende prosjekt. Det er ofte ikke så lett å få mobilisert fastleger til å bruke tiden sin på ulike prosjekt. Intervju av en times varighet er derfor en metodisk tilnærming som kan gjøre det utfordrende å få tilstrekkelig antall respondenter i studien. Jeg har uansett videreformidlet invitasjonen og oppfordret fastlegene i kommunen til å bidra».*

Tre fastleger takket ja til å delta i studien. De tre informantene jeg endte opp med var fra samme fylket, men fra ulike kommuner, og var alle nye relasjoner for meg. Alle tre hadde lang erfaring som fastlege, og hadde henvist mange til PMF over flere år. De hadde også lang erfaring med å samarbeide med psykomotoriske fysioterapeuter.

### **3.4.3 Intervjusituasjonen**

Interaksjonen mellom forsker og informant preges av begge parter subjektive trekk ifølge Thagaard (2018). Kunnskap skapes i det sosiale samspillet mellom de (Kvale & Brinkmann, 2015). Det betyr at kunnskapsproduksjon preges av min tilstedeværelse, og skaper behov for refleksjon rundt intervjusituasjonen.

Jeg erfarte at konteksten for kunnskapsproduksjon var viktig slik Kvale og Brinkmann (2015) skriver, og at det påvirket intervjusituasjonen. Hvordan vi plasserte oss hadde betydning for meg som forsker. Å sitte rett overfor hverandre, i lik høyde, uten pc eller annet som kunne virke forstyrrende, gav meg best utgangspunkt for å holde fokus på informanten. Det tekniske, som jeg på forhånd hadde vært redd ikke skulle fungere fungerte utmerket. Diktafonen var lite synlig, og informantene så ikke ut til å bli affisert av den. Det kan ha påvirket hva de valgte å si, men min opplevelse var at det ikke påvirket situasjonen.

Det var svært nyttig å gjennomføre et intervju, transkribere og gå gjennom meningsinnhold for å se hva jeg kunne gjøre annerledes, før neste intervju. Det gjorde at jeg klarte å stille flere oppfølgingsspørsmål, være mer tilstede og får mer detaljerte beskrivelser i intervju to. At det så, av ulike årsaker, gikk litt lang tid før siste intervju ble gjennomført, gjorde at jeg måtte lese gjennom de to foregående transkripsjonene for å friske opp igjen hva jeg burde være oppmerksom på. Under alle intervjuene var jeg fleksibel på rekkefølgen av temaer, og prøvde etter beste evne å følge opp det informanten tok tak i. At jeg valgte å la intervjuguiden ligge på siden, og kun sjekke opp mot den på slutten av intervjuet, gjorde at informanten fikk fullt

fokus, og fikk løfte frem ulike aspekter ved tema der det var naturlig for dem. Det gjorde det også lettere for meg å lytte til informanten, slik at jeg kunne stille relevante oppfølgings spørsmål.

#### **3.4.4 Analysearbeidet**

Jeg har prøvd å være bevisst og nedtegne den påvirkning jeg er bevisst i denne analysen. Etter at de transkriberte intervjuene var klare, har jeg hele tiden prøvd å forholde meg til informantens utsagn og sammenhengen de er sagt i. Det har krevd at jeg må være nær tekstmaterialet, samtidig som jeg må distansere meg for å prøve å se det utenfra. Jeg har valgt å bruke mange sitater i resultatkapittelet for å la leseren komme nær konteksten. Resultatene gjenspeiler en retning og en fordypning som jeg ikke på forhånd hadde forutsett. Analysearbeidet, sammen med relevant teori, har ført til ny kunnskap og forståelse, som kan være relevant for praksisfeltet og bidra inn i samarbeidet mellom terapeut og lege.

#### **3.4.5 Pålitelighet og gyldighet**

I dette kapittelet har jeg prøvd å gi så saklig og åpen fremstilling som mulig av konteksten datamaterialet har blitt til i, og de stegene jeg har gjort underveis i forskningsprosessen. Dette er elementer som kan påvirke studiens pålitelighet og gyldighet, og jeg har så langt det lar seg gjøre prøvd å gjøre min forskningsprosess transparent, slik at leseren selv kan vurdere bakgrunnen for mine slutninger og de konklusjonene jeg fremhever.

Thagaard (2018) reflekterer rundt hva begrepet reliabilitet innebærer i kvalitativ forskning, hvor hun konkluderer med at det viktigste er å redegjøre for utvikling av data i løpet av forskningsprosessen. Jeg har derfor valgt å gi mye plass til metode og metodekritikk, for å vise min forståelse og påvirkning av resultatene. Jeg har som nevnt også valgt å gi plass til en del sitater fra datamaterialet i resultatdelen, for å gjøre det så virkelighetsnært som mulig. Hva slags forforståelse fastlegene hadde av studien, og hva som var deres motivasjon for deltakelse, vet jeg ingenting om, men det vil også kunne ha påvirket hva de vektla.

Det at jeg valgte lydopptak gjorde at jeg kunne skrive ordrett ned det informantene sa, og gå i detalj i analysen. Det at jeg ikke skrev notater underveis i intervjusamtalen gjorde at jeg kunne være i situasjonen med informanten, lytte, ha blikkontakt, og stille oppfølgende spørsmål. Dette gav grunnlag for å utvikle data som var mer uavhengig av mine oppfatninger.



Allikevel vil data som er presentert være preget av hvordan jeg forstår det jeg ser og hører. Påliteligheten er imidlertid styrket ved at veileder har vært involvert i prosjektet i hele prosessen, og vært med i diskusjon rundt avgjørende beslutninger. Både veileder og gruppen i masterseminaret med seks studenter og to vitenskapelig ansatte, har kommet med kritisk evaluering av fremgangsmåten underveis i prosjektet ved tre ulike stadier i forløpet.

Validitet er knyttet til resultatene av forskningen, og hvordan vi tolker data. Thagaard (2018) skriver at vi kan styrke studiens gyldighet ved å gå kritisk gjennom analyseprosessen, og kritisk vurdere våre analyser. Ved oppstart gjorde jeg bevisste vurderinger rundt valg av metode. Underveis har jeg utforsket ulike tolkninger av meningsinnholdet, men jeg har i flere faser av studiens forløp, endt opp med de samme hovedtemaene. Gyldigheten er også styrket ved at veileder har lest alle tre intervjuene. Min tolkning skilte seg ikke betydelig fra hennes lesning. I presentasjonen av resultatene prøver jeg tydelige å skille hva som er informantens uttalelser og hva som er min tolkning. Jeg søker også å vise til resultatenes gyldighet ved å sammenligne mine resultater med teori og andre studier.

Det empiriske materialet viser hvordan metoden har fanget opp mange sentrale sider, som kan bidra til økt kunnskap og forståelse. Overførbarhet handler om at den forståelsen som er utviklet i min studie, også kan være relevant i andre situasjoner (Thagaard, 2018). Resultatene kan ha særlig relevans for både fastleger og psykomotoriske fysioterapeuter, men også utdanningsinstitusjoner, kommuner og andre fagpersoner som er i et tverrprofesjonelt samarbeid, eller har innflytelse på rammer og innhold i profesjonenes utdanning, kan ha nytte av kunnskapen som fremkommer i denne studien. Studiens resultater kan ha overføringsverdi ved at den gir økt innsikt i hva fastlegene vektlegger og tenker i møte med pasienter med muskel-/skjelettplager og psykiske lidelser, og kunnskap om erfaringene de har fra samarbeidet med psykomotoriske fysioterapeuter. Forhåpentligvis vil noe være gjenkjennbart, og være med å skape nye refleksjoner, økt innsikt og forståelse rundt tverrprofesjonelt samarbeid og behandlingstilbudet til pasienter med muskel-/skjelett plager og psykiske lidelser. Dette er en pasientgruppe som har lidelser som gir store både menneskelige, faglige og samfunnsøkonomiske konsekvenser.

### 3.5 Etiske betraktninger

Forskning innen eget fagområde innebærer i denne sammenhengen dialog og direkte kontakt med informanten, som i dette tilfelle er kollegaer i form av samarbeidende faggrupper. Forskningen skal være basert på respekt for den enkeltes menneskerettigheter og menneskeverd. Hensynet til deltakernes velferd og integritet skal gå foran vitenskapens og samfunnets interesser (Helseforskningsloven, 2008). Som fagutøver er jeg allerede underlagt mange lover. Blant annet Helsepersonelloven hvor taushetsplikten belyses. For behandling av helseopplysninger gjelder også personvernforordningen (GDPR) og personopplysningsloven med forskrifter. Opplysningene om legene ble anonymisert og oppbevart lovmessig etter de nye kravene. Informantene er blitt informert om hvor lenge dataene blir oppbevart og hvordan de blir destruert.

Etiske problemstillinger ivaretas ved at det ble innhentet skriftlig frivillig informert samtykke fra alle informantene. De mottok ikke betaling eller andre goder, og studien er ikke til skade for den enkelte. For å ivareta forskningsetiske forhold er studien meldt til NSD (se godkjenning vedlegg 1). Som ny forsker ønsket jeg også å skaffe meg bakgrunnskunnskap om hva jeg burde tenke over og vurdere i forbindelse med denne masteroppgaven. Jeg leste derfor relevante etiske retningslinjer og veiledninger. Særlig Nürnbergkodeksen og Helsinkideklarasjonen står sentralt. Studien er gjennomført i tråd med disse.

Antall fastleger i Norge er stort nok til å kunne ivareta informantenes anonymitet. Informasjon som kan avsløre fastlegens identitet er ikke blitt presentert. Jeg som forsker kommer ikke forutsetningsløs inn i dette prosjektet. Min forforståelse, teoretiske referanseramme og konteksten, påvirker mine valg, mine vurderinger underveis og den kontinuerlige pågående fortolkningsprosessen. Hvordan jeg har valgt å tolke materialet, er mitt ansvar som forsker. Måten jeg presenterer og vektlegger resultater i denne studien på, behøver ikke å samsvare med informantenes opplevelser. Jeg har forsøkt å være tydelig på hva som er informantens uttalelser, og hva som er mine tolkninger. Jeg er ydmyk og takknemlig for at disse tre fastlegene satte av tid til denne studien, og jeg har prøvd å presentere materialet på en måte som beskriver viktige sider ved deres erfaringer, så tekstnært som mulig.

## 4.0 Resultater og diskusjon

I dette kapitlet presenteres studiens resultater og en drøfting av disse. Gjennom analysen har jeg kommet frem til to overordnede tema: “Faglig støtte: Om tverrprofesjonelt samarbeid og faglig vurdering” og “Faglig skvis: Om pasientmøte og ytre rammer”. De to temaene presenteres som hovedkapitler med hver sine underkapitler. Inndelingen er basert på en temasentrert tilnærming som beskrevet i Thagaard (2018).

Hvert underkapittel består av et sammendrag fra materialet eksemplifisert med informantenes sitater. Presentasjonen følger Kvale og Brinkmanns (2015) oppbygning med tolkning på tre nivå. Første nivå er tekstnært, der meningen i informantenes synspunkter kort sammenfattes. Dette tas så videre til et allment tolkningsnivå, med en bredere forståelsesramme enn informantenes egne fortellinger. Fortolkningen omfatter kritisk lesning, og trekker frem hva som kan ligge mellom linjene i utsagnene, og generelle aspekter ved disse. Til slutt avrundes hvert undertema med å anvende teori og andre studier, for å forstå mer av informantenes uttalelser. Denne måten å presentere resultatene og diskusjon på er gjennomgående i alle kapitler.

I presentasjonen har jeg valgt å ha med en del sitater for å gi leseren et inntrykk av intervjuinnholdet, og eksemplifisere materialet som danner grunnlaget for min analyse. Forhåpentligvis vil det gjøre det lettere å følge meg i min analyse og diskusjon. Jeg har brukt sitater fra alle tre intervjuene. Ordrette transkripsjoner av muntlig tale kan virke usammenhengende og lite gjenkjennbart i skriftlig fremstilling (Kvale & Brinkmann, 2015). For å lette forståelsen og gjøre presentasjonen av materialet mest mulig tydelig, har jeg omarbeidet sitatene til en lesbar tekst. Jeg har da valgt å fjerne gjentakelser og lyder som etter min vurdering ikke har betydning for meningsinnholdet. De er erstattet med tre prikker (...). Informantenes sitater presenteres i *kursiv*, mens mine ord står med vanlig skrift. STORE bokstaver betyr at informantene hever stemmen og vektlegger tydelig dette ordet.

## 4.1 Faglig støtte:

### Om tverrprofesjonelt samarbeid og faglig vurdering

Tradisjonelt har legen hatt en ekspertrolle, gjort sine faglige vurderinger og henvist videre ved behov. Profesjonene har jobbet parallelt ved siden av hverandre. I denne studien fremhever informantene hvor viktig samarbeid på tvers av profesjoner er, for at pasientene skal få best mulig hjelp og for at de skal kunne gjøre gode faglige vurderinger.

#### 4.1.1 «Da blir de jo bedre undersøkt enn det jeg får til da»:

##### Om tverrprofesjonelt samarbeid

Fastlegene i denne studien opplever at mange av pasientene er utfordrende, fordi de ofte har komplekse og sammensatte problemstillinger, uten konkrete medisinske funn. Legene beskriver en usikkerhet når de skal gjøre sine faglige vurderinger av når de bør følge opp videre, hva som er nødvendig, hva som er det beste for pasienten og hva som er mulig å få til. En av informantene sier det slik:

*Det er veldig vanskelig å hjelpe dem da, det opplever jeg, men en del får vi jo på beina igjen altså. Vi gjør jo det. Og de med lettere psykiske lidelser og hvor ting har satt seg i kroppen, så er det ikke alltid at det skal så mye til da, men det er klart de som er langvarige sykemeldt for psykosomatiske lidelser, dem er vanskelig å få ut i jobb igjen da.*

Fastlegene søker etter noen å samarbeide med, og beskriver at det er utfordrende å finne samarbeidspartnere å henvise videre til. De ser seg om etter mulighet til å henvise videre både til hjelp i diagnostisering og oppfølging, og ser verdien av andre fagprofesjoners bidrag. De forteller at de er usikre på hvem de bør henvise hvilke pasienter til, og ofte ville de gjerne ha henvist pasienter til både psykolog og psykomotorisk fysioterapi parallelt. Slik oppleves det for en av informantene:

*Nei, ofte så er det jo sånn at du må følge opp selv, for lettere psykiske lidelser får du ikke henvist lenger. Det er jo ingen som tar imot de. Det er psykiatrisk sykepleier som du kan være heldig å få oppfølging fra da, men DPS tar jo ingenting av dette her lenger, og ventetid på å komme inn til psykomotoriker er jo KJEMPE lang!*

Alle tre beskriver lang ventetid og ulike prioriteringsnøkler som utfordrende. En av informantene viser også til at det er usikkerhet i stabilitet i hvilke tilbud som finnes til enhver tid, da en del av tilbudene er på anbud fra helseforetaket. Private tiltak kan være aktuelle, men det krever at pasienten har økonomi til det. Fastlegene beskriver det som frustrerende å måtte vente på et tilbud til PMF når de ser at pasienten har et behov for behandling. I tilfeller hvor pasientene må vente kanskje ett år, erfarer de at pasientene har en mer defensiv innstilling til behandlingen når de først får tilbud om å starte opp. Dette fordi de har stått og ventet så lenge. Fastlegene etterlyser rask tilgang til PMF når pasientene trenger det, og en av informantene formidler det slik:

*De hadde jo et års ventetid så det var jo liksom, det var vanskelig da, og vi henviste jo ikke folk. Du kan ikke si til noen som kommer og har vondt: (...) Du kommer ikke til å bli bra før om et år, så vi må henvise deg til noe som har ett års ventetid. Det er ikke så veldig helsebringende.*

Alle informantene har mye erfaring med å samarbeide med psykomotoriske fysioterapeuter. De har funnet ulike løsninger på hvordan de best samarbeider med psykomotoriker i de kommunene de representerer. Alle tre har et institutt eller en psykomotoriker som de nå opplever å ha et godt samarbeid med, og hvor pasientene slipper å stå lenge på venteliste. En sa:

*Det er jo ofte fint å kunne komme inn på et tidlig tidspunkt da, og det er mange som har hatt veldig god hjelp av det!*

En annen beskriver det slik:

*Det tror jeg var ganske avgjørende for at han ikke skulle bli enda mer deprimert og dårlig, altså det å bli tatt på alvor, det å få lov til å komme inn i et behandlingsforløp ganske fort.*

De opplever at relasjonelle faktorer påvirker mulig samarbeid. De beskriver alle at det er noen psykomotorikere de får til et bedre samarbeid med enn andre, og understreker at fysioterapeutens tilbakemelding, med vurdering av pasienten det samarbeides om, er av betydning for hvordan de opplever samarbeidet. En av dem sa:

*Jeg får ikke den samme dialogen med alle nei, nei. Jeg setter veldig pris på at psykomotorisk fysioterapeut gir en tilbakemelding etter første time. Det er bare N.N. som gjør det. Noen av de andre gjør det av og til.*

Informantene vektlegger at pasienter med muskel-/skjelett og lettere psykiske lidelser krever en mer omfattende tilnærming. Fastlegene opplever at samarbeidet med psykomotoriske fysioterapeuter komplementerer deres tilnærming i møte med slike pasienter. De fremhever at psykomotorikerne setter av mer tid, og kan undersøke pasientene grundigere enn det de selv har mulighet for. De understreker at nivået av kompleksitet er avgjørende for når de henviser til psykomotorisk fysioterapeut. En av informantene sier det slik:

*Nei, da blir de jo bedre undersøkt enn det jeg får til da, også har jo den psykomotoriske fysioterapeuten mye bedre tid enn meg til å snakke og ta inn jevnt da. Det er klart de som det har spent seg sånn litt akutt og ja som opplever stress der og da, så avklarer vi mye her, men hos de som er tyngre og mer kronifiserte er det veldig godt å kunne henvise altså.*

Informantene forteller at når de får tilbakemeldinger fra fysioterapeuten etter første undersøkelse, gis det ofte informasjon som hjelper fastlegen i videre arbeid. De uttrykker at det skaper trygghet å være flere behandlere sammen om komplekse pasienter. Gjennom det tverrprofesjonelle samarbeidet utvikler fastlegene ny kunnskap, som de sier de kan bruke i møte med andre pasienter med muskel-/skjelett plager og lettere psykiske lidelser. Alle tre påpeker viktigheten av å få tilbakemelding etter første time fra psykomotorikeren, for å få innsikt i deres vurderinger og ta det med i videre utredning og oppfølging av pasienten. En av informantene sa:

*Men å få liksom et inntrykk av hvordan psykomotorisk fysioterapeut ser på situasjonen da. Ja,- sånn som hu (...) unge jenta som ble så kvalm blant annet da når N.N. skulle ta på henne, og fikk alle de herre vegetative reaksjonene. Det var jo veldig nyttig for meg å vite, sånn at den kvalmen er kanskje ikke noe som kommer fra magesekken hennes eller noe tarmpatologi da.*

Informantene fremhever denne gjensidige kontakten som essensiell, også ved vurdering av pasientens behov for sykemelding, og de uttrykker at de ønsker både muntlig og skriftlig

kommunikasjon. De sier alle tre at de fortsatt sender henvisning med pasientene til psykomotorisk fysioterapeut, selv om det ikke lenger er et krav. Dette gjør de fordi de ønsker å formidle videre til psykomotorikeren den kunnskapen de som leger allerede sitter inne med i forhold til pasientens plager, samtidig som de opplever at pasienten da blir prioritert. En av informantene forteller:

*Det er jo mye lettere hvis jeg skriver en henvisning, og sender den med pasienten, - eller kan og sende den elektronisk nå da. Så da opplever jeg jo at pasienten blir prioritert, og da kan jeg også sende med en del viktige opplysninger da. Spørre pasienten om det er greit, også slipper den psykomotoriske fysioterapeuten å spørre om så masse. For jeg sitter jo inne med veldig mye kunnskap om den pasienten (latter).*

Fastlegene uttrykker et ønske om dialog både i forkant, underveis og ved avslutning av en behandlingsserie for pasienter med sammensatte muskel-/skjelett plager og lettere psykiske lidelser. De savner tilbakemeldinger fra psykomotorikere, spesielt underveis i lange behandlingsforløp. Alle informantene fremhever epikrisene fra psykomotorikere som nyttige. En uttalte:

*Det trengs jo flere psykomotoriske fysioterapeuter, og jeg tenker jo at en noe bedre kommunikasjon, og ikke minst med epikriser, etter første vurdering og i et langt behandlingsløp og ved avslutning, er veldig stor nytte for oss da, som fastleger.*

En annen av informantene uttrykte det slik:

*Epikrisene er KJEMPE nyttig eller det jeg kanskje får like god nytte av er jo, - for jeg får så å si alltid et vurderingsnotat eller sånn undersøkelsesnotat, - det er VELDIG nyttig! Det er jeg SÅ glad i og det bruker jeg MASSE! Du får en veldig grundig gjennomgang da, og undersøkelse av pasienten med plager, ja årsaksforholdet, for det er jo gjerne en samtalebit og en undersøkelsesbit, og det, det er veldig (smålatter) nyttig rett og slett.*

Alle tre trekker frem og erfarer den helhetlige tilnærmingen pasientene får hos psykomotorisk fysioterapeut som viktig. Informantene undrer seg over hvor mye informasjon som kommer frem gjennom undersøkelse av kroppen, og hvordan levd liv og sosial kontekst påvirker

pasientens plager. De ser store fordeler ved å møte pasienten helhetlig, fremfor å behandle symptomer. Fastlegene uttrykker at dette er viktig for den enkelte pasient, men også for legen som medbehandler og for samfunnet som helhet. En av informantene oppsummerer det slik:

*Det er altfor mange fysioterapeuter som ikke legger vekt på de tingene her, og jeg opplever at pasienten ikke får god nok hjelp hos dem. Det er viktig at det er noen som er spesialister på det området her hos dere. Det er jo flere som på en måte har klart å holde seg i jobb da, ved hjelp av psykomotorisk fysioterapi, så det er jo KJEMPE bra for samfunnet! Så jeg tenker jo at mange flere fysioterapeuter skulle hatt den etterutdanningen for jeg tror at det hadde vært mye, - ja for det første er det jo bra for pasienten, at den føler seg bedre og har et bedre liv, men sånn økonomisk sett tenker jeg at det er VIRKELIG noe som kunne gjort at man sparte penger i det norske samfunnet. Det å holde folk i jobb!*

Utsagnene i dette kapittelet viser at fastlegene mener at tverrprofesjonell støtte og samarbeid er viktig i møte med pasienter med komplekse utfordringer. Informantene uttrykker usikkerhet og opplevelse av å være alene i vurderinger av komplekse problemstillinger både når de skal sette diagnoser, vurdere sykemeldinger og uføretrygd, og i behandlingsforløp for øvrig. De har en oppfatning av at samarbeid med psykomotorisk fysioterapeut vil kunne bedre forutsetningene for pasientene, og gi trygghet og ny kunnskap for fastlegene.

Utsagnene peker mot at fastlegene ønsker et dynamisk samarbeid og dialog med psykomotorikere, ikke bare et ønske om å ha noen å henvise videre til. I møte med pasienter med plager som ikke er synlig på objektive prøver opplever de at det er godt å ha noen å støtte seg til i langvarige og krevende behandlingsforløp. Det synes som at det skaper frustrasjon og makteløshet når tilbudene ikke er tilgjengelig. De opplever det utfordrende og energitappende. Det kan synes som om de er nysgjerrige og ser resultater med måten psykomotoriske fysioterapeuter møter disse pasientene på. Det synes også som at dialog og det relasjonelle aspektet fremstår som sentralt for et mest mulig optimalt tverrprofesjonelt samarbeid. Dette fører inn i en videre diskusjon rundt tverrprofesjonelt samarbeid og viktigheten av jevnlig dialog og informasjonsutveksling.

Informantene har et ansvar som fastleger som de beskriver er både meningsfylt og utfordrende. De kjenner på ansvaret både overfor pasient og samfunn. I kapittelet «Veiledning



i tverrprofesjonell samarbeidslæring» fremhever Iversen et. al. (2018) nødvendigheten av samarbeid, kunnskapsdeling og koordinerte tjenester på tvers av profesjoner, og viser til at det stilles nye krav til morgensdagens helsetjeneste. I likhet med hva Iversen et. al. (2018) løfter frem, forteller også informantene i denne studien at økt kompleksitet og flere pasienter med sammensatte problemstillinger, gjør at de ser behovet for mer tverrprofesjonelt samarbeid. Viktigheten av tverrprofesjonelt samarbeid fremkommer tydelig i politiske føringer de siste ti årene, og slik sett harmonerer informantenes uttalelser med føringene. Samhandling og samarbeid mellom ulike aktører og nivåer var understreket både i samhandlingsreformen (2009) og omsorgsmeldingen (2013). I 2012 kom utdanningsmeldingen «Utdanning for velferd. Samspill i praksis», som utfordrer praksisfeltet og utdanningsinstitusjonene til å utvikle nye samarbeidsarenaer. Informantene er tydelige på hvordan profesjonene kan utfylle hverandre, og de har funnet enkelte samarbeidspartnere hvor dette fungerer bra. Rask tilgang til PMF når pasienten trenger det, og god dialog både skriftlig og muntlig i forkant, underveis og ved avslutning av en behandlingsserie for pasienten, er noe av det de trekker frem. Dette samsvarer med utdanningsmeldingen (2012), hvor profesjonens doble kompetanse understrekes, det vil si den enkeltes profesjonskompetanse og samhandlingskompetanse. I tillegg til å være gode profesjonsutøvere forventes det kunnskap om helse- og velferdssystemet, samt forståelse for både egen og andres rolle i det tverrprofesjonelle samarbeidet. Fastlegene i denne studien er tydelige på at de ønsker flere tilgjengelige tilbud å henvise til og bedre tverrprofesjonelt samarbeid. Dette stemmer overens med Meld.St. 26 «Framtidens primærhelsetjeneste. Nærhet og helhet» (2015) som vektlegger tverrfaglighet som bærende prinsipp i fremtidens helsetjeneste.

På bakgrunn av resultatene som fremkommer i denne studien, synes det å være behov for å øke samhandlingen mellom profesjonene. Informantene vektlegger jevnlig kontakt og beskrivende tilbakemeldinger om funn og vurderinger, for å lære av hverandres faglige kompetanse som essensielt. Dette løftes også frem i rapportene fra helse- og sosialtjenestene, som rapporterer om behov for holdningsendring for å øke helhetsforståelsen, felles kunnskap og samhandlingskompetanse. Kompetanse i tverrprofesjonelt samarbeid er en av 12 felles læringsutbyttebeskrivelser som nå gjelder for alle helse- og sosialfaglige grunnutdanninger i høyere utdanning (Iversen et al., 2018).

Almås et. al. (2018) skriver at både forskning og erfaring viser at godt samarbeid på tvers av

profesjoner er til pasientens beste. Pasienter med komplekse utfordringer har behov for den samlede kompetansen som de ulike profesjonene har. Fastlegene fremhever at det er flere forhold som har betydning for det tverrprofesjonelle samarbeidet. Faktorene som fremheves i denne studien, er i tråd med det Reeves et. al. (2010) beskriver. Informantene nevner personkjemi, gjensidig tillit og kommunikasjon som viktige faktorer som styrker samarbeidet. Dette er faktorer som synes å påvirke forholdet mellom fagpersonene, og som Reeves et. al. (2010) kategoriserer under relasjonelle faktorer. Også det Reeves et. al. kaller for prosessuelle faktorer er løftet frem av informantene. Det er elementer som tid, kompleksitet og ressurser til å utføre det tverrprofesjonelle samarbeidet. Når fastlegene nevner ventelister og tilgjengelighet som utfordrende når de henviser til psykomotorisk behandling, er det faktorer vi finner igjen hos Reeves betegnet som organisatoriske faktorer. Dette betyr at det kan få konsekvenser for den lokale organiseringen i kommunene, i forhold til å legge til rette for mulighetene for samhandling. Politiske og økonomiske insentiver legger føringer for hvordan samhandling i primærhelsetjenesten kan foregå i praksis. Takster som stimulerer til samhandling for lege og fysioterapeut, og hensiktsmessige IKT-løsninger som ivaretar behovet for felles informasjonsutveksling kan være aktuelle elementer for å bedre mulighetene for tverrprofesjonelt samarbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Reeves et. al. (2010) fremhever også disse faktorene i det de kaller kontekstuelle faktorer.

En side av det som er regulert av lover og forskrifter er dokumentasjonskrav til helsearbeidere. Dokumentasjonsplikten innebærer at den som yter helsehjelp skal nedtegne relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen i en journal for den enkelte pasient (Helsepersonelloven, 1999). I §45a i Helsepersonelloven (1999) står det også at det skal skrives epikrise i tilknytning til undersøkelse eller behandling av en pasient som er nødvendige for at videre behandling eller oppfølging av pasienten innenfor helse- og omsorgstjenesten kan skje på en forsvarlig måte. Informantene fremhever viktigheten av skriftlige tilbakemeldinger i starten, underveis og etter avsluttet behandling, som en viktig del av kommunikasjon mellom dem og psykomotikeren. Fysioterapeutens ansvar for å samarbeide med fastlegen og øvrige helse- og omsorgstjenester i ny ordning med direkte tilgang, er beskrevet i §12 i Forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale (2017). Der er det også beskrevet i §10 kravet om at fysioterapeuten skal sende epikrise til fastlegen, med mindre det er åpenbart unødvendig eller at den det gjelder motsetter seg det. Dette bekrefter informantenes ønsker om skriftlige

tilbakemeldinger. I § 19 i Forskrift om fastlegeordning i kommunene står det at fastlegen skal ivareta en medisinskfaglig koordineringsrolle og samarbeide med andre relevante tjenesteytere om egne listeinnbyggere (Forskrift om fastlegeordning i kommunene, 2012). Dette betyr at både fysioterapeuten og fastlegen har ansvar for samhandling når faglige vurderinger skal tas.

#### **4.1.2 «Det er liksom sånn, sånn hunch du får da på hvem som kan ha nytte av det»:**

##### **Om faglige vurderinger**

Informantene beskriver at de faglige vurderingene de gjør er basert på hva de lærte i utdanningen, retningslinjer og prosedyrer, men også hva de har erfart og lært gjennom årene i praksis. De forteller at et dualistisk menneskesyn var rådende i studietida. Det var et tydelig skille mellom somatikk og psykiatri, og de opplevde at det som ikke kunne objektivt måles ble blankt avvist i somatikken. På spørsmål om hva de lærte om muskel-/skjelett plager og psykiske lidelser i studiet svarte en:

*Nei det var det jo ikke noe fokus på (endrer til litt oppgitt toneleie) da jeg studerte. Det var jo det vi så i allmennpraksis, men det var veldig skille da mellom somatikk og psykiatri i studietida. Det var det, og hvis det var noe som luktet psykiatri på ortopedisk avdeling eller nevrokirurgisk avdeling så,- da ville de ikke ha noe med det og gjøre.*

Informantene forteller at de har ervervet seg kompetanse, om PMF og en helhetlig tilnærming til pasientene, på ulike måter gjennom kurs, egenerfaring og i klinisk praksis med pasienter med muskel-/skjelettplager og psykiske lidelser. De sier at det skulle mange år med erfaring til, før de så ulike tilnæringsmåter til pasienter med komplekse problemstillinger, og at de skjønnte at det fantes tilbud som PMF å henvise videre til. En av informantene beskriver:

*Jeg husker jeg lærte om dette her med psykomotorisk fysioterapi på et kurs en gang (...). En lege som har jobba veldig mye med årsaken mellom fysisk,- fysisk lidelser eller traumer da, og hvordan det setter spor i kroppen, og det var jo helt nytt, det hadde vi jo ikke hørt om!*

Videre forteller informantene at turnuslegene løfter frem de samme problemstillingene de selv har kjent på i flere år. De unge legene har heller ikke hørt om psykomotorisk fysioterapi,

og muligheter for en helhetlig tilnærming på den måten psykomotorikerne gjør. Slik beskrev en av informantene det:

*Det er mulig det er annerledes nå, men jeg har egentlig ikke inntrykk av det, for vi har jo turnusleger innom, nye hvert halvår, som heller ikke er noe særlig skolert på det.*

Informantene forteller at kommunikasjon og samspill med pasienten under konsultasjonen har innvirkning på hva som blir den endelige avgjørelsen. De tre informantene uttrykker at det kan være vanskelig i tilfeller hvor de vurderer at pasienten kan ha nytte av PMF, og pasienten ikke ønsker det. De sier at slike uenigheter kan være tilfelle blant annet ved vurdering av eventuell uføretrygd. Pasientene vil ofte ha tiltak og oppfølging som synes på blodprøver eller røntgen, og ber ofte om utallige undersøkelser. En sa:

*Det er jo sjelden indikasjon for å begynne å ta MR og sånn, eller det kan det jo være selvsagt, men det er ikke så vanskelig som regel å si ut fra klinikken om det er noe som bør tas bilde av, men det vanskelige er jo noen ganger å overbevise pasienten om at det IKKE er nødvendig da.*

Det er vanskelig for pasientene å forholde seg til plager som ikke synes, og de vil helst ikke høre at det har noe med psykisk å gjøre. En av informantene omtalte det slik:

*Det er mange, veldig mange, som vil ha en fysisk forklaring på sine plager og som ikke vil ha eller ikke vil skjønne eller innse at det har å gjøre med tankesett eller med psykisk lidelse å gjøre.*

Informantene uttrykker videre at balansen mellom pasientens medbestemmelsesrett og deres faglig vurdering kan være utfordrende. De sier at mye av arbeidet deres er gi informasjon til pasientene, slik at de forstår hva de ulike tilbudene består av og motivere de til å ta imot rett behandling til rett tid. En av informantene sier:

*Du kan jo bli frustrert over det, men samtidig nytter det ikke. Du må bare forklare opp igjen og opp igjen, å la det komme litt av seg selv, for du kan jo ikke tvinge en behandling på noen som ikke vil ta imot.*

Alle tre informantene forteller om at det kan være vanskelig for mange pasienter å se sammenhenger, og at det er vanskelig for mange å skjønne at det du ble utsatt for i

barndommen eller det at du lever i et vanskelig parforhold gjør faktisk noe med kroppen. De sier videre at noen av pasientene helst vil ha smertestillende og behandling for den vonde ryggen. Eller slik som den ene informantene beskriver her:

*Hun har jobbet som renholder, vært ute av arbeidslivet i veldig mange år og klarer på en måte ikke å ta inn den tankegangen som, altså for du er jo nødt til å skjønne litt hvordan kroppen fungerer å trene på ting, men hu var bare interessert i å komme å få behandling for sine plager og massasje.*

Mange av pasientene er vant til å få hjelp med sine symptomplager hos fysioterapeuten. Fastlegen opplever at når pasientene først får prøvd psykomotorisk fysioterapi, er det en positiv opplevelse. Pasientene opplever å bli møtt og tatt på alvor på en annen måte enn de har erfart hos fysioterapeuter tidligere. Informantene beskriver at de opplever at den psykomotoriske fysioterapeuten går dypere inn i problematikken, mens vanlige fysioterapeuter bare behandler symptomer der og da. En sa:

*Han ble bare verre, og så henviste jeg både til psykolog for traumebehandling, og til psykomotorisk fysioterapi fordi han hadde såpass mye kroppslige plager. Og der, altså han sier at han syns det var utrolig nyttig å komme til en fysioterapeut! For han har jo vært hos fysioterapeuter før, men som egentlig bare har behandla ting der og da, og ikke gått noe dypere inn i det.*

Alle informantene beskriver dette med kompleksitet, og at det ikke er objektive funn, som utfordrende i både undersøkelsen og i prioriteringer ved henvisning videre. Når de møter disse pasientene vektlegger de tre informantene litt ulike ting. En sier:

*Du må jo gå veldig bredt ut da egentlig, å høre på den hva som kan ha utløst det nå, og undersøke kroppen, om det er spenninger og sjølsagt avklare om, hvis det er smerter, om det er noe somatisk funn da, bildediagnostikk for eksempel. Det hører jo ofte med det, og vi tar jo og utreder med blodprøver med tanke på reumatologisk sykdom og kreft, eller om det er stoffskifte. Det er mange ting du må utelukke da. men så blir det jo å kjenne på muskulatur og å snakke med dem, og å snakke om hva som er stress,- om det er noe stress for dem nå og om det har vært noe i historien deres. Om det har vært krenkelser tidligere i livet osv da.*

Denne informanten forteller også at hun legger merke til ansiktsuttrykk og hvordan pasienten puster. En av de andre fastlegene sier hun vektlegger endringspotensialet hos pasienten når hun vurderer om pasienten skal henvises til PMF, og sier at hvis det er en veldig dårlig fungerende pasient med mye og omfattende smerteproblematikk så er det ofte ikke noe å hente på å henviser. Hun sier hun kjenner alle pasientene sine godt fra før, og ofte vet hvem som kan ha glede av PMF og ikke. Hun sier:

*Altså hu skjønnte ikke, eller var ikke i stand til å gå inn i og skjønne på en måte behandlingsprinsippene, og da er det jo ikke noe poeng å gå til psykomotorisk fysioterapi. Jeg har jo gjerne kanskje fulgt dem opp i lang tid, så jeg kjenner dem.*

Den tredje forteller:

*Jeg er jo ikke noe sånn systematisk på noe vis. (...) De kommer jo gjerne med enten muskelplager. Altså det er jo gjerne det som kanskje er hovedproblemet de kommer med da som de kanskje tenker vi kan gjøre noe med. Ellers så er det jo ofte da i tilknytning til behov for sykemelding. Det er liksom sånn, sånn hunch du får da på hvem som kan ha nytte av det.*

Begge de to siste informantene uttrykker at det oppleves enklere det som kan måles objektivt. En av informantene uttrykker det slik:

*Men nå er det jo sånn at fibromyalgi, nå er det jo bare sykehistorien som er igjen. Nå skal man jo ikke telle disse punktene, men i praksis så gjør man jo litt det, eller det er jo en slags sånn hjelp og gjøre det allikevel da.*

Selv om vurderingene i undersøkelsen er noe forskjellig, er de ganske enige om hvem de ønsker å henviser til PMF. Alle tre henviser når det er sammensatte, komplekse problemstillinger med kroppslige symptomer. De nevner eksempler på de som føler de sover dårlig, de som ikke klarer å ligge ned på madrassen og aldri slapper av, og en av informantene sier det slik om hvem hun henviser:

*Ja det er jo flere typer pasienter det, men det er jo de som har den her typiske kropp/sjel problematikken og hvor vi ikke klarer å få gjort noe med det her, og det er klart vi er jo alle kropp og sjel. Det prøver jeg å fortelle pasientene at det er liksom*

*ikke enten psykisk eller fysisk det her dem sliter med. Ja dem som opplever og har opplevd stress og plagene har satt seg i kroppen og det er klart mange har opplevd krenkelser og til dels alvorlige krenkelser.*

Dette med kroppssyn og kunnskapsforståelse vektlegges av alle tre, og oppfordringen fra en av informantene er klar:

*Vi må jo slutte å snakke om kropp og sjel som to forskjellige ting da! Jeg føler jo at JEG ikke gjør det så mye, men pasientene har liksom veldig det bildet når de sier at folk sier det bare er psykisk så liksom, ja men hva er psykisk og hva er kropp? Vi henger jo sammen!*

Utsagnene viser hvor rådende et dualistisk menneskesyn er både i helsevesenet og hos pasientene. Det kommer tydelig frem at informantene opplever det utfordrende å undersøke disse pasientene når det ikke er noen klar liste å gå etter, ingen tydelige prøver som kan tas. De må tenke bredere, og magefølelsen blir ofte dominerende når de skal vurdere hvem som kan ha nytte av PMF. Det er også utfordrende for fastlegen når ikke pasienten ønsker å ta imot det tilbudet de ut fra faglig vurdering tror er det beste.

Utsagnene tyder på at fastlegene opplever at erfaringsbasert kunnskap har stor betydning i møte med mennesker med sammensatte muskel-/skjelett plager og lettere psykiske lidelser. Det synes som at samhandling med psykomotoriker er betydningsfullt for informantene. De opplever at PMF har bidratt til å utvide deres kunnskapsforståelse, og de undrer seg over at heller ikke unge leger i turnustjeneste har hørt om denne behandlingsformen. Informantene beskriver ulike fremgangsmåter i kartlegging av pasientene, for å vurdere når PMF er hensiktsmessig. Alle informantene utelukker somatisk sykdom, før de henviser pasienter med komplekse problemstillinger og kroppslige symptomer videre til psykomotorisk fysioterapeut. Mange av pasientene har vanskelig for å akseptere sin situasjon, og vil gjerne at det skal være noe somatisk. De følger derfor ikke alltid legens anbefalinger. Både kunnskapssyn, tilgang til tilbud og pasientenes medbestemmelse ser ut til å påvirke fastlegens valg. Det er derfor nyttig å diskutere nærmere hvordan kunnskapssyn påvirker fastlegens faglige vurdering.

Informantene beskriver at et dualistisk menneskesyn var rådende i studietida, og at det har påvirket deres faglige vurderinger. Dette samsvarer med Thornquist (2009) som sier at ulike



tradisjoner og tenkemåter om kropp styrer vår oppmerksomhet i praksis, teori og forskning. Historisk har det vært et tydelig skille i helsevesenet mellom somatiske og psykiske lidelser (Thornquist, 2009). Fastlegene forteller at de lærte lite om muskel-/skjelett plager og lettere psykiske lidelser, og at kroppen ble betraktet uavhengig av levd liv. Dette bekreftes av Malterud (2016) som skriver at medisinen ideologisk bygger på en forståelse på at det subjektive er noe helt annet enn det objektive, hvor det siste er det som representerer virkeligheten (Malterud, 2016). Informantene opplevde at dette ikke var tilstrekkelig i møte med komplekse problemstillinger. Dette samsvarer med Kirkengen og Næss (2015) som beskriver at hvis kroppen løsrives som uavhengig og atskilt fra subjektet, kan det bidra til at personer med kroniske smerter og psykiske plager ikke får den forståelsen eller behandlingen de burde få.

Fastlegene har erfart at kroppen er både biologi - biomekanikk, biokjemi og fysiologi - og uttrykksfull, preget av et liv som setter seg i kroppen med erfaringer, sosialt og kulturelt liv. I møte med PMF har de opplevd at tilnærmingen til mennesker med kroniske muskel-/skjelett-smerter og lettere psykiske lidelser er kvalitativt annerledes. Dette sammenfaller med det flere andre studier viser (Alstad, Stiles & Fladmark, 2011; Bergland et al., 2018; Breitve et al., 2010). Det er også dette informantene fremhever når de beskriver PMF som en nyttig behandling for pasienter med kroniske og sammensatte muskel-/skjelett plager og psykiske lidelser. I vår kultur er det ikke bare legene som er vant til å dele i psykisk og fysisk. Det gjennomsyrrer dagligliv, utdanning og behandling. Informantene har gjennom samarbeid med blant annet psykomotorikere fått øynene opp for at det er andre måter å forstå kropp og sykdom på, men sliter allikevel med å få det integrert i praksishverdagen. Kompleksiteten og sykdomsbilde krever andre tilnærminger enn informantene i denne studien var vant til å lære å undersøke, og stiller krav til andre egenskaper hos dem som behandlere. I likhet med hva Taasen et. al. (2018) beskriver, viser dette at de ulike profesjonene bygger på ulike kunnskapstradisjoner, og derfor ser forskjellig på problemer de presenteres overfor. Selv om man ser på det samme, ser man ulike ting.

Informantene formidler at erfaringslæring og taus kunnskap spiller en stor rolle når de gjør sine vurderinger om hva som er best for pasienter med sammensatte muskel-/skjelettplager og lettere psykiske lidelser. Dette harmonerer med det de funn Bårnes (2016) gjorde i sin masteroppgave «Håndtering av ikke-somatisk sykdom i allmennpraksis». Også den studien



viser at fastlegens vurdering var basert på egenerfaring, og at legene ikke fikk undervisning om uspesifikke tilstander i utdannelsen. Erfaring og erfaringskunnskap kan beskrives som fenomenologisk, som noe som sitter i kroppen, og ofte, men ikke nødvendigvis, er «taus» skriver Jamissen (2011). Hun skriver videre at denne typen kunnskap har erfarne yrkesutøvere mye av, mens studenter må lære seg det gjennom kontakt med praksisfeltet. Dette understøttes av informantenes beskrivelser.

Informantene beskriver at erfaringslæring har vært viktig i møte med pasienter med sammensatte muskel-/skjelett og lettere psykiske lidelser. De sier at det tok mange år med erfaring, før de så andre måter å handle på i møte pasienter med slike problemstillinger. Dette åpner for nærmere diskusjon om hvordan kunnskapsforståelse påvirker våre valg som fagutøvere. Gretland (2007) fremhever at det i klinisk arbeid er avgjørende hva slags forståelsesramme utøveren bærer med. Hva som regnes som adekvat og riktig behandling er avhengig av hva legen opplever som viktig. Legens forståelse av problemene styrer hvilke undersøkelser som tas og hva som anses som aktuell behandling. Legen er sosialisert til verdier, holdninger og faglige sannheter gjennom samfunn, studie og yrkeserfaring (Bourdieu & Passeron, 1990). Hall trekker frem at skille mellom profesjonene opprettholdes ved at studentene overtar profesjonens kunnskapssyn og verdier, som inkluderer og påvirker språket og strategier for ansvar, kontroll og problemløsning (Hall, 2005).

Allikevel fremhever informantene en erfaring som gjør at de møter pasientene annerledes enn det de lærte på studiet. Det er derfor også interessant hvem som definerer innholdet i utdanningsoppleggene, og hvilke rammer det legger for fremtidige helsearbeideres utvikling av felles referanserammer. Det har derfor vært lærerikt å følge prosessen i Rethos prosjektet parallelt med arbeidet med denne studien (Kunnskapsdepartementet, 2019). Retningslinjene og utdanningene er noe av det som vil påvirke kroppssynet til fremtidens fastleger. Som Gretland (2007) også skriver står den biomekaniske kroppsførståelsen ofte i kontrast til allmenne erfaringer. Fastlegene beskriver for sin egen del en læringsprosess hvor erfaring på hva som fungerer, både med pasienter og av egenerfaring, skaper rammer for videre kunnskapsutvikling. De har erfart andre muligheter for å fremme deltakelse og endring, og ser at det kan gi nye innfallsvinkler til pasientenes plager. De har erfart det som Øvreberg et. al. (2016) skriver, at symptomer bare er et uttrykk for at det er forstyrrelser i den totale kroppslige balansen. Dette gjør at de etterlyser et tettere samarbeid med psykomotorikere, og

at det er flere psykomotorikere å henvise til.

Allmennlegene skal ha en bred og omfattende kunnskap om undersøkelse, behandling og forebygging av sykdom, og være eksperter på å følge opp pasienter med kroniske og sammensatte lidelser. Fastlegene opplevde pasienter med sammensatte muskel-/skjelettplager og psykiske lidelser som utfordrende, fordi de savnet objektive tegn på sykdom, i likhet med hva Nilsen (2018) fant i sin doktorgrad. Han beskriver at de vektla pasientens fremstilling i sine vurderinger, og at de ble påvirket av pasientens evne til å vekke tillit, tidligere kjennskap til pasienten, sympati til pasienten og egne erfaringer som pasient. Fastlegene i denne studien beskriver hvordan de hele tiden må balansere flere hensyn opp mot hverandre. Dette er også i samsvar med Nilsen (2018) som skriver at fastlegen prøver å ta hensyn til lege-pasientforholdet, egne følelser og jobbtilfredshet, og samfunnets krav om riktig fordeling av helse- og velferdsgoder. Fastlegene står i en faglig skvis som påvirkes av mange forhold.

## **4.2 Faglig skvis: Om pasientmøte og ytre rammer**

Å jobbe som fastlege er svært variert og selvstendig. Samtidig er det nøye regulert i en egen forskrift. I denne studien beskriver informantene hvordan både ytre rammer og den enkelte pasient har innvirkning på de vurderingene de gjør som fastlege.

### **4.2.1 «De oppleves jo veldig sånn utmattende for oss på en måte. Ja, for vi har lite å stille opp med»: Om pasientmøte**

Informantene i studien beskriver at det er mange aspekter de må forholde seg til. Fastlegene opplever de har lite å stille opp med, slik at det er vanskelig å hjelpe disse pasientene. Det finnes ingen klare faglige retningslinjer eller tydelige prosedyrer på hvordan de skal møte dem. Det kan være frustrerende å ikke kunne gi pasientene konkrete råd, og informantene beskriver både utmattelse, energitap og det å stå i eget ubehag. Å stå i dette over tid beskriver alle informantene på ulike måter som krevende. En av informantene beskriver det slik:

*Det er jo ikke sånn at de kommer og sier jeg vil ha sykemelding, det er det som står i avisa men de kommer jo og gråter og sier de er forferdelig slitne, at de ikke får sove at de har vondt overalt og at de mistrives på jobben, og at ja. Så da må man prøve å sortere litt da. Hva er hva, og hva er hovedproblemet og er det ting på jobben?*

Informantene i denne studien trekker frem det mellommenneskelige og relasjonen mellom lege og pasient som sentralt. Når de utfordres på det menneskelige og relasjonelle i samspillet med pasienten, mer enn på deres faglige kunnskap, skapes det usikkerhet. Samspill, åpen dialog og å skape trygge rammer blir essensielt. Å skape en trygg terapeutisk allianse som innbyr til tillit blir et viktig utgangspunkt. Det handler også om å møte pasientens angst, og formidle hva som er faglig forsvarlig. En av informantene sier:

*Mange er jo veldig redd for hva det er. Hvorfor det er så vondt og sånn så, det blir jo litt sånn diagnostikk for å finne ut om det er noe eller om det BARE er muskelsmerter da.*

I pasientmøte etter at pasienter har gått til psykomotorisk fysioterapi, merker fastlegen endring. De sier at mange av disse pasientene ikke kjenner kroppen sin når de kommer første gang til undersøkelse hos legen, og at de ikke har lært å kjenne når symptomene kommer kryptende. De opplever at pasientene har veldig nytte av å klare å bli kjent med kroppen sin gjennom psykomotorisk fysioterapi, og at de da klarer å kjenne når stresset begynner å sette seg. Fastlegene forteller videre at også de selv har gjort seg nye tanker, og ser på kropp på en annen måte etter at de har startet å samarbeide mer med psykomotoriske fysioterapeuter. De ser hvor stor betydning kroppen har som meningsbærende enhet for hele pasientens liv, og gjør seg nye erfaringer som de også trekker inn i sin tilnærming til pasientene som fastlege. En av informantene forteller:

*Hun (psykomotoriske fysioterapeut) hadde spurt først hvordan hun hadde det med å bli tatt på og sånne ting, og hun sa nei, hun likte egentlig ikke det da. Så de hadde begynt sånn helt forsiktig at hun skulle bøye på hodet, og det hadde vært så sterkt for henne da, og hun liksom blitt helt satt ut bare av å bøye på hodet inne hos hun fysioterapeuten. Også da vi snakka om det så begynte hun å gråte og veldig sånn, og hun gråter ALDRI når hun er hos meg, ALDRI hos psykologen, men dette liksom åpnet opp et eller annet da. Så det er litt fascinerende egentlig at hvor mye som på en måte egentlig sitter i kroppen da.*

Informantene forteller at i pasientmøte handler det mye om kjemi mellom dem og pasienten. Overskudd og tid er noe alle trekker frem som viktige elementer for å kunne utføre en grundig undersøkelse. Å ta pasientene på alvor, å møte dem der de er, nevner alle informantene som

betydningsfullt. Legene sier videre at det kanskje ikke er så viktig alltid hva de gjør og hvilke undersøkelser som blir tatt, men at de møter pasientene på en måte som viser at de tar dem på alvor. En av informantene uttrykker det slik:

*Hvis du på en måte møter dem og tror på det de sier da, eller at du klarer å formidle at du tror på dem, så, det er vel kanskje det viktigste føler jeg da, for det er jo veldig mange som går rundt og opplever at de blir mistrodd og at alle sier det er bare psykisk, og ja, de tingene der da, også er det jo og trygge de på at det er ikke noe sånn progredierende tilstand som de skal dø av eller sånn.*

En faktor som kompliserer dette ytterligere trekkes frem av en av informantene. Hun opplever at mange av de utenlandske pasientene har mye muskel/skjelett plager og psykiske lidelser etter å ha opplevd traumer i hjemlandet. Fordi det er språklige utfordringer, må de ha med tolk i det kliniske møtet. Dette uttrykker informanten at gjør det enda vanskeligere, også å henvise til psykomotorisk fysioterapi. Hun sier videre at det er derfor få som får dette tilbudet, fordi det er tungt å bruke tolk i behandlingen. Informanten er imidlertid tydelig på at mange av flyktningene særlig, skulle hatt denne tilnærmingen. Hun sier det slik:

*Så det er ikke mange vi har fått til det (PMF) på dessverre, men veldig mange av flyktningene og sånn skulle hatt vært til det, de har mye plager og høyt lidelsestrykk.*

Alle informantene i denne studien forteller at det er flest middelaldrende kvinner som kommer med problemstillinger de tenker er relevante å henvise videre til psykomotorisk fysioterapi. En av informantene reflekterer slik rundt denne tematikken, og hvordan kjønnsroller også kanskje er med på å definere våre plager, valg og sykemeldinger:

*Det er jo noe med det at kvinner har lett for å,- det er veldig mange som er veldig sånn plikttoppfyllende, det skal være ryddig hjemme og de skal følge unger og de skal ha mat og de skal..... Det ER ikke likestilling i hjemmene faktisk! Noen ganger blir jeg helt sjokkert, og lurert på om folk lever på 50-tallet! Også skal de jo også jobbe fullt da! Også har de,- mens mennene de er mere, de prioriterer jobben, så hvis det butter så får det heller, så er det jobben, mens kvinnene på en måte prioriterer alt, og kanskje hjem og barna høyere, så det blir jobben som blir salderingspost og da kommer de jo hit for å få sykemelding da. Hvis du da i tillegg har belastninger*

*tidligere i livet og ikke har det sånn helt greit så blir det jo mye da. Kanskje ikke tid til å ta hensyn til seg selv til å slappe av til å trene.*

Informantene opplever det å legge til rette for et godt pasientmøte, som noe av det viktigste i møte med komplekse utfordringer. De har gjennom kjennskap til PMF, ervervet seg gode erfaringer på at pasienter har stor nytte av denne behandlingsformen. De forteller om mange positive opplevelser. En av informantene sier det slik:

*Det at det er fokus på kropp og sjel og at det må prates med. At det må komme prat sammen med det som har med kropp og gjøre, for det er nettopp det her at det henger sammen. Det er det essensielle her.*

Utsagnene i denne studien viser at fastlegene opplever disse pasientene krevende og energitappende. De beskriver at de har lite å stille opp med, og må lete seg litt frem til hvor de skal begynne. De beskriver møte med pasienten som viktig, og at det å se og høre pasienten, og ta dem på alvor i det de kommer med, blir viktigere enn hva de som leger gjør. De opplever at den psykomotoriske behandlingens innfallsport via kropp, har vist seg nyttig i mange sammenhenger, og ser at i møte med mennesker med komplekse problemstillinger er det avgjørende å koble prat på kroppslige erfaringer.

Det kan virke som informantene er litt ute av komfortsonen når de ikke finner konkrete funn. De er allikevel flinke til å tenke helhetlig, men det synes som de av og til opplever å mangle noen hensiktsmessige tilnæringsmåter. Jo mer krevende og komplekse problemstillinger, med flere elementer involvert, dess mer krever det også av dem som behandlere. Kanskje er det komplekse det at de ikke finner konkrete funn? Eller at det berører noe i dem selv på en annen måte enn de er vant til, fordi det omhandler det mellommenneskelige i tillegg til det biomekaniske? Det er komplekse problemstillinger som omfatter hele pasientens liv, og det er store avgjørelser fastlegen skal være med å ta beslutninger om sammen med pasienten. Det kan ha konsekvenser både for pasientens fysiske form, sosialt liv og økonomiske forhold. Dette leder inn i en videre diskusjon om hvordan alliansen påvirker pasientmøte, og de valg legen tar.

Informantene beskriver at ansvaret de har kan virke energitappende når de ikke ser løsninger for pasienten. De beskriver samspillet med både pasienten og psykomotorikeren som særlig

viktig i møte med pasienter med sammensatte muskel-/skjelett og psykiske lidelser. Dette ansvaret beskriver også Lid (2006) når han vektlegger at legens observasjoner, undersøkelser og kartlegginger legger føringer for valg av tiltak. Han skriver videre at å ende opp med feil konklusjon kan gi feil tiltak. Ideelt sett har fastlegene gode forutsetninger for å møte disse pasientene. Gjennom allmenntilleggsmedisin er de vant til å tenke bredt, og ved at de følger pasientene over tid får de også kontinuitet og kan følge endringer i sykdomsbildet over tid. Dette er på mange måter i motsetning til leger i spesialisthelsetjenesten som er spesialiserte på et område, ikke kjenner pasienten og kun ser dem en kort tid (Legeforeningen, 2017, 2019).

Informantene beskriver at noe av det viktigste de gjør, er å formidle at de tror på pasientene fra første møte. Dette støttes av Fraas og Thornquist (2016) som skriver at hvordan kommunikasjonen mellom fagutøver og pasient foregår i den første konsultasjonen, er utslagsgivende for samarbeidet mellom partene videre. Det første møte er viktig for hvordan pasienten føler seg sett og hørt, og for fastlegen hva slags informasjon de får som sitt vurderingsgrunnlag (Fraas & Thornquist, 2016). Fastlegene i denne studien prøver å ta på alvor og formidle til pasienten at de forstår, hører og ser det pasientene prøver å kommunisere. Dette viser Thornquist (2005) at er essensielt når hun skriver at ved å ta pasientens bidrag med i vurderingen av videre forløp, er de med på å anerkjenne pasienter som subjekter og deltakende, og dermed formidle et helhetlig kroppssyn. Informantene påpekte viktigheten av å ta pasienten på alvor, og møte de der de er. Kanskje gjenspeiler dette det Vetlesen (2001) formidler at disse pasientene kanskje har behov for at legen tenker litt høyt rundt tilværelsens grunnvilkår og kroppslige erfaringer som angår oss alle: avhengighet, sårbarhet, dødelighet, relasjoners skjørhet, eksistensiell ensomhet og hvordan livet setter seg i kroppen.

Fastlegene beskriver at det er mange aspekt de må forholde seg til, og at de må prøve å sortere ut hva som er hva, og hva som er hovedproblemet. De har lite støtte i retningslinjer, og må stole på egne vurderinger. Kanskje kan det være positivt, da Pedersen (2007) skriver at hvis legen stoler for mye på vitenskapelige fakta, er faren at hjelpen ikke blir god nok eller til og med får negativ innvirkning. Nilsen (2018) skriver at ønske om å hjelpe pasienten, er et viktig element i legers profesjonalitet, og vil ha sterk innflytelse på de fleste vurderinger legen foretar. Fastlegene trekker frem relasjon mellom seg og pasienten som en nødvendig forutsetning både for utredning, behandling og oppfølging. I følge Horvath (2006) samsvarer

det med hva mange studier viser, at en god terapeutisk relasjon har betydning for utfallet av behandlingen.

Informantene i studien fremhevet dette å se og lytte til pasienten, og å ta pasienten på alvor som det mest betydningsfulle for behandlingsresultatet. Dette samsvarer med hva Miller og Rollnick (2002) skriver, at noen behandleregenskaper som for eksempel ekthet, positiv oppmerksomhet og empati har betydning for et godt behandlingsresultat. De skriver videre at ofte er egenskapene hos behandler beskrevet som viktigere enn hva slags metode som benyttes. Dette tyder på at hva som vektlegges i utdanning av praksis og teori, kan få betydning for fastlegenes kliniske hverdag.

Informantene trekker frem dilemmaet når pasient og lege ikke er enige om hva videre oppfølging skal være. Fastlegene beskriver at mange av pasientene er redde for hva som feiler de, og at pasientene gjerne vil at svaret skal være synlig på blodprøver eller ved bildediagnostikk. Informantene forteller at det av og til er vanskelig å overbevise pasientene om at bildediagnostikk ikke er nødvendig. Dette kan henge sammen med det Vetlesen (2001) skriver, at psykiske lidelser, og andre kroniske usynlige plager, ofte er forbundet med skam. Han skriver videre at skammen skyldes at psykiske lidelser kulturelt betraktes som tegn på at en person ikke strekker til, at tilværelsen har gått i vranglås og at personen taper evnen til å mestre seg selv (Vetlesen, 2001).

Fastlegene forteller at de så langt det er mulig tar avgjørelser om videre behandling sammen med pasienten. Dette er i samsvar med pasient- og brukerrettighetsloven (1999) som skal fremme sosial trygghet, og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd. I Norge har pasienten rett til å medvirke ved valg mellom ulike undersøkelses- og behandlingsformer, og ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Som informantene beskriver, påvirker det hvem fastlegen henviser, og gjør at det kan være vanskelig å forholde seg til problemstillinger når pasient og lege ser forskjellig på hva som er det beste. De sier at det å balansere relasjonsfaktorer som aksept og empatisk lytting med tydelighet og utfordring kan være krevende. Det krever mye av dem som behandlere, og de ser da behovet for å kunne diskutere med andre profesjoner, for eksempel en psykomotorisk fysioterapeut. Ytre rammer legger føringer for hvordan samarbeidet kan foregå.



#### 4.2.2 «Hvis vi bruker mer enn 20 min pr pasient så må vi skrive en tidstakst»:

##### Om ytre rammer

Informantene beskriver at de har et selvstendig yrke, men allikevel ikke. De er strengt regulert av lover og regler, og opplever at forventningene til hva de som fastleger skal bidra med har økt de siste årene. Informantene beskriver økt arbeidstrykk og flere arbeidsoppgaver, og sier at den totale arbeidsmengden har økt enormt. Alle beskriver mer pålagte arbeidsoppgaver, i tillegg til mange krevende pasienter. Idealet er at de skal ha 1200 pasienter på lista, men det opplever alle informantene er altfor mye. En av informantene sier det slik:

*Det er den eneste måten å regulere arbeidsmengden på sånn som jeg ser det, å ha færre pasienter, for oppgavene, hvertfall så langt, så blir vi ikke kvitt noen av oppgavene, vi får bare mer og mer å gjøre.*

Informantene trekker frem at det er pasientene med sammensatte muskel-/skjelett og psykiske lidelser som taper på at arbeidshverdagen deres er slik den er nå. I møte med disse pasientene er det mye som skal kartlegges, og de bruker mer tid før de gjør sine faglige vurderinger. De må og ønsker å være der for pasienten og ta dem på alvor, men pålegg fra myndighetene gjør at de begrenses i å bruke den tiden de anser som nødvendig i møte med pasientene. En av informantene sier det slik:

*Pasientene liker jo å bli sett og hørt og tatt på alvor, og da, hvertfall de pasientene jeg har da, bruker litt tid. Men det er klart det er litt forskjellig, noen fastleger som ikke tar seg så god tid får vel en mer selektert gruppe pasienter og da, som liker å være raske sjøl og som har enkle problemstillinger.*

Informantene fremhever at tidstakster og pålagte arbeidsoppgaver skaper fortvilelse og usikkerhet. De får beskjed om å jobbe smartere, og at de opplever at det betyr å jobbe raskere. Bruke mindre tid. Det påvirker vurderingene for hva som er hensiktsmessig tilnærming og behandling i det enkelte tilfelle. De er alle tre enige om at for å møte pasienter med muskel-/skjelett plager eller lettere psykiske lidelser på en god måte og klare å bygge allianse og tillit, så kreves det tid. De forteller at tid også er en av nøklene for å kunne avgjøre hvem som kan ha nytte av å bli henvist til PMF. En av informantene sa:



*Det er ikke så lenge siden vi fikk en påminnelse fra HELFO om at vi ikke måtte bruke så mye tidstakst. For hvis vi bruker mer enn 20 min pr pasient så må vi skrive en tidstakst. Så det gjør jo jeg mye da, for jeg har ikke mer enn 3 i timen. Max 3 i timen. Å for jeg tenker at det må jeg bruke for å få prate ordentlig med folk da, men det vil altså ikke HELFO at vi skal gjøre, da må vi begrunne medisinsk at vi måtte bruke SÅÅ lang tid på en pasient!*

Informantene forteller at de opplever en utilstrekkelighet i møte med pasienter med komplekse plager, og at tidspress fra myndighetene setter dem i en faglig skvis som gjør at de ikke får utført arbeidet slik de ønsker.

Utsagnene viser at informantene er frustrerte og oppgitt over hvordan de blir behandlet av myndighetene. De opplever at de blir styrt av ytre rammer, som hindrer dem i å bruke så lang tid som de mener er nødvendig i møte med den enkelte pasient. Det kan synes som at tiden i noen tilfeller blir et hinder for å komme i mål med undersøkelsen. Opplevelse av dårlig tid gjør det utfordrende å prioritere dialog og samspill med andre profesjoner, selv om informantene er tydelige på at det bidrar til bedre faglige vurderinger og gir pasienten et bedre tilbud. Det er derfor aktuelt å se nærmere på ytre rammer som styrer fastlegens arbeidshverdag.

Informantene forteller at arbeidsbelastningen har økt de siste årene. I likhet med resultatene i denne studien viser også evaluering av fastlegeordningen (EY & Vista Analyse, 2019) at arbeidsbelastningen for leger har økt, og at flere leger nå opplever arbeidssituasjonen sin utfordrende. I likhet med hva informantene i studien sier, er rapporten tydelig på at det er nødvendig å ta grep for å skape en ordning som møter pasientens behov i fremtiden.

Utviklingsplan for fastlegeordningen (2019) er legeforeningens forslag til løsninger på utfordringene i fastlegeordningen. Legeforeningen viser til at det har skjedd endringer både i samfunnet, befolkningen og helse- og omsorgstjenestene siden fastlegeordningen ble innført i 2001. Dette har påvirket fastlegens arbeidshverdag. De beskriver videre at det har skjedd endringer på flere ulike områder: Endringer i sykdomsforståelse og arbeidsmetoder, endringer i arbeidsoppgaver, og endringer i forventninger og krav fra pasienter, samarbeidspartnere og myndigheter (Legeforeningen, 2019).

Informantene trekker frem at begrenset tid til hver enkelt pasient er en begrensende faktor. De

fremhever at gode pasientmøter forutsetter at de har tilstrekkelig tid til pasienten, tilgang på oppdatert og pålitelig informasjon, og gode systemer for dialog og samarbeid med andre profesjoner. Dette støttes av legeforeningen (2019) som sier at først ved å tilrettelegge for gode pasientmøter legges det til rette for gode vurderinger som legger grunnlaget for videre henvisning og samarbeid med andre profesjoner. En studie fra Folkehelseinstituttet, som omhandler psykiske lidelser, viser at mange ikke blir diagnostisert og får den hjelpen de trenger (Folkehelseinstituttet, 2018). Det kan være flere årsaker til at det er vanskelig å diagnostisere og finne rette behandlingstilbud, men tid og tilgjengelighet synes å være viktige elementer.

Scoping-oversikten til Aamland og Mæland (2016) belyser allmennlegers holdninger og erfaringer med sykefraværarbeid. Den viser at det finnes mye forskningslitteratur med ulike studiedesign på dette området. Punktene som presenteres i disse studiene, samsvarer med funn i denne studien. Flere av artiklene omhandler rammebetingelser for sykmeldingsarbeidet som legene mente var u hensiktsmessige (Aamland & Mæland, 2016). Tidspress og manglende mulighet til å utvide konsultasjonstider med spesielt utfordrende pasienter, lange ventetider og manglende oppfølgingstilbud, ble løftet frem som årsaker til unødvendige lange sykmeldinger. Dette er også faktorer informantene i denne studien trekker frem at påvirker deres faglige vurderinger for når de henviser til PMF. Noen artikler belyste derimot at allmennlegene manglet oversikt over tilgjengelige ressurser og tiltak, slik at pasientene ikke fikk tilbud om adekvat oppfølging (Aamland & Mæland, 2016). Dette nevner også informantene i denne studien. De forteller om manglende kjennskap og kunnskap om PMF som en aktuell behandlingsform for mennesker med sammensatte muskel-/skjelett plager og lettere psykiske lidelser. Faktorene som vektlegges i denne studien, og i scoping-oversikten til Aamland og Mæland (2016), gjør det utfordrende å ivareta pasienter med uspesifikke plager, bevare allianse og tillit i lege-pasientforholdet og opprettholde dialog med andre profesjoner.

## 5.0 Avsluttende kommentarer

Studien hadde en todelt problemstilling om hva slags erfaringer og vurderinger fastlegen legger til grunn når de velger å henvide til psykomotorisk fysioterapi. Denne studien viser at det er mye som spiller inn på de valg fastlegen tar. Fastlegene beskriver stort arbeidspress, pasientens medbestemmelse, tilgang til andre tiltak og rådende kunnskapssyn som noe av det som påvirker deres valg. Det fremkommer også at forhold som relasjon, samarbeid og kommunikasjon med terapeut har innvirkning på når fastlegene henviser til PMF. Forholdet fastlegene har til PMF har endret seg positivt i løpet av deres arbeidskarriere, og de opplever at samarbeidet med psykomotorikere har utvidet deres kunnskapsforståelse. Resultatene kan tyde på at bevisstgjøring om og integrering av tverrprofesjonelle tjenester i kommunen, kan være et forhold som kan bidra positivt i arbeidet med å gi relevante behandlingstilbud, hindre sykemeldinger og forebygge uføretrygd for pasienter med sammensatte muskel-/skjelett plager og lettere psykiske lidelser. Den psykomotoriske tilnærmingen kan være en tjeneste som fastlegene beskriver som nyttig i behandlingen av disse pasientene.

Å finne gode psykomotorikere med rask tilgang og dynamisk toveis kommunikasjon, kan være med å gi god oppfølging til pasienter med sammensatte muskel-/skjelett plager og lettere psykiske lidelser. Studien viser at valg av terapeut blir styrt av fastlegens tidligere erfaring av samarbeid med den enkelte terapeut, dialog og tilbakemeldinger. Fastlegene hadde tillit til psykomotorikerens fagkunnskap, og anså at fysioterapeuten med videreutdanning i psykomotorisk behandling har en viktig rolle i behandlingen av pasienter med sammensatte muskel-/skjelett plager og lettere psykiske lidelser. Samarbeid preget av dialog og kunnskapsutveksling var ønsket i større omfang. Studiens resultater kan ut fra dette være relevante både for fastleger, fysioterapeuter, pasienter, og også på systemnivå.

Ved kliniske vurderinger av hvem som skal henvises til psykomotorisk fysioterapeut, baserer fastlegen seg på faglig skjønn, ulike forskningskilder og erfaring fra tverrprofesjonelt samarbeid med psykomotoriker. Fastlegen skal vise til forsvarlig praksis i samsvar med gjeldene lover, forskrifter og etiske retningslinjer, men fokus på effektive evidensbaserte tiltak truer deres faglige autonomi. Som nevnt innledningsvis er det økende fokus på fastlegens rolle både helsepolitisk og forskningsmessig. Samtidig som det stadig kommer nye føringer trengs mer forskning på hvordan dette skal fungere og gjennomføres i praksis. Det synes blant

annet å være manglende viten om hvordan organisering av samarbeid mellom fastlege og psykomotorikere kan optimaliseres. Det kan også være interessant med studier som undersøker hva som ville skje om psykomotorikeren kom tidligere inn med behandling både med tanke på sykemeldingsvurdering og vurdering av uføretrygd.

## Referanseliste:

- Aamland, A. & Mæland, S. (2016). Leger i primærhelsetjenesten sine holdninger til og erfaringer med sykmelding og sykefraværsoppfølging; en scoping-oversikt. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(2), 148-178.
- Almås, S. H., Vasset, F., Ødegård, A. & Nøst, O. (2018). *Tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS): for bachelorstudenter i helse- og sosialfag*. Bergen: Fagbokforl.
- Alper, B. S. & Haynes, R. B. (2016). EBHC pyramid 5.0 for accessing preappraised evidence and guidance. *Evidence Based Medicine*, 21, 123-125. <https://doi.org/10.1136/ebmed-2016-110447>
- Alstad, E., Stiles, T. C. & Fladmark, A. M. (2011). Engruppes oppfølgingsstudie: Kvantitativt mindre ryggsmerter etter psykomotorisk fysioterapi. *Fysioterapeuten*, 78(5), 24-32.
- Arbeids- og sosialdepartementet. (2007). *Arbeid, velferd og inkludering* (St.meld.nr.9, (2006-2007)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/35077d66b65349118f79ee74beb0ade7/no/pdfs/stm200620070009000dddpdfs.pdf>
- Bergland, A., Olsen, C. F. & Ekerholt, K. (2018). The effect of psychomotor physical therapy on health-related quality of life, pain, coping, self-esteem, and social support. *Physiotherapy Research International*, 23(4). <https://doi.org/10.1002/pri.1723>
- Bondevik, H. & Engebretsen, E. (2018). Kunnskapsbasert medisin på norsk. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 138(14), 1363-1364. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0524>
- Bourdieu, P. & Passeron, J.-C. (1990). *Reproduction in education, society and culture*. London: Sage.
- Breitve, M. H., Hynninen, M. & Kvåle, A. (2008). Emosjonelle symptomer og helseplager hos pasienter som oppsøker psykomotorisk fysioterapi. *Fysioterapeuten*, 75(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 Research International*, 15(4), 212-221. <https://doi.org/10.1002/pri.462>
- Brottveit, G. & Del Busso, L. (2018). *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder: Om å arbeide forskningsrelatert*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brottveit, G. & Femdal, I. (2017). Evidens mellom objektivisering og kontekstualisering . I M. Feiring, I. R. Knutsen, T. I. Juritzen & K. Larsen (Red.), *Kritiske perspektiver i helsefagene - utdanning, yrkespraksis og forskning*. (s. s.255-279). Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Bårnes, J. A. D. (2016). *Håndtering av ikke-somatisk sykdom i allmennpraksis* (Masteroppgave). UiT Norges arktiske universitet. Hentet fra

<https://munin.uit.no/handle/10037/9459>

Christakis, N. (1995). The Similarity and Frequency of Proposals to Reform US Medical Education. 274(9). <https://doi.org/10.1001/jama.1995.03530090038019>

Dragesund, T. & Råheim, M. (2008). Norwegian psychomotor physiotherapy and patients with chronic pain: Patients' perspective on body awareness. *Physiotherapy Theory and Practice*, 24(4), 243-254. <https://doi.org/10.1080/09593980701738400>

Ekeli, B.-V. (2002). *Evidensbasert praksis : snublestein i arbeidet for bedre kvalitet i helsetjenesten?* Tromsø: Eureka Forlag.

EY & Vista Analyse. (2019). *Evaluering av fastlegeordningen*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/7cd212bf5f0642c1a5d0d480f0923e6d/evaluering-av-fastlegeordningen---sluttrapport-fra-ey-og-vista-analyse.pdf>

Folkehelseinstituttet. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Hentet fra [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk\\_helse\\_i\\_norge2018.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf)

Forskrift om fastlegeordning i kommunene. (2012). *Forskrift om fastlegeordning i kommunene* (FOR-2012-08-29-842). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>

Forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale. (2017). *Forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale* (FOR-2017-09-01-1334). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2017-09-01-1334>

Forskrift om nasjonal retningslinje for medisinstudenter. (2020). *Forskrift om nasjonal retningslinje for medisinstudenter* (FOR-2020-01-03-21). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2020-01-03-21>

Fossestøl, B. (2013). Evidens og praktisk kunnskap. *Fontene forskning : et tidsskrift fra Fellesorganisasjonen (FO)*, 2, 55-66. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/99049>

Fraas, I. & Thornquist, E. (2016). Samtaler i fysioterapi ; en observasjonsstudie av førstegangsmøter. *Fysioterapeuten*, 83(4), 25-29.

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

Grimen, H. (2008). Profesjon og tillit. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 197-215). Oslo: Universitetsforlaget.

Grimen, H. (2009). Debatten om evidensbasering - noen utfordringer. I H. Grimen & L. I. Terum (Red.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (bd. Kap. 10, s. 191-222). Oslo: Abstrakt.

Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of*

- Interprofessional Care*, 19(S1), 188-196. <https://doi.org/10.1080/13561820500081745>
- Helse- og omsorgsdepartementet, H. (2009). *Samhandlingsreformen — Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (St. meld. 47, (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet, H. (2013). *Morgendagens omsorg - Omsorgsmeldingen* (Meld. St. 29, (2012-2013)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet, H. (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (Meld. St. 26, (2014-2015)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>
- Helsebiblioteket. (2020, 12.05.2020). Kunnskapsbasert praksis. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/>
- Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 365-372. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.365>
- Horvath, A. O. (2006). The alliance in context: Accomplishments, challenges, and future directions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 258-263. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.258>
- Ihlebak, C., Lærum, E., Brage, S., Johnsen, K., Natvig, B. & Aas, E. (2014). *Et muskel- og skjelettregnskap. Forekomst og kostnader knyttet til skader, sykdommer og plager i muskel- og skjelettsystemet* (MST-rapport 1/2013). Hentet fra [file:///C:/Users/Bruker/Downloads/rapport\\_musssp\\_online.pdf](file:///C:/Users/Bruker/Downloads/rapport_musssp_online.pdf)
- Iversen, A., Hauksdottir, N., Tveiten, S., Jentoft, R. J. & Norbye, B. (2018). Veiledning i tverrprofesjonell samarbeidslæring. I S. Tveiten & A. Iversen (Red.), *Veiledning i høyere utdanning: En vitenskapelig antologi* (s. 168-188). Bergen: Fagbokforlaget.
- Jamissen, G. (2011). Om erfaringskunnskap og læring: Et essay. *Uniped*, 34(3), 30-40.
- Kierkegaard, S. (1994). *Samlede værker: Bladartikler, der staar i forhold til "Forfatterskabet"* (5. udg. gennemset og ajourført af Peter P. Rohde. utg., bd. 18-19). København: Gyldendal.
- Kirkengen, A. L. & Næss, A. B. (2015). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne* (3 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.



- Kunnskapsdepartementet. (2012). *Utdanning for velferd – Samspill i praksis* (Meld. St. 13, (2011-2012)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/ac91ff2dedee43e1be825fb097d9aa22/no/pdf/s/stm201120120013000dddpdfs.pdf>
- Kunnskapsdepartementet. (2019). Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning/utvikling-av-nasjonale-retningslinjer-for-helse--og-sosialfagutdanningene/id2569499/>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Legeforeningen, D. N. (2016). *Grunnutdanning for leger - Utvikling og harmonisering* (Grunnutdanningsrapporten). Hentet fra <https://beta.legeforeningen.no/contentassets/6e77afe794314c389bab4e777536f1eb/grunnutdanningsrapport.pdf>
- Legeforeningen, D. N. (2017). *Riktig diagnose til rett tid - Fastlegen som helsetjenestens portner*. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/contentassets/a61edc6fdd6c401f932c70a8ecbb7723/riktig-diagnose-til-rett-tid.pdf>
- Legeforeningen, D. N. (2019). *Utviklingsplan for fastlegeordningen*. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/contentassets/88a40e68b11e44ea9d0853f7d1a3fdfb/utviklingsplan-fastlegeordningen-varuke-2019-full.pdf>
- Lid, T. G. (2006). Legerollen - mellom legekunst og pasientflyt. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 126(13-14), 1762-1763.
- Lundstøl, J. (1999). *Kunnskapens hemmeligheter*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Malterud, K. (2000). Symptoms as a source of medical knowledge: understanding medically unexplained disorders in women. *Family medicine*, 32(9), 603-611.
- Malterud, K. (2016, 28. september 2016). Subjektive symptomer uten objektive funn. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmennmedisin/Kurs-og-kvalitetsarbeid/legekunst-i-praksis/subjektive-symptomer-uten-objektive-funn/>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2 utg.). New York: Guilford.
- Mæland, S. (2013). *Sick leave for patients with severe subjective health complaints : challenges in general practice* (Doktoravhandling). Universitetet i Bergen. Hentet fra <http://bora.uib.no/handle/1956/7426>



- NAV. (2020a, 13.02.2020). Diagnoser uføretrygd. Hentet fra <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/AAP+nedsett+arbeidsevne+og+uforetrygd+-+statistikk/Uforetrygd/Diagnoser+uforetrygd>
- NAV. (2020b, 11.03.2020). Sykefraværstatistikk. Hentet fra <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/Sykefravar+-+statistikk/Sykefravar>.
- NFF. (2015, 25.01.2015). Psykomotorisk Fysioterapi. Hentet fra <https://fysio.no/Forbundsforbunden/Organisasjon/Faggrupper/Psykomotorisk-fysioterapi/Om-fagfeltet>
- Nilsen, R. (2010). Er tverrprofesjonell samhandling noe annet enn utøvelse av fag? *Nordisk tidsskrift for Helseforskning*, nr. 1, 6 årgang, 93-100.
- Nilsen, S. (2018). *Allmennlegers erfaringer som portvakt. Utfordringer, håndtering og konsekvenser* (Doktoravhandling). Universitetet i Bergen. Hentet fra <https://bora.uib.no/handle/1956/17622>
- Ottesen, A. (2011). *En bærekraftig kropp: En diskursanalytisk tilnærming til kroppen i psykisk helsearbeid* (Masteroppgave). Høgskolen i Innlandet. Hentet fra <https://brage.inn.no/inn-xmlui/handle/11250/132512>
- Oudenaarde, K. v., Swart, N. M., Bloem, J. L., Bierma-Zeinstra, S. M. A., Algra, P. R., Bindels, P. J. E., . . . Hout, W. B. v. d. (2018). General Practitioners Referring Adults to MR Imaging for Knee Pain: A Randomized Controlled Trial to Assess Cost-effectiveness. *Radiology*, 288(1), 170-176. <https://doi.org/10.1148/radiol.2018171383>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>
- Pedersen, R. (2007). Kierkegaard og kunsten å hjelpe. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 127(2), 209.
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S. & Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K. & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*: Utgitt av Folkehelseinstituttet, Område for psykisk og fysisk helse. Hentet fra [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk\\_helse\\_i\\_norge2018.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf)
- Ryum, T. & Stiles, T. C. (2005). Betydningen av den terapeutiske allianse ; en studie av alliansens prediktive validitet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 42(11), 998-1003.
- Ryum, T., Stiles, T. C. & Vogel, P. A. (2009). Kvaliteten på tidlig terapeutisk allianse som prediktor for behandlingseffekt ved depresjon og angst. *Tidsskrift for Norsk*

- psykologforening*, 46(7), 651-657.
- Råheim, M. (2002). Kroppsfenomenologi - innsikt relevant for klinisk praksis. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 122(25), 2477-2480.
- Schei, E. (2016). Dannelse til lege - Pasientkontakt og profesjonalitet i første fase av medisinstudiet. *Uniped*, 39(04), 357-367. <https://doi.org/10.18261/issn.1893-8981-2016-04-07>
- Skogli, E., Theie, M. G., Stokke, O. M. & Lind, L. H. (2019). *Muskel- og skjelettsykdom i Norge. Rammer flest - Koster mest. Vurdering av tiltak for å redusere samfunnskostnadene*. (Menon-publikasjon nr. 31/2019). Hentet fra <https://www.menon.no/wp-content/uploads/2019-31-Rammer-flest-koster-mest.pdf>
- Spesialistforskriften. (2016). *Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften)* (FOR-2016-12-08-1482). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-08-1482>
- Statistisk sentralbyrå. (2007, 19.juni 2007). Hva slags problemer går vi til fastlegen med? Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/hva-slags-problemer-gaar-vi-til-fastlegen-med>
- Steinsvik, K. (2008). *Kunnskap om kroppen mellom grep og begrep* (Doktoravhandling). Kungliga Tekniska Högskolan, Stockholm, Sverige. Hentet fra <http://kth.diva-portal.org/smash/get/diva2:54442/FULLTEXT01.pdf>
- Taasen, I., Norenberg, D. L., Hagstrøm, N. & Nortvedt, L. (2018). *Kvalifisering av helsefagstudenter til tverrprofesjonell praksis* (OsloMet Rapport 2018 nr 5): OsloMet - Storbyuniversitetet. Hentet fra file:///C:/Users/Bruker/Downloads/108-Artikkelen-226-1-10-20180503.pdf
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2005). Kroppen som kilde til innsikt og utgangspunkt for utvikling – En kasuistikk fra psykomotorisk fysioterapi. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 1, 30-44.
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon : teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. (2015). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*. Bergen: Fagbokforl.
- Thornquist, E. & Bunkan, B. H. (1995). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Pensumtjenesten.
- Thorsen, O., Hartveit, M. & Baerheim, A. (2013). The consultants' role in the referring process with general practitioners: partners or adjudicators? a qualitative study. *BMC Fam. Pract.*, 14(153). <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-153>

- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Vetlesen, A. J. (2001). Profesjonell og personlig? ; legerollen mellom vellykkethet og sårbarhet. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 121(9), 1118-1121.
- WHO. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*
- Sveits: World Health Organization. Hentet fra [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO\\_HRH\\_HP\\_N\\_10.3\\_eng.pdf;jsessionid=929E85AF05C7E8F8EA3DD6447FC6641B?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf;jsessionid=929E85AF05C7E8F8EA3DD6447FC6641B?sequence=1)
- Willumsen, E. (2017). Tverrprofesjonelt samarbeid i utdanning og praksis i helse- og velferdssektoren. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid - et samfunnsoppdrag* (2, 2. opplag 2017 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Wyller, V. B. & Wyller, T. B. (2013). Evidensbasert medisin – et kritisk innspill. *Nytt Norsk Tidsskrift*, 1, 61-69.
- Øien, A., Steihaug, S., Iversen, S. & Råheim, M. (2011). Communication as negotiation processes in long-term physiotherapy: A qualitative study. *Scand. J. Caring Sci.*, 25(1), 53-61. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00790.x>
- Øvreberg, G., Andersen, T., Hanssen, I. & Ianssen, B. (2016). *Psykomotorisk fysioterapi : et kildekrift fra Aadel Bülow-Hansens praksis* (2 utg.). Levanger: Berit Ianssen.

## **Vedlegg:**

1. Godkjenning fra NSD
2. Utkast til informasjonsskriv med samtykkeskjema
3. Utkast til intervjuguide
4. Matrise 1
5. Matrise 2

## NSD sin vurdering

### Prosjekttittel

Fastlegers erfaring og vurdering for henvisning til PMF

### Referansenummer

298035

### Registrert

01.07.2019 av Marit Helene Ulvahaug Olsen - mol139@post.uit.no

### Behandlingsansvarlig institusjon

UIT – Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Gunn Kristin Øberg, gunn.kristin.oeberg@uit.no, tlf: 77623260

### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

### Kontaktinformasjon, student

Marit H. Olsen, mol139@uit.no, tlf: 98685554

### Prosjektperiode

26.08.2019 - 15.05.2020

### Status

12.09.2019 - Vurdert

### Vurdering (1)

#### 12.09.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 11.09.2019. Behandlingen kan starte.

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I EN STUDIE OM ERFARING OG VURDERING AV  
 RELEVANTE BEHANDLINGSTILTAK FOR MENNESKER MED KRONISKE MUSKEL-/SKJELETT SMERTER  
 OG LETTERE PSYKISKE LIDELSER

**Gjennomføringsperiode høsten 2019 – våren 2020**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt i forbindelse med min masteroppgave.

Jeg går på master i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi ved Universitetet i Tromsø (UiT). Bakgrunnen for mitt tema er interesse for hva slags behandlingstilbud vi gir mennesker med kroniske muskel-/skjelettsmerter og lettere psykiske lidelser, som i dag er oppgitt som hovedårsak til sykemeldinger og uføretrygd. Formålet med denne studien er å undersøke hvilke erfaringer fastleger har med psykomotorisk fysioterapi (PMF), og hvilke vurderinger som ligger til grunn for når de mener at PMF er en hensiktsmessig behandlingsform?

Universitetet i Tromsø står ansvarlig for prosjektet. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg. Du har blitt kontaktet fordi du er en av fastlegene som henviste til PMF i din kommune i 2017. Dette fikk vi opplyst gjennom statistikk fra kommunen der den enkelte fysioterapeut rapporterer inn henvisende instans. Den enkelte fastleges navn fikk vi direkte fra fysioterapeutene.

**HVA INNEBÆRER PROSJEKTET FOR DEG?**

For deg vil det å delta innebære at du setter av 60 minutter til et intervju. Det vil bli tatt lydopptak av intervjuet. Jeg kommer gjerne til ditt kontor og gjennomfører intervjuet der, eller på annet sted som er aktuelt for deg.

**HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?**

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Vi behandler opplysningene om deg basert på ditt samtykke.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun masterstudent og hennes veileder som har tilgang til denne listen. I prosjektet blir alle opplysninger anonymisert slik at de ikke kan gjenkjennes i masteroppgaven.

Masteroppgaven skal etter planen leveres 15.05.2020. Intervjuene vil bli slettet når eksamen er gjennomført.

#### FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte:

Masterstudent:

Tlf.:

E-post:

#### MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Du mottar ingen økonomisk kompensasjon for brukt tid. Prosjektet er ikke støttet økonomisk og er en del av et utdanningsløp. Fordelen med å delta er å bringe din stemme inn i arbeidet for hvordan vi kan møte mennesker med kroniske muskel-/skjelettsmerter og lettere psykiske lidelser i fremtiden.

#### GODKJENNING

På oppdrag fra Universitetet i Tromsø har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personvernopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

#### KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet kan du ta kontakt med:

Masterstudent:

E-post:

Tlf.:

Veileder:

E-post:

Tlf.:

Personvernombud ved UiT:

 E-post: [personvernombud@uit.no](mailto:personvernombud@uit.no)

Tlf.: +47 77 64 63 22

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS: E-post:

[personvertjenester@nsd.no](mailto:personvertjenester@nsd.no)

Tlf.: +47 55 58 21 17

Med vennlig hilsen

---

 Masterstudent

---

 Prosjektansvarlig/veileder

JEG HAR MOTTATT OG FORSTÅTT INFORMASJON OM STUDIEN OG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG TIL AT MINE PERSONOPPLYSNINGER BRUKES SLIK DET ER BESKREVET

---

Sted og dato

Deltakers signatur

---

Deltakers navn med trykte bokstaver



## Utkast til intervjuguide

### Bakgrunnsspørsmål:

Utdanning - Hvor?

Antall års erfaring?

Arbeidsområde – Spesialitet?

Nasjonalitet?

### Rammeforhold:

Antall på lista?

Antall konsultasjoner pr dag?

Fokus på muskel/skjelett og lettere psykiske lidelser i daglig virke/utdanning/kurs?

Sosial medisin?

### Erfaring og prioriteringer:

Hvordan håndterer du problemstillinger knyttet til muskel/skjelett og lettere psykiske lidelser? – CASE?

Hvordan veileder du og hva vektlegger du å formidle videre?

Hvilke faktorer avgjør valg av tiltak/det du videreformidler?

Når tenker du PMF kan være aktuelt?

Hva slags erfaringer har du med PMF?

Kan du fortelle om et eksempel da du valgte å henvise til/anbefale PMF?

Hvilke vurderinger ligger til grunn for at du mener PMF er en hensiktsmessig behandlingsform?

Hva var bra/fungerte? Hva skjedde?

Kan du beskrive så detaljert som mulig hva som gjorde inntrykk på deg?

Hva var ikke bra/fungerte ikke?

Hva slags kontakt har du med behandlere?

Hva får du ut av epikrise fra fysioterapeut?

Hva slags tanker har du om PMF's rolle i arbeidet med kroniske muskel-/skjelettplager og lettere psykiske lidelser?

### Avslutning:

Hva mener du skal til for å lykkes med relevante behandlingstilbud for denne målgruppen og for å få færre sykemeldinger?

Er det noe du vil tilføye? Noe du ikke har fått sagt eller vil ta opp?

Sted i tekst:	Meningsbærende enhet:	Meningsinnhold:	Tolkning:	Kodeord:	Tema:
s.2	Det var jo det vi så i allmennpraksis, men det var veldig skille da mellom somatikk og psykiatri i studietida. Det var det, og hvis det var noe som luktet psykiatri på ortopedisk avdeling eller nevrokirurgisk avdeling så,- så da ville de ikke ha noe med det og gjøre.	Det var skille mellom somatikk og psykiatri i studietida	Dualistisk holdning i et hierkisk helsevesen. Grunnlagsforståelse av mennesket som bygger på dualismen Erfaringsgrunnlag	Dualisme	1
s.3	Det var jo veldig brysomt da, og det ble liksom bare blankt avvist uten at man fikk noe råd og, i reumatologien er det også hvertfall var det sånn og det er jo mye sånn nå også, hvertfall på poliklinikken da at hvis det lukter fibromyalgi, psykosomatikk, ME og sånn da vil de jo ikke ta de imot en gang til en vurdering.	Hvis det lukter fibromyalgi, psykosomatikk og ME vil de ikke ta de inn til vurdering	Komplekse problemstillinger som ikke kan undersøkes med målbare verktøy blir ikke vurdert.	Kunnskapsforståelse	1
s.3	Nei jeg tenker jo det er veldig trist fordi det er jo - jeg kan jo sitte her og vite mye om fibromyalgi for eksempel da, men det er jo godt å ha støtte hos en spesialist når man skal sette diagnosen, for pasienten sin skyld at en er helt sikker og for min skyld og hvis det er noen som skal ha uførepensjon for eksempel da.	Det er godt å ha støtte i en spesialist når diagnose skal settes og uførepensjon vurderes	Ensom i rollen som fastlege. Usikker når det er omfattende problematikk og det ikke er harde fakta å støtte seg til. Ansvarlig for valg og vurderinger, både overfor samfunn og pasient.	Faglig ansvar	1

## **TEMA 1:**

### ***Tverrprofesjonelt samarbeid, kunnskapsforståelse og faglig vurdering***

- a) «Da hadde vi ganske mye samarbeid så da lærte jeg og litt mer da»:

Om egenerfaring, kommunikasjon og tverrprofesjonelt samarbeid

- b) «Hvis det lukter fibromyalgi, psykosomatikk, ME og sånn da vil de jo ikke ta de imot en gang til en vurdering»:

Om grunnlagstenkning, kunnskapsforståelse og empowerment

- c) «Det er liksom sånn, sånn hunch du får da på hvem som kan ha nytte av det»:

Om faglige vurderinger, tilgjengelighet og terapeutisk allianse

## **TEMA 2:**

### ***Kompleksitet, tid og ytre rammer***

- a) «De oppleves jo veldig sånn utmattende for oss på en måte. Ja, for vi har lite å stille opp med»:

Om kompleksitet, behandlingseffekt og kroppslige symptomer

- b) «Hvis vi bruker mer enn 20 min pr pasient så må vi skrive en tidstakst»:

Om grunnlagsforståelse, kunnskapsformidling og faglig skvis

- c) «Det er jo ikke jobben som er slitsom, men det er jo antall timer»:

Om arbeidsmengde, oppgaver og rammevilkår

<b>TEMA 1:</b>	<b>Sub:</b>	<b>Intervju:</b>	<b>TEMA 2:</b>	<b>Sub:</b>	<b>Intervju:</b>
Behandlingstilbud x2	C	2,3	Arbeidsmengde X2	C	1,2
Dialog x10	A	1,2,3	Arbeidsoppgaver	C	1
Dualisme x2	B	2,3	Behandlingstilbud	C	3
Egenerfaring x2	A	2,3	Egenomsorg	A	3
Empowerment	B	3	Empowerment	A	1
Faglig ansvar	A	2	Faglig skvis	B	2
Faglig tilnærming	C	3	Faglig vurdering	B	2
Faglig vektlegging X2	B	1,3	Grunnlagsforståelse X6	A	1,2
Faglig vurdering X3	C	3	Kjønnsroller	A	3
Grundig undersøkelse	C	2	Kompleksitet	A	2,3
Grunnlagsforståelse X2	B	1,2	Komplekst	A	2,3
Kunnskap	A	1	Kroppsbvissthet X2	A	2,3
Kunnskapsforståelse X2	B	1,2	Kroppslige symptomer X2	A	2,3
Personlig egnethet	A	1	Kroppsminner	A	3
Rask vurdering	C	1	Kunnskaps-formidling	B	2
Rullering	C	1	Kunnskapsforståelse X3	A	1,3
Samarbeid X9	A	1,2,3	Pust	A	3
Terapeutisk allianse	C	3	Rask vurdering	A	3
Tilgang	C	3	Samfunns- økonomisk	C	2
Tilgjengelighet X2	C	1	Språklige utfordringer	C	2
			Sårbarhet	A	2
			Terapeutisk allianse	A	3
			Tilgang x2	A	2,3
			Undersøkelse	B	3

➤ X2 feks betyr hvor mange ganger kodeordet er brukt i tilknytning til tema.