

Manuellterapeuten som primærkontakt: Muligheter og utfordringer

En kvalitativ studie



Kandidat nummer: 223303

Høsten 2014

Masterprogram i helsefag – Klinisk masterstudium i manuellterapi for fysioterapeuter

Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Universitetet i Bergen

Antall ord: 10929

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	2
Sammendrag	4
Abstract	5
1 INTRODUKSJON.....	6
1.1 Presentasjon av problemområdet og bakgrunn for valg av tema.....	6
1.2 Mer om utgangspunktet for manuellterapeuter som primærkontakter for studien	6
1.3 Tidligere forskning på området	7
1.4 Identitet og profesjon.....	8
2 Hensikt og problemstilling	10
2.1 Hensikt	10
2.2 Problemstillinger	11
3. METODE	11
3.1 Forskningsdesign: Valg av kvalitativ tilnærming og fokusgruppeintervju	11
3.2 Forskerens for forståelse	13
3.3 Utvalg	13
3.4 Intervjuguiden: utvikling og bruk.....	14
3.5 Gjennomføring av intervjuet	14
3.6 Analyse av intervjuet.....	15
3.7 Etikk	19
4 FUNN: ERFARING MED OG SYN PÅ ROLLEN SOM PRIMÆRKONTAKT OG MANUTELLTERAPEUT.....	20
4.1 Primærkontakt: Sykemelding og henvisning som gyldige mål?	20
4.2 Manuellterapeut og manuell terapi: Profesjons identitet og praksisutøvelsens grunn og innhold i forhold til fysioterapi og kiropraktikk	23
4.2.1 Kunnskap om manuellterapi i befolkningen.....	23
4.2.2 Fysioterapeut eller manuellterapeut?.....	24
4.2.3 Manuellterapeut til forskjell fra kiropraktor	25
4.3 Primærkontaktrollen: Nye muligheter og utfordringer.....	26
4.3.1 ”Fastlege” for pasientene, men primært behandler	27
4.3.2 By og land – betydning for utforming av primærkontaktrollen	28
4.3.3 Primærkontaktrollen – en rolle å vokse inn i : Om faglighet – administrasjon og økonomi	28
5. DISKUSJON	30
5.1 Diskusjon av funn.....	30
4.2 Metodediskusjon	35
6.0 Konklusjon	38
Referanseliste.....	39

Vedlegg 1: Forespørsel om å delta i studie	42
Vedlegg 2: Intervjuguide	44
Vedlegg 3: Samtykke-erklæring.....	47

Sammendrag

Manuellterapeuten som primærkontakt, Muligheter og utfordringer

Hensikten med denne studien var å få økt kunnskap om manuellterapeutenes erfaringer med primærkontaktrollen, muligheter og- utfordringer som rollen gir, herunder også bruken av sykemelding og henvisningsretten m.m.

Inkludert i dette var det et ønske å undersøke om manuellterapeuter benytter eller ikke benytter muligheten til å være primærkontakter, og hva som eventuelt kunne ligge til grunne for det ene eller det andre.

Metode: Det er gjennomført et fokusgruppeintervju med fem manuellterapeuter i privat praksis. Intervjuet ble tatt opp på bånd, transkribert og derpå analysert etter systematisk tekstkondensering (Malterud,2013).

Resultater fra analysen består av tre hovedtema: (1) Primærkontakt: Sykemelding og henvisninger som gyldige mål? (2) Manuellterapeut og manuellterapi: Profesjonens identitet og praksisutøvelsens grunn og innhold, (3) Primærkontaktrollen: Nye muligheter og utfordringer.

Konklusjon: Studien har bidratt til å løfte fram sentrale aspekter ved utøvelsen av primærkontaktrollen, og til å nyansere viktige debatter i den sammenheng. Den peker på at det har skjedd store endringer for manuellterapeutene etter bortfallet av henvisningskravet og innføringen av primærkontaktrollen ble iverksatt. Nye muligheter sammen med store utfordringer er dels med på å styrke, dels utfordre gruppens profesjonelle identitet. Forskjellige oppfatninger finnes når det gjelder hva rollen skal inneholde, utøvelsen m.m. Videre står man overfor en massiv markedsføringsjobb for å gjøre kjent for befolkningen hva en manuellterapeut kan, og at de kan komme direkte uten henvisning fra lege.

Abstract

Manual therapist as primary care professionals, challenges and opportunities?

The purpose of this study was to gain knowledge about how the manual therapist experience their challenges and opportunities in a primary care settings. Among these the right to referral and prescribing sick leave.

Included in this there was a desire to explore if manual therapist use their oppurtunities and rights as clinicians in primary care or not, and the reasoning behind this.

Methods: A focus-group-interview was conducted with five manual therapists in private practice. The interview was recorded, transcribed and analysed using systematic text condensation (STC) method. (Malterud 2013).

Results from the analysis consist of three themes: (1) Primary contact: Sick leave and references as valid targets? (2) Manual therapist and manual therapy: Profession identity, reason and content. (3) The role as primary care professionals: New possibilities and challenges.

Conclusion: The study has contributed to lift up central aspects practising in a primary care setting, and to nuance important debates in this context. The fact that there has been major changes for manual therapists after the demise of the reference obligation and the introduction of a primary care role was implemented. New opportunities together with great challenges is involved in strengthening and partly challenge the groups professional identity. Different perceptions exists as to what the role should include and how it should be performed.

Furthermore manual therapists are faced with a massive marketing job, ensuring that the new role as primary care professionals is known to the public. It should be emphasized that the patient can seek the manual therapist without being refered by a physican.

1 INTRODUKSJON

Denne studien handler om manuellterapeuters erfaringer med primærkontaktrollen.

1.1 Presentasjon av problemområdet og bakgrunn for valg av tema

Tidligere regelverk tilsa at alle personer som skulle ha fysioterapi eller manuellterapi måtte få en skriftlig henvisning fra lege før behandlingen kunne påbegynnes. I 1998 ble det lagt frem et forslag om at henvisningskravet til manuellterapi skulle falle bort. Bakgrunnen for dette var en stortingsmelding hvor man fokuserte på å få utnyttet helsepersonalet mest mulig målrettet og effektivt (Helse og omsorgsdepartementet (HOD) 2009).

I 2001 ble det startet opp en toårig forsøksordning der henvisningskravet til kiropraktor og manuellterapeut ble fjernet. Forsøksordningen omfattet ca. 100 manuellterapeuter og kiropraktorer i fylkene Nordland, Vestfold og Hordaland.

På oppdrag fra Rikstrygdeverket skulle SINTEF evaluere prosjektet. I desember 2003 la de fram evalueringsrapporten (SINTEF 2003) hvor fire hovedelementer ble belyst, ressursutnyttelse, samarbeid i helsetjenesten, brukertilfredshet og samfunnsøkonomi. Resultatene viste at målsetningen langt på vei ble oppnådd. Rapporten fra prosjektet viste også til at pasientene som oppsøkte manuellterapeutene i prøvefylkene skilte seg fra pasienter som oppsøkte manuellterapeutene i kontrollfylkene, blant annet ved at manuellterapeutene i prøve fylkene hadde større andel pasienter med akutte tilstander, og en større andel nye pasienter sammenlignet med manuellterapeutene i kontrollfylkene. Evalueringen av forsøksordningen (Ibid.) førte til at alle manuellterapeuter permanent fra 2006 ble offentlig godkjent som primærkontakter for pasienter med muskel- og skjelett lidelser.

Primærkontakt rollen har medført endringer for manuellterapeutene som yrkesgruppe og innebærer at pasienter kan henvende seg direkte til manuellterapeut, det vil si uten å være henvist fra lege. Som primærkontakt har manuellterapeuten henvisningsrett til fysioterapeuter, spesialist-tjenester og bildediagnostikk. En annen endring i manuellterapeutens arbeid er at de kan sykemelde pasienter. Det er interessant å se nærmere på hva denne endringen i manuellterapeutenes profesjonelle rolle har ført med seg, slik terapeutene ser det selv.

1.2 Mer om utgangspunktet for manuellterapeuter som primærkontakter for studien

Pasienter med muskel- og skjelettlidelser er den største pasientgruppen som oppsøker fastlegen for konsultasjon. Sykdom og skader i muskel- og skjelettsystemet er den viktigste årsaken til sykefravær og uførepensjoneringer. Disse sykdommene koster samfunnet mellom

69-73 milliarder kroner i året (Lærum 2013). I stortingsmeldingen (St.mld.2008-2009; 47) som omhandler samhandlings- reformen påpekes det at muskel- og skjelettfeltet utgjør en stadig større del av den samlede sykdomsbyrden i befolkningen, men at området likevel er kjennetegnet av lav helsepolitisk oppmerksomhet (Lærum 2013). Det er vel dokumentert og anerkjent at tidlig intervensjon på muskel- og skjelettområdet bidrar til at folk blir fortere friske og til reduksjon av kostnadene ved sykefravær (St.mld.2008-2009; 47).

Stortinget vedtok høsten 2005 at muskel- og skjelettpasienter skulle ha direkte adgang til manuellterapeuter ved at de ble tildelt primærkontakt- og portvokterrollen, og derved få raskere relevant undersøkelse og behandling. Vedtaket ble altså fattet etter et vellykket forsøksprosjekt i tre fylker over to år som tidligere nevnt. Forsøksprosjektet viste betydelige besparelser på sykepengeutbetalingene i forsøksfylkene (SINTEF 2003). Det viste også at det kan være et betydelig potensial for ytterligere besparelser dersom flere muskel- og skjelettpasienter går direkte til manuellterapeut i stedet for via fastlege. En del av bakgrunnen for Stortingets vedtak for å gi manuellterapeutene en lignende rolle som fastlegenes på muskel- og skjelettområdet, var også ønsket om å avlaste fastlegene i deres arbeid (Dok.nr.8:34 1998-1999).

1.3 Tidligere forskning på området

Helse og omsorgsdepartementet gjorde en spørreundersøkelse om fysioterapi i kommunehelsetjenesten (HOD 2009). Rapporten er innom primærkontaktrollen og berører i noen grad problemstillingene jeg ønsker å se nærmere på. I undersøkelsen ønsket flere å formidle at manuellterapeutenes hverdag var endret etter at de fikk henvisningsrett og at det i større grad enn tidligere må settes av ledig kapasitet til pasienter som oppsøker dem direkte. Det ble brukt mer tid til administrasjon og papirarbeid. Det oppnås ikke økonomisk kompensasjon for den primærkontaktfunksjonen som manuellterapeutene ivaretar.

Bury og Stokes (2013) har utført en oversiktsstudie i europeisk sammenheng om pasienters direkte tilgang til fysioterapi. Her framkommer det at i over halvparten av medlemslandene kan brukerne oppsøke fysioterapeut direkte uten at en tredje part er involvert. De konkluderte med at på tross av at ordningen har fungert effektivtets- og kostnadsbesparende er det likevel flere faktorer som kan hindre at ordninger fungerer slik, samt at det er viktig å ha klare strategier ved innføring av tilsvarende ordninger.

Samme forfatterne Bury og Stokes (2013) har også utført en annen studie som antyder at mye taler for at ”direct access” vil gi bedret klinisk og kostnads effektivitet.

Ludvigsson og Enthoven (2012) har i en studie sammenlignet fysioterapeuter og leger som førstekontakt for pasienten og konkluderer med at pasientene som fikk møte fysioterapeuten istedenfor legen i første konsultasjon var signifikant mer fornøyd med hjelpen, informasjonen og vurderingene som ble gjort enn de pasienten som møtte legen i første møtepunkt.

Flere andre studier konkluderer også med at fysioterapeuter er kompetente til å utføre en første helsevurdering av muskel- og skjelettplager (Strupstad:2012). Disse undersøkelsene berører altså i noen grad tema og problemstilling i min studie.

Av interesse i min studie er også kunnskap om manuellterapeuters bruk av takster. Helseøkonomiforvaltningen (Helfo) offentliggjorde en analyserapport over takstbruk blant fysioterapeuter i Norge 2010 (Helfo 2011). Her framkommer det at 428 manuellterapeuter har avtale med Helfo, men kun 270 av disse benyttet takst L1 (utfylling av sykemeldingsblankett). Med andre ord antyder denne statistikken at 158 manuellterapeuter på dette tidspunktet ikke fungerer som primærkontakt eller portvokter når det gjelder sykmelding. Dette utgjør ca. 37 % av alle manuellterapeuter i Norge.

Statistikk (Helfo 2011) fra perioden 01.10.2010 til 30.09.2011 viser også at det er store geografiske forskjeller og at kiropraktorene sykemelder ca. 10 ganger så mye som manuellterapeutene.

1.4 Identitet og profesjon

Å være primærkontakt for manuellterapeuter representerer altså en utvidelse av denne helseprofesjonens rolle og funksjon. I den sammenheng er det relevant å trekke en linje til profesjonell identitet og profesjonsidentitet, og eventuelle utfordringer og endringer i disse for manuellterapeuter ved den utvidelsen i myndighetsområde for deres yrkesutøvelse som primærkontakter innebærer. Men først litt om hva en profesjon og profesjonell kunnskap er.

Begrepet profesjon har vært knyttet til formell utdanning og tilegning av vitenskapelig kunnskap og bare de som har gått gjennom slik formell og spesialisert utdanning er en del av profesjonen (Torgersen 1972 og Abbott 1988 i Heggen 2010).

I likhet med det medisinske miljøet for øvrig har det innen manuellterapi skjedd en utvikling fra hovedsakelig empirisk basert faggrunnlag, til en mer vitenskapelig basert praksis. Dette har resultert i at manuellterapi er blitt en universitetsutdanning veltilpasset det norske helsevesenet (Faggruppen for manuellterapi 2003).

At profesjonene forvalter vitenskapelig kunnskap, har blitt ansett som et viktig trekk som skiller dem fra andre yrker, som for eksempel kokker, rørleggere, snekkere som i større grad har en praktisk kunnskapsbase (Grimen 2008:71). For en del profesjoner er kravene til sertifisering mindre strenge og på en del fagområder har det vært omstridt i hvilken grad sertifisering skal kreves. Må man for eksempel være sosionom for å drive med sosialt arbeid eller må man være førskolelærer for å arbeide i barnehage? Inntil nylig har det vært kamp for å få en bestemt type kunnskap anerkjent som et legitimt område for sertifisering. Fysioterapi er et eksempel på det, kiropraktikk er et annet. (Ibid:71).

Grimen skiller mellom det han kaller teoretiske og praktiske synteser, når det som integrerer forskjellige kunnskapselementer i en profesjons kunnskapsbase i all hovedsak er teori kaller han det for teoretisk syntese. Hvis det som integrerer elementene i en profesjons kunnskapsbase er de krav som stilles til utøvelse av profesjonen er det en praktisk syntese. (Ibid:72) Heggen sier at profesjonskvalifisering skjer gjennom en formell utdanning ved høyskole og universitet og gjennom uformell og formell kvalifisering i yrkesfeltet (Heggen 2010:93). Dette er i samsvar med det Grimen sier om en praktisk syntese. Manuellterapeututdanningen vil således være en praktisk syntese hvor det stilles krav til utøveren både med hensyn til teoretisk og praktisk kunnskap, men også uformell utdanning og utøvelse av skjønn har betydning for praksisutøvelsen.

Begrepet identitet bygger på individets oppfatning av seg selv. Det å ha en identitet vil si å kjenne seg selv, eller vite hva en står for, og kan beskrives som en personlig identitet eller selvidentitet (Heggen 2008:323). Dersom vi ønsker å fortelle om identitet relatert til en profesjon må vi utvide forståelsen av identitet til å omfatte en kollektiv dimensjon. Den kollektiv orienterte identiteten utvikles med utgangspunkt i selvidentiteten (Ibid.). Det betyr at en manuellterapeuts identitet mest sannsynlig dannes som en interaksjon mellom den enkelte og profesjonens kompetanse, praksis, normer og verdier. Utvikling av identitet kan heller ikke betraktes isolert, men må ses på som en livslang læringsprosess der utgangspunktet er profesjonsutdanningen.

Heggen bruker ulike begreper knyttet til dannelse av profesjonsidentitet. Profesjonsidentitet bruker han som begrep på den kollektive identiteten, som her vil være knyttet til manuellterapeutene som gruppe, og som utvikles på tvers av de som tilhører profesjonen. Gjenkjenning skaper et kollektivt handlingsgrunnlag (Heggen 2008:323).

Manuellterapi har helt fra starten satset på en faglig brobygging mellom medisin, fysioterapi, kiropraktikk og osteopati. Miljøet har hatt som mål å tilegne seg og videreutvikle det beste fra alle disse retningene når det gjelder forklaringsmodeller, undersøkelses- og behandlingsteknikker (Faggruppen for manuellterapi 2003). Dette har ført til at det er utviklet en kollektiv gruppe-identitet og handlingsgrunnlag blant manuellterapeutene.

Denne gruppeidentiteten til manuellterapeutene vil ha en indre og en ytre definisjon. Den indre definisjonen er slik medlemmene av manuellterapi gruppen selv identifiserer seg med hverandre. Den ytre definisjonen kan betraktes som hvordan andre ser på manuellterapeutene som gruppe, for eksempel hvordan befolkningen ser og oppfatter manuellterapeutene.

Det andre begrepet er profesjonell identitet som brukes om den individuelle identiteten som viser til den personlige identitetsdanningen som har med utførelsen av manuellterapirollen å gjøre (Heggen 2008:234). Dette vil da være den enkelte manuellterapeut selvoppfatning som terapeut og knyttet til hvordan han/hun virker i sin rolle, blant annet hvordan de for eksempel utøver primærkontaktrollen.

2 Hensikt og problemstilling

2.1 Hensikt

Som primærkontakter har altså manuellterapeutene fått en unik mulighet til å benytte sin kunnskap og kompetanse til beste for pasientene. De har gjennom sin utdanning blitt lært opp til en systematisk og grundig undersøkelsesmetodikk, og ulike behandlingsalternativer.

Å ta opp en grundig anamnese gjør at de ikke bare har mulighet til å undersøke muskler og ledd, men også til å fange opp nyanser og sammenhenger i pasientens liv som kan være av stor betydning for vurdering av mulighetene til hjelp. Tidlig intervensjon med riktig tiltak kan bidra til å unngå utvikling av så-kalte ”gule flagg” med kronifisering, redusert helse og livskvalitet.

Primærkontaktrollen har satt manuellterapeutene i en posisjon med større muligheter for å gi pasienter rask hjelp og utøve større innflytelse i helsevesenet. Etter søk i aktuelle databaser og gjennomgang av tidligere forskning ser det ut til at det er lite gjort med tanke på å utforske og belyse manuellterapeuters egne erfaringer med utøvelse av primærkontaktrollen inkludert i en norsk kontekst.

Hensikten med denne studien er nettopp å få fram økt kunnskap om manuellterapeutenes erfaring med primærkontaktrollen, herunder også bruken av sykemelding og henvisningsretten med mer.

2.2 Problemstillinger

Problemstillingene er: Manuellterapeuter ble i 2006 sammen med kiropraktorene de nye primærkontaktene for muskel- og skjelett- plager i norsk helsevesen. Hvilke synspunkter og erfaringer forteller manuellterapeuter om når det gjelder å ta i bruk primærkontaktrollen?

Det er framkommet påstander om at mange manuellterapeuter ikke benytter muligheten til å være primærkontakter, eller kanskje ikke ønsker å være primærkontakter. De blir blant annet sammenlignet med kiropraktorene når det gjelder utøvelsen av primærkontaktrollen. Hvilke synspunkter og erfaringer har gruppen manuellterapeuter på dette?

Hvilke vurderinger og synspunkter kan ligge til grunn for at manuellterapeuter eventuelt ikke uten videre tar på seg primærkontaktrollen, og hvilke eventuelle nye muligheter fremhever de ved å være primærkontakter?

3. METODE

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for de metodiske valg og overveielser som har blitt gjort i arbeidet med denne oppgaven. I tillegg vil kapittelet gi en skjematisk framstilling av hvordan jeg har gått fram i forbindelse med innsamling og behandling av oppgavens empiriske data. Jeg har også valgt å reflektere rundt de valg jeg har tatt underveis, samt kommentere egne erfaringer og opplevelser som intervjuer og forsker. På denne måten ønsker jeg å få fram et kritisk og bevisst forhold til eget arbeid. Kvale beskriver intervjueren som forskningsinstrumentet i forbindelse med kvalitativ forskning (Kvale 1997:91). Å synliggjøre framgangsmåter valg og refleksjon over forskningsprosessen er med på å øke den frembrakte kunnskapens validitet (Ibid:178). Studien er basert på et fokusgruppeintervju av yrkesaktive manuellterapeuter i privatpraksis.

3.1 Forskningsdesign: Valg av kvalitativ tilnærming og fokusgruppeintervju

Forskningsdesign er en plan for undersøkelsen som viser metodisk tilnærming, struktur og tidsaspekt, og beskriver hvordan disse henger sammen og gir svar på forskningsspørsmålene. I denne studien er det valgt et kvalitativt forskningsdesign. Nærmere bestemt er en gruppe manuellterapeuter intervjuet en gang.

Malterud (2013:27) mener at vi kan bruke kvalitative metoder til å få vite mer om erfaringer, opplevelser, tanker og forventninger, motiver og holdninger. Kvalitativ tilnærming passer også godt for utforskning av dynamiske prosesser som samhandling, utvikling, osv. «*Kvalitative metoder er forskningsstrategier for beskrivelse og analyse av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene som skal studeres.*” (Ibid:26)

Problemstilling i denne masteroppgaven var altså å få fram synspunkter og erfaringer som manuellterapeuter har med det å være primærkontakter, og ulike aspekter ved dette. En kvalitativ tilnærming byr seg følgelig fram som relevant. Jeg kom videre fram til at fokusgruppeintervju kunne være en velegnet metode for datainnsamling. Metoden er utforskende og jeg vurderte den egnet til å gi svar på forskningsspørsmålene, samt at den kunne åpne dører i forhold til eksisterende kunnskap og kanskje bidra til å utvikle nye problemstillinger. Malterud (2012:22) sier at om vi vil utforske fenomener som gjelder felles erfaringer, kan fokusgrupper gi et godt materiale. I min studie er dette en svært aktuell tematikk for MT-er å samles for å dele erfaringer og diskutere. ”*Fokusgrupper kan gi mye materiale i forhold til ressursinnsatsen, særlig hvis alternativet er å gjøre individuelle intervjuer*” (Malterud 2013:68). Dette var også en tungtveiende faktor for valget, siden tidsrammen for studien var stram. Jeg anså videre at temaet erfaringer med primærkontaktrollen var godt egnet for diskusjon i gruppe, siden det ikke er spesielt sensitivt. Det advares mot å velge fokusgruppeintervju om temaene er spesielt sensitive (Krueger og Casey 2000).

Sentralt i oppgavens problemstilling er å forsøke å få et innblikk i manuellterapeutenes hverdag som primærkontakter. Jeg ønsket å komme litt på innsiden av deres kliniske verden for derved å forstå deres begrunnelser og valg. Kvale og Brinkmann uttaler: ”*Det kvalitative forskningsintervjuet søker å forstå verden sett fra intervjupersonens side. Å få frem betydningen av folks erfaringer og å avdekke deres opplevelse av verden, forut for vitenskapelige forklaringer, er et mål.*” (Kvale og Brinkmann 2012:21). Selv om forfatterne her viser primært til dybdeintervjuet, har dette også relevans for gruppeintervjuet.

Fokusgrupper framskaffer data gjennom gruppedynamiske interaksjonsprosesser, og hviler i det hele tatt på en god gruppedynamikk (Kizinger 1995). Deltakerne i gruppen kan sammenligne erfaringer og også drøfte områder der oppfatningene er ulike. Det bør altså legges til rette for gode gruppediskusjoner og interaksjon mellom deltakerne om en tematikk for å belyse problemstillingen så nyansert som mulig. (Malterud 2013) Dette er i tråd med hensikten med denne studien.

3.2 Forskerens forforståelse

Det at vi forstår verden ut fra våre forforståelser, er ikke bare noe som berører teoretisk lesning, det synes å være et generelt trekk ved menneskets måte å forstå andre mennesker og omgivelsene på (Kvale og Brinkmann 2012:244) For å forstå noe som helst må vi ha en bakgrunn eller horisont å forstå ut fra, Kvale understreker at forskeren baserer sin tolkning av forskningssubjektet på sin egen forforståelse (Kvale 1997:40). Forforståelsen er den ryggsekken vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet, før prosjektet starter sier Malterud (2013: 40). Det blir følgelig viktig å reflektere over egen forforståelse og å sette den på prøve (Ibid. 2013).

Det er viktig å ha klart for seg at det empiriske materialet som ble produsert ikke ble skapt i en nøytral kontekst eller taler fritt til meg som forsker. Min forforståelse, forventninger, oppfatninger, praktiske og teoretiske kunnskaper og erfaringer som terapeut vil kunne påvirke det som observeres og undersøkes. Min forforståelse kan også ha bidratt konstruktivt i den forstand at jeg hadde mye kunnskap om manuellterapeutrollen og primærkontaktrollen da jeg startet planleggingen av studien. Kvale (1997) mener at kunnskap om feltet en studerer er en fordel for å kunne stille relevante spørsmål. Dette kan ha vært nyttig i forbindelse med utviklingen av intervjuguiden.

3.3 Utvalg

Et bekvemmelighetsutvalg og størrelsen på gruppen: I utgangspunktet var det satt opp inklusjons- og eksklusjonskriterier. Alle deltakerne måtte være utdannet og praktiserende MT-er. Utover dette var det et ønske med variasjon i kjønn, alder, omfang erfaring som MT-er, praksis i by / land osv. Da det var krevende nok å få tak i frivillige til intervjuet i det begrensede tidsrommet jeg hadde til rådighet, ble den planlagte variasjonen i utvalget droppet. Et utvalg som består av dem vi kan få tak i, kalles et bekvemmelighetsutvalg (Malterud 2012:43). Utvalget bestod av 5 MT-er, alle menn, alderen varierte fra 35 til 66 år og erfaring som MT var fra 5 til 26 år. Alle var praktiserende i en større by i Norge.

Når det gjelder størrelsen på den enkelte fokusgruppen tilrås det fra fem til åtte eller ti deltakere (Malterud 2012:38) basert på kunnskap om hvordan grupper og gruppediskusjoner fungerer. Med veldig lavt antall kan det lett bli monologer, med for stort antall kan det være et problem å få alle i tale. Antallet ble vurdert som tilfredsstillende for å gi utgangspunkt for en god gruppedynamikk.

Rekruttering og antall grupper: Medlemslisten til Norsk manuellterapiforening og Fysioterapiforbundets manuellterapi gruppe ble brukt til å plukke ut kandidater tilfeldig. Det ble sendt ut tjue henvendelser til privatpraktiserende manuellterapeuter i en større by i Norge. Jeg endte altså opp med en liten gruppe som takket ja til intervju. Tilgjengelighet på informanter og ressurser er viktige faktorer, sier Kvale (1997:60). Det ble kun denne ene gruppen som ble intervjuet.

3.4 Intervjuguiden: utvikling og bruk

Intervjuguiden er et hjelpemiddel for å holde fokus på det som utforskes, da intervju spørsmålene har til hensikt å åpne opp slik at fenomenet eller temaet blir belyst fra ulike perspektiver og vinkler. Videre skal intervjuguiden ta hensyn til det kvalitative intervjuets to dimensjoner, det teoretiske med hensyn til relevans for forskningsprosjektets problemstilling, samt det dynamiske for å skape en god intervjuinteraksjon (Kvale og Brinkmann 2012).

Arbeidet med intervjuguiden ble gjort i ukene før intervjuet i Juni 2014. Guiden var delt inn i tre hovedtemaer eller faser: Fase 1 bestod av informasjon, presentasjon, rammer for intervjuet og lignende. Fase 2 var innledningen. Her ble det presentert påstander fra artikler (Garbo 2012:7, Fredriksen 2012:2:3). Denne fasen hadde også en sosial ”kom i gang” funksjon, og i fase 3 kom flere hovedspørsmål med oppfølgende spørsmål med undertemaer som dreide seg om ansvar, fag, administrativt og økonomi. Se vedlegg nr.2

3.5 Gjennomføring av intervjuet

Av praktiske årsaker ble gruppeintervjuet holdt på et romslig og lyst møterom ved studiestedet. Her var det tilgjengelige og egnede lokaliteter. Møtebordet var dekket med pappbeger og papptallerkener, servietter, et par fat med fargerik frukt, snacks og i tillegg vann, kaffe og te. Alle deltakerne ankom til avtalt tid en solfylt og varm ettermiddag i juni 2014. Deltakerne kjente eller visste om hverandre fra før, siden miljøet ikke er så stort i ett og samme distrikt, og praten kom lett i gang.

Jeg - forsker var moderator - leder av intervjuet, mens veileder var co-moderator. En presentasjonsrunde startet den mer formelle delen, så gjentok moderator informasjon om studien og avklarte rollene til de to moderatorene. Hele intervjuet ble tatt opp på digital diktafon. Co-moderator var ”tause Birgitte” underveis, tok notater knyttet til gruppedynamikken og tema for diskusjonen, og oppsummerte vesentlige momenter mot slutten av intervjuet. Se ellers ovenfor med hensyn til hvordan intervjuguiden ble brukt.

Temaet skapte stor engasjement og en av deltakerne var rask til å ta ordet, og opponerer seg tydelig mot utgangspunktet i det viktigste budskapet i en av artiklene, nemlig at MT-ere sykemelder veldig lite, og følgelig ikke tar primærkontaktrollen i bruk. Debatten skjøt umiddelbart fart, de andre deltakerne hang seg på uten oppfordring. Første del av intervjuet gikk uten avbrudd av moderator, men spant avgårde mellom deltakerne og med innspill til hverandre rundt denne tematikken. Først og fremst uttrykkes enighet, men med nyanseringer, og engasjement var stort. Diskusjonen fløt også ”naturlig” når andre hovedtema ble bragt opp, men med en jevnere strøm av synspunkter og erfaringer, det vil si med ikke så høy temperatur.

3.6 Analyse av intervjuet

Forskjellige strategier for produksjon og analyse av data kan brukes når det gjelder kvalitative data (Malterud 2013:26). For å systematisere og strukturere materialet er det tatt utgangspunkt i en analysemetode som benevnes som Systematisk tekstkondensering (STC). STC er opprinnelig en analysemetode beregnet for kvalitativ forskningsmateriale. Den er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse og modifisert av Malterud (2013:94). Metoden er godt egnet for eksplorerende og deskriptiv tversgående analyse av intervjumateriale med sikte på å få frem beskrivelser og muligens også utvikle begreper.

Analysen skal bygge bro mellom rådata og resultat ved at det produserte materialet blir organisert, fortolket og sammenfattet på en slik måte at leseren kan følge den prosessen som er gjort (Ibid:91). I analysen skal forskeren finne ut hva det produserte datamaterialet kan fortelle oss ved å lete etter vesentlige kjennetegn ved de fenomen som studeres. Problemstillingen kan ifølge Malterud bli tydeligere gjennom analysen. Rådata presenterer et utgangspunkt, og forskeren skal ikke være redd for å lære av sin innsikt, og eventuelt revidere problemstillingen (Ibid:92).

Materialet mitt består av 42 sider transkribert tekst, samt et feltnotat. Jeg har selv transkribert intervjuet. Dette følte jeg var svært viktig da det ga meg en dybde og innsikt i hva som ble sagt, som jeg muligens ikke kunne ha oppnådd ved bare å lytte til intervjuet. Jeg har transkribert tilnærmet ordrett, men med enkelte utfyllende ord der setninger er veldig ufullstendige. Disse tilføyelsene har basis i sammenhengen de er sagt i.

Malterud (2013:98) beskriver analyseprosessen i fire trinn: 1) å få et helhetsinntrykk, 2) å identifisere meningsdannende enheter, 3) å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende

enhetene, og 4) å sammenfatte betydningen av dette. Dette er hovedstrukturen i analysemetoden systematisk tekstkondensering.

Datamaterialet har følgelig gjennomgått fire analysetrinn:

Trinn 1 - Å få et helhetsinntrykk av materialet Malterud skriver at i første trinn dreier seg om å bli kjent med materialet og kaller dette stadiet en overgang fra "villnis til temaer". Hun sier at på dette trinnet skal vi sette vår forståelse og teoretiske ramme til side og stille oss så åpne som mulig for de inntrykk materialet formidler (Ibid:98). Foreløpige tema identifiseres allerede i denne fasen.

Hensikten med første analysetrinn var altså å bli kjent med materialet samt å få et helhetsbilde. Jeg har lyttet til og lest intervjuet flere ganger slik at jeg kjenner datamaterialet godt. Jeg så videre etter foreløpige temaer som på en eller annen måte representerte kunnskap, erfaringer eller informasjon om manuellterapeuter i primærkontaktrollen. Jeg så også etter årsakssammenhenger som kunne si noe om hvorfor manuellterapeuter eventuelt ikke ønsker å være primærkontakter, eller hva som kunne ligge til grunn for dette. I denne fasen var helheten viktigere enn detaljene. Jeg spurte meg selv om hvilke andre temaer enn de som jeg hadde tatt utgangspunkt i intervjuguiden ble skimtet i materialet. Vi skal sikte mot funn som gir farger og nyanser og åpner for innsikt som vi ikke hadde fra før sier Malterud, gjentakelser av det vi allerede vet, gir begrenset innsikt. (Ibid:86).

Med problemstillingen i bakhodet stilte jeg spørsmål til materialet om dette på noen måte kunne gi meg noen svar eller forklaringer på det jeg i utgangspunktet var nysgjerrig på, samt overraske meg. Malterud (2013:92) sier at problemstillingen gjennom analysen blir tydeligere formulert og spesifisert, fordi data forteller hvilke sider av det opprinnelige spørsmålet som det er meningsfylt og mulig å svare på. Problemstillingen ble dels beholdt, dels revidert i analysefasen. For eksempel ble problemstillingen revidert fra: "*Mange manuellterapeuter benytter ikke sin mulighet til å være primærkontakter. Etter endt utdanning går de til bake til fysioterapeutrollen som rekvisisjonsbehandler. Hva er årsaken til dette?*"

Endret til:

”Det er framkommet påstander om at mange manuellterapeuter ikke benytter muligheten til å være primærkontakter, eller kanskje ikke ønsker å være primærkontakter. De blir blant annet sammenlignet med kiropraktorene når det gjelder utøvelsen av primærkontaktrollen. Hvilke synspunkter og erfaringer har gruppen manuellterapeuter når det gjelder dette?”

Trinn 2 – Meningsbærende enheter, fra temaer til kode. Det er i dette trinnet jeg skal finne de naturlig meningsbærende enhetene slik intervjupersonene uttrykker dem (Malterud 2013, Kvale og Brinkmann 2010).

Nå startet altså en del av analyseprosessen som krever stor systematikk. Jeg gikk i gang med en systematisk gjennomgang av materialet linje for linje for å identifisere meningsbærende enheter. Malterud (2013:100) anbefaler at vi ikke deler inn hele teksten i meningsbærende enheter når det er mye tekst som analyseres. Jeg valgte å følge hennes anbefalinger og ”klippet” ut tekst som på en eller annen måte bar med seg kunnskap om et eller flere tema fra første trinn, og som sier noe om problemstillingene mine. Deltakernes svar og refleksjoner rundt temaene er videre sammenlignet. Jeg har notert, streket under og lest om igjen. Jeg har merket og fargekodet meningsbærende enheter. Samtidig har jeg stilt spørsmål til meg selv om jeg har funnet de relevante utsagn og slik vurdert om jeg har klart å hente ut det som skal til for å svare på problemstillingene.

Som nevnt merket jeg meningsbærende enhetene i teksten, men samtidig systematiserte jeg dem. Dette kalles koding. Gjennom dette arbeidet forsøkte jeg å fange opp og klassifisere alle de meningsbærende enhetene i teksten som hadde sammenheng med temaene fra første analysetrinn.

Kode:	Sykemeldinger:
Meningsbærende enhet:	Av alle elementene i primærkontaktrollen så er kanskje tallene på sykemeldinger det minst interessante i forhold til den rollen vi fyller.

Tabell 2: Eksempel på koding av meningsbærende enhet.

Trinn 3 – Fra kode til mening

I analysens tredje trinn anbefaler Malterud (2013:104) at man kan arbeide videre med den enkelte kodegruppe som enhet, og råder videre til bruk av kunstige sitater med tanke på å abstrahere. Både trinn 2 og 3 innebærer en dekontekstualisering med tanke på det opprinnelige materialet.

Jeg abstraherte kunnskapen som hver kodegruppe representerte, og la til side deler av materialet hvor jeg ikke kunne identifisere meningsbærende enheter som svarte på problemstillingene. Nå sorterte og fortettet jeg de meningsbærende enhetene i grupper etter kodene. Da dette var gjort var materialet redusert til et dekontekstualisert utvalg av sorterte og meningsbærende enheter. Jeg satt således igjen med tre kodegrupper som forhåpentligvis kunne si noe om manuellterapeutenes rolle som primærkontakter. Innenfor den enkelte kodegruppe fant jeg at de omfattet mange ulike nyanser som beskrev forskjellige aspekter rundt manuellterapeutrollen. Jeg sorterte derfor materialet innenfor den enkelte kodegruppe i tilsvarende sub- grupper. Jeg fulgte Malteruds råd om å fortette sentral mening (inkl. meningsvariasjon) i hver kodegruppe i kunstige sitater i jeg form.

Kodegruppe: Primærkontakt Tema: Sykemeldinger	Sentralt meningsinnhold:
Det kan vel ikke være meningen at jeg som manuellterapeut og primærkontakt skal sykemelde så mye som mulig. Jeg skal jo ikke tilstrebe å sykemelde like mye som de andre gruppen. Tallet på sykemeldinger sier derfor veldig lite om primærkontaktrollen, jeg tror dessuten at vi er langt flinkere (enn legene) å få folk raskt tilbake i arbeid samt se på alternativer til sykemeldinger.	Uenig i påstanden om at antall sykemeldinger sier noe vesentlig om utøvelsen av primærkontaktrollen.

Tabell 2: Eksempel fra analysen på meningsfortetning ved kunstige sitat:

Trinn 4 – Sammenfatning fra kondensering til beskrivelser

På dette trinnet satte jeg sammen bitene igjen – rekontekstualiserte materialet. Med utgangspunkt i de kondenserte tekstene (kunstige sitater) og de utvalgte sitatene omformet jeg dette til en analytisk og fortettet tekst for hver kodegruppe. Denne fortettede teksten skulle formidle manuellterapigruppens synspunkter og beskrivelser som igjen representerer resultatene i forskningsprosjektet mitt (Malterud 2013:107). Dette ble skrevet i tredjeperson fordi min rolle på dette trinnet var å gjenfortelle i en mer abstrahert form (Malterud 2013:107). Disse er å finne som inngang i hvert hovedtema, se kapittel 4.

3.7 Etikk

I forbindelse med invitasjonen til fokusgruppeintervjuet ble det sendt ut et informasjonsskriv, der tema, hensikt med undersøkelsen, hvordan intervjuet ville foregå, at det ble tatt opp på bånd, anonymisering og så videre var med. Skrivet inkluderte også en samtykkeerklæring for underskrift, se vedlegg nr. 2. Studien ble ikke søkt inn for Regional etisk komité for medisin og helsefag, siden deltakerne ikke er pasienter, men profesjonelle helsearbeidere. I samråd med veileder, som undersøkte behov for å søke Norsk samfunnsvitenskapelig datatilsyn (NSD), ble dette vurdert til ikke å være nødvendig. Det handlet om at ingen personopplysninger ble tatt opp på båndet eller oppbevart sammen med transkripsjonene.

I et gruppeintervju er det uansett vesentlig å respektere deltakernes synspunkter og ståsted, og oppfordre internt til å gjøre det. Det er likeledes viktig å opplyse om forskerens taushetsplikt, og oppfordre til at erfaringer og eventuelle kontroversielle synspunkter holdes innad i gruppen. I tillegg til Helsinkideklarasjonen (2013) utarbeidet av Verdens legeförening som sammenfatter etiske prinsipper for medisinsk forskning reguleres forskningen av regler og forskrifter i helseforskningsloven og forskningsetikkloven (Malterud 2013:201).

Kvalitative studier innebærer møter mellom mennesker der normer og verdier utgjør viktige elementer av kunnskapen som utveksles og utvikles. Det er derfor viktig at forskeren er kjent med noen av de spesielle etiske utfordringene som dette medfører (Ibid:201). Anonymisering av hva som kommer fram i samtalen i sluttrapporten skal gjelde. I min sammenheng har jeg valgt å kalle deltakerne for deltaker 1, 2, 3 osv.

4 FUNN: ERFARING MED OG SYN PÅ ROLLEN SOM PRIMÆRKONTAKT OG MANUTELLTERAPEUT

I dette kapitelet blir funnene fra intervjuet med gruppen av manuellterapeuter presentert. Funnene er organisert i tre hovedtema: Primærkontakt: Sykemelding og henvisninger som gyldige mål? Manuellterapeut og manuellterapi: Profesjons identitet og praksisutøvelsens grunn og innhold. Primærkontaktrollen: Nye muligheter og utfordringer.

Hovedtema to og tre har også undertema. Under hvert hovedtema gis det først en komprimert gjengivelse av det viktigste meningsinnholdet, så utdypes dette mer i detalj og fulgt av illustrerende sitater. Jeg vil også ta med litt om stemningen og engasjementet, som kan ha betydning for det som kom fram.

Det var en høflig og avventende stemning før selv intervjuet kom i gang.

4.1 Primærkontakt: Sykemelding og henvisning som gyldige mål?

Deltakerne tok sterkt til orde for at tallet på sykemeldinger sa lite om manuellterapeuters bruk av primærkontaktrollen. Det var enighet om at det ikke var noe mål i seg selv å sykemelde så mye som mulig, samt at det ble hevdet at manuellterapeuter var langt flinkere enn andre behandlere til å få folk tilbake i arbeid. Sykemelding ble kun brukt når det var fornuftig å gjøre dette og på bakgrunn av grundig utredning. Det ble likevel påpekt av flere at det var påfallende om man i en moderne manuellterapi praksis unnlot å sykemelde, samt at sykemeldingsomfanget hadde en sammenheng med hvor fort de kunne ta inn nye pasienter. Feilkilder knyttet til registrering ble også trukket frem. Det ble videre hevdet at omfanget av henvisning til radiologi og spesialistutredning kanskje kan være et vel så godt mål på manuellterapeuters bruk av primærkontaktrollen som omfang sykemeldinger.

Diskusjonen ble innledet med å vise til påstander fra kollegaer i fagtidsskrifter (Garbo 2012:7, Fredriksen 2012; 2; 3) om at manuellterapeuter sykemelder lite, og at det er tegn på at gruppen ikke tar eller ikke i stor nok grad tar primærkontaktrollen i bruk. Dette vakte umiddelbart sterkt engasjement i gruppen, hvorpå en av deltakerne raskt grep ordet og uttrykte sterk uenighet i påstanden:

” Her er det behov for å avklaring og jeg vil gripe tak i utsagn om at det er så få MT-ere som tar i bruk virkemidlene, jeg mener dette er håpløse påstander. Det kan vel ikke være meningen at vi som MT-ere eller primærkontakter skal sykemelde så mye som

mulig, eller henwise flest mulig. Primærkontaktrollen har gitt nye muligheter til å definere egen praksis, det er blitt mye enklere for oss og pasienten nå da vi kan følge pasienten fra A til Å.” (deltaker 1)

Debatten skjøt etter dette umiddelbart fart, og de andre hang seg på uten oppfordring. Spørsmålet ble altså umiddelbart reist om gyldigheten av sykemelding som mål på manuellterapeuters bruk av primærkontaktrollen. Deltakerne var uenige i kritikken om at de ikke sykemeldte tilstrekkelig, og det ble hevdet at en forklaring var at de kunne sette i gang tiltak som gjorde det unødvendig å sykemelde.

” Vi kan sette i gang tiltak som gjør at vi ikke trenger å sykemelde, dette er jo nettopp litt av poenget med at de kommer til oss som manuellterapeuter og primærkontakter framfor å gå til fastlegen å få voltaren og sykemelding i fjorten dager, vi kan gjøre andre tiltak og dermed unngå sykemelding.” (deltaker 3)

De var av den klare oppfatningen at manuellterapeutenes rolle som primærkontakter og deres koordineringsansvar ikke kan måles i antall sykemeldinger. Man må finne en annen måte å måle eller vurdere denne funksjonen på. Det ble fremhevet som positivt at de som gruppebehandlere tenker annerledes enn primærleger og kiropraktorer, det vil si som sykemelder mindre og som etter egen oppfatning i større grad får pasientene bra.

” Den vanlige oppfatningen fra NAV’s side har vært at legene sykemelder alt for mye. De bør jo bare være glade for at her har vi en gruppe som får pasientene bra og sykemelder pasienten mye mindre. Dette må jo være strålende så jeg skjønner ikke at ikke vi får hurra rop fra NAV.” (Deltaker 1)

En nærmest summende enighet ble uttrykt i rommet. Noen av deltakerne sykemeldte imidlertid relativt mye fordi pasienten kom direkte til dem, de sykemeldte når det var nødvendig, ble det understreket, ikke for å få opp omfanget av sykemeldinger. De var imidlertid av den oppfatning at det var viktig å ha kontroll på antall sykemeldinger og

henvisninger. Gruppen var samstemt om at å bruke dette for å måle manuellterapeutenes utøvelse av primærkontaktrollen var feil.

” Når det gjelder sykemeldinger har jeg sett litt på statistikken min, de varierer veldig i antall, først og fremst ettersom hvor flink jeg er til å ta inn nye pasienter. I de periodene hvor jeg ikke greier dette og pasienten må vente noen uker har de allerede fått sykemelding av legen sin. Dette betyr at tallet på sykemeldinger derfor sier lite om vår primærkontaktrolle.” (Deltaker 5)

Deltakerne var også av den oppfatning at det var noen feilkilder i forbindelse med registrering av sykemeldinger blant annet når manuellterapeuter arbeider privat og sykemelder utløses det ofte ikke takst.

” jeg jobber en del privat og en del med tilskudd, og det er stor forskjell på populasjonen her. Det har den konsekvens at jeg sykemelder mye mer i den private driften da dette ofte er pasienter med en kort sykehistorie. Mens det på refusjon ofte er slik at pasientene har noe mer langvarige plager og sykemelding allerede er foretatt av fastlegen. Du trenger ikke da ta hånd om den biten i like stor grad. Paradokset er at den statistikken NAV baserer seg på er takstene som brukes i forbindelse med sykemelding, når det gjelder den private driften tar jeg ikke noen takst for dette slik at dette registreres ikke i NAV’s system. Dette er en stor feilkilde med hensyn til registrering og dokumentering av sykemelding som parameter for om man fyller rollen eller ikke.” (Deltaker 3)

Tydeligvis kjente ikke alle deltakerne til dette, det ble stilt noen klargjørende spørsmål som fikk fram og tydeliggjorde feilkildene. Deltakerne ble nærmest rystet over at det er mulig.

Det ble uttrykt enighet om at det var et paradoks om pasienten gikk til andre og fikk sykemelding, og når det ble informert om at det var over hundre manuellterapeuter som aldri sykemeldte i henholdt til registrerte sykemeldinger ble de overrasket og syntes tallet var høyt.

Det ble også antydnet senere i diskusjonen fra et par av deltakerne at de kjente til MT- ere som nølte med å ta i bruk sykemeldingsretten primærkontaktrollen gir.

Retten til å henvise til radiologi og spesialistutredning følger også med primærkontaktrollen. Omfanget av henvisninger ble diskutert på lignende måte som sykemelding. Deltakerne var enige i at det var et kvalitetstegn for yrkesgruppen at de forholdt seg til retningslinjene for henvisning til radiologi og spesialist og en av deltakerne fortalte: ” På et kurs ved NTNU hadde de kjørt et prosjekt for å kvalitetssikre henvisninger hvor manuellterapeuter kom klart best ut av samtlige. De hadde bedre henvisninger enn både kiropraktorer, turnusleger og fastleger.” (Deltaker 4). Noen av deltakerne fortalte videre at de bruker mer henvisning til spesialist og radiologi enn de bruker sykemeldinger, samt at det ikke utløses takst for henvisninger, dermed registreres det ikke noe tall for dette. De mente at disse tallene hadde vært like viktige som sykemeldingstallene i forhold til å si noe om utøvelsen av primærkontaktrollen.

Det var altså stort engasjement i gruppen under denne diskusjonen, og først og fremst med uttrykt enighet, men med nyanseringer. Første del av intervjuet pågikk uten avbrudd av moderator, diskusjonen spant avgårde mellom deltakerne.

4.2 Manuellterapeut og manuell terapi: Profesjons identitet og praksisutøvelsens grunn og innhold i forhold til fysioterapi og kiropraktikk

Deltakerne var av den oppfatning at de som yrkesutøvere ikke hadde noe ”identitetsproblem”, selv om yrkesrollen med primærkontaktfunksjonen innebar noe mer enn før. Det kom likevel fram enkelte erfaringer og synspunkter som antydte at deres rolle som manuellterapeuter hadde blitt både styrket og utfordret. Det kom videre sterkt fram at for få kjente til hva manuellterapi var. Enighet om at det var viet for liten oppmerksomhet og innsats for å gjøre manuellterapeutene kjent som yrkesgruppe i befolkningen ble uttrykt. Det kom videre fram at gruppen stilte seg bak at selv om man var manuellterapeut så var man ikke av den grunn mindre fysioterapeut. Bredden bakgrunnen som fysioterapeut innebar ble altså fremhevet som viktig del av deres yrkesidentitet. Deltakerne uttrykte sterkt at de ikke ønsket å bli sammenlignet med kiropraktorene, og hevdet at de hadde en vesentlig forskjellig fagprofil og praksisprofil.

4.2.1 Kunnskap om manuellterapi i befolkningen

Identitet som manuellterapeut ble først vinklet mot kunnskap om manuellterapeuters tilbud og kompetanse i befolkningen noe gruppen selv brakte opp. Det ble stilt spørsmål om det var slik at mange ikke kjente til hva en manuellterapeut var eller kunne tilby, og det var enighet om at dette var tilfelle. Det ble hevdet at slik ville det ikke vært om de hadde vært nødt til å

konkurrere for å få tak i pasienter. ” *Vi har hatt det altfor godt som manuellterapeuter altfor lenge, og har måttet fighte altfor lite for å tjene penger og ha pasienter.* ” (Deltaker 1)

Markedsføring av manuellterapi har ikke blitt gjort, og deltakerne var samlet i oppfatningen om at dette har vært en forsømt område i mange år. Kvalitet må imidlertid være prioritert nummer en: ” *Jeg opplever at den beste markedsføringen vi har er kvaliteten i det vi gjør.* ” (Deltaker 5)

Det ble stilt spørsmål om manuellterapeutene som yrkesgruppe hadde et identitetsproblem, en av deltakerne tok umiddelbart ordet og avkreftet at han personlig ikke hadde noe ”identitetsproblem” som MT-er, men at han fullt ut støttet det synet at manuellterapi var en for dårlig kjent profesjon i befolkningen. Han uttalte: ” *Sier du at du er manuellterapeut lurer pasienten på hva dette er, de spør om det er et helgekurs.... du kjenner nesten at rullegardinen går ned.....de skulle bare visst hvor mye arbeid som ligger bak.* ” (Deltaker 4)

En annen deltaker fortsatte med å si: ” *Når du har brukt et kvarter på å forklare pasientene dette så ser de på deg og sier å ja dere gjør sånn som kiropraktorene gjør.* ” (Deltaker 1)

Det brøt ut kraftig latter blant deltakerne og samtykkende nikk. Samme deltaker fortsatt med å presisere at kiropraktorene har vært flinke å markedsføre seg.

Det kom altså fram at de som yrkesgruppe ikke hadde noe ”identitetsproblem” i den betydning at de var utrygge på egen profesjonelle identitet, men at de hadde forståelse for at publikum der ute var forvirret over ”*alle disse terapeutene*”. Det ble likevel hevdet at den beste markedsføringen er kvaliteten i det manuellterapeutene gjør, og at MT-ere ikke bør kaste seg på en aggressiv markedsføring. Det er viktig, slik en av deltakerne sa: ”*å finne en balansegang og ikke miste den nøkterne, selvkritiske og sjølransakende delen av faget.* ” (Deltaker 5)

4.2.2 Fysioterapeut eller manuellterapeut?

Samtalen førte hen til en diskusjon som har pågått i mange år, nemlig om gruppen skal se på seg selv som fysioterapeuter eller manuellterapeuter, eller begge deler. Det ble uttrykt harme over uttalelser fra kollegaer som kunne antyde en undervurdering av den jobben som ble gjort av fysioterapeuter. Det ble understreket at: ”*selv om man velger å være manuellterapeut så er man ikke mindre fysioterapeut.* ” (Deltaker 3)

Men, man velger å ha fokuset først og fremst på manuellterapi-kunnskapen og kompetansen. Det var dessuten deltakere i gruppen som ga uttrykk for at de hadde merket motstand fra

fysioterapikolleger i forbindelse med å la manuellerapeuter få driftstilskudd, noe de anså som en fare om man distanserte seg fra fysioterapien. Kompetansen knyttet til å være fysioterapeut ble fremhevet som selve fundamentet for manuellerapi, og bredden i behandlingstilnærmingen som den store forskjellen fra kiropraktors kompetanse og behandlingstilbud.

En av deltakerne var av den oppfatning at hvordan du definerte deg som manuellerapeut var avhengig av hvordan du tenkte, han hadde følgende uttalelse:

” Noen er av den oppfatning at når de kommer fra en rolle som fysioterapeut med en bred base i bunnen, snevres denne inn, den spisses og man ønsker kun å ta toppen av ”isfjellet”. Alternativt er det mulig å tenke seg at man står på den brede fysioterapibasen og som manuellerapeut faktisk utvider denne, du har flere verktøy og mer å tilby dine pasienter.” (Deltaker 3)

4.2.3 Manuellerapeut til forskjell fra kiropraktor

Deltakerne mente at kiropraktorene manglet den etablerte kunnskapen som ligger i fysioterapifaget innenfor rehabilitering av ulike pasientgrupper og grunnforståelsen for helseproblemer som pasientene presenterer, for eksempel uttrykt slik: *”Det er en helt annen grunnforståelse for problemer som pasientene presenterer.”* (Deltaker 3)

Flere av deltakerne mente at det var sterke krefter som vil benytte seg av utsagn om at manuellerapeutene ikke bruker sykemeldingsfunksjonen, dette for å få tatt fra dem denne rettigheten. I denne sammenheng uttalte en av deltakerne at det var svært viktig å komme raskt på banen for å informere om at: *” Vår praksis er vesentlig forskjellig fra kiropraktorenes.”* (Deltaker 3)

Gruppen var samstemt i at de som utøvende manuellerapeuter ikke ønsket å bli sammenlignet med kiropraktors praksis og ikke ønsket å tilnærme seg dem. En av deltakerne uttalte likevel at kiropraktorene har en praksis som er mer lik en manuellerapeut uten driftstilskudd, og fikk støtte fra gruppen. Det ble igjen understreket at det ikke var hensikten at manuellerapeutene, selv om de var primærkontakter, skulle drive tilsvarende som kiropraktorene, som for eksempel her knyttet til bruk av tid på hver pasient: *” Jeg tenker at hvis jeg skulle jobbe på samme måte og med samme tidsintervall som de fleste*

kiropraktorer som jeg kjenner til gjør ville jeg følt at jeg gjorde en uforsvarlig jobb rett og slett.” (Deltaker 3)

Det var enighet om at å drive som kiropraktorene ville bety at hele manuellterapifaget må omdefineres. Manuellterapi har tradisjonelt vært basert på en biomekanisk forståelsesmodell. I de senere årene har den biopsykososiale forståelsesmodellen vunnet terreng innen manuellterapi, som ellers i det medisinske miljøet, dette i motsetning til kiropraktorene som fortsatt er basert på den biomekaniske modellen. Det ble sterkt hevdet at en manuell terapi-vurdering av pasienter inkluderer både biologiske, psykologiske og sosiale forhold. En av deltakerne sa med det som utgangspunkt at: ” *Jeg kunne ikke ha gjort den jobben jeg gjør om jeg skulle ha hatt fire pasienter i timen.* ” (Deltaker 3)

Å sammenligne manuellterapi med kiropraktikk bero altså på en misforståelse. Det var det enighet om blant deltakerne. En hevdet også at pasientene i stor grad dikterer sykemeldings- og henvisningspraksis hos kiropraktorene, og at dette kunne knyttes til en mer markeds- og konkurranserettet profil hos denne yrkesgruppen enn hos manuellterapeutene. Utsagn fra kiropraktorer ble gjengitt som følgende: ” *Om ikke vi sykemelder eller henviser vil noen andre gjøre dette.* ” (Deltaker 2)

Det var altså stor enighet om at det var viktig å holde på den romslige tidsbruken man har i dag. En grundig anamnese og undersøkelse ble tydelig pekt på som en viktig del av manuellterapeutenes profesjonelle identitet. Denne uttalelsen fra pasienter ble fremhevet som vanlig av en deltaker: ” *Jeg har aldri har blitt undersøkt så grundig.* ” (Deltaker 3)

Det er tydelig gjenkjennelse rundt bordet som ble uttrykt ved bekræftende nikk og summende ”mmm”.

4.3 Primærkontaktrollen: Nye muligheter og utfordringer

Deltakerne la vekt på at primærkontaktrollen innebar nærmest å være ”fastleger” for pasientene sine, og at det var en vesentlig del av primærkontaktrollen å kunne følge pasienten fra A til Å. Oppfatningen om at det var nettopp dette som var intensjonen med primærkontaktrollen ble uttrykt.

Det var dessuten erfaringer med at pasientene kom tilbake når det hadde oppstått nye plager fra muskel- og skjelettsystemet, og at de ble foretrukket eller anbefalt når

familiemedlemmer eller venner trengte en vurdering eller behandling av en manuellterapeut. Det innebar også erfaring med at det hadde utviklet seg en trygghet mellom manuellterapeuten og pasienten, hvilket også kunne medføre at pasienten betrodde seg under behandlingen. Eksempler ble også gitt på at manuellterapeutene ofte endte opp med pasienter som hadde sirkulert lenge i behandlingsapparatet. Deltakerne var av den oppfatning at det var naturlig å bruke tid på å komme inn i rollen som manuellterapeut og primærkontakt, samtidig ble det uttrykt bekymring for at noen vegret seg for å ta rollen fullt ut i bruk. Det var videre enighet om at selv om de var blitt primærkontakter var de primært behandlere. Det ble vektlagt at den enkelte måtte finne sin plass i systemet og skape sin egen praksis, samt at det i den sammenheng vil være forskjeller på en by-praksis og en i distriktet.

Primærkontaktrollen medførte utvilsomt betydelig mer administrativt arbeid, noen var av den oppfatning at dette var en naturlig del av jobben og av deres identitet som terapeuter, og likte denne delen av jobben, og mente at dette var god markedsføring for manuellterapeutene. Deltakerne var enig om at det var på sin plass å endre rammebetingelsene i form av bedret økonomisk uttelling for denne delen av jobben.

4.3.1 "Fastlege" for pasientene, men primært behandler

Det kom fram i gruppen at flere følte seg nærmest som "fastleger" for sine pasienter, og at de som manuellterapeuter nå kunne styre hele utrednings- og behandlingsprosessen. En av deltakerne sa: *"Jeg har pasienter med muskel og skjelett plager hvor jeg på en måte er "fastlegen" deres hvor vi ordner alt. Vi styrer det hele, de er fornøyd og jeg er fornøyd."* (Deltaker 3) Denne funksjonen mente deltakerne hadde blitt langt tydeligere og med flere elementer enn før primærkontaktrollen for manuellterapeutene var et faktum. En av deltakerne kom med følgende uttalelse i forlengelsen av dette: *"Det verste de kunne gjøre for pasientene var å gi slipp på behandlerrollen, andre ting må komme i tillegg ikke istedenfor."* (Deltaker 1) Dette var et synspunkt gruppen stilte seg sterkt bak.

Det ble stilte spørsmål om hva intensjonen med primærkontaktrollen skulle være, hvorpå en av deltakerne uttalte: *"hensikten med primærkontaktrollen var at det skulle bli mer effektivt for pasientene ?."* (Deltaker 1)

Det kom bekreftende nikk og samstemt summing fra de øvrige deltakerne.

En sa: *"Dette (å innføre primærkontaktrollen for MTer) har definitivt fungert etter intensjonene, og tilbakemeldingen fra pasientene har vært udelt positive."* (Deltaker 1)

4.3.2 By og land – betydning for utforming av primærkontaktrollen

Det ble igjen referert til en av artiklene og det ble kommentert at de som uttaler seg der ikke praktiserer i de større byene, og at deres praksis derfor vil være annerledes og ikke direkte sammenlignbar med by-praksiser. Det ble for eksempel uttalt: *”Primærkontaktrollen er vel kanskje litt annerledes og må være litt annerledes der enn i byene.”* (Deltaker 4) En av deltakerne mente at det har vært gjort mange forsøk på å definere manuellterapeuter og manuellterapi praksis, og at det meste har vært mislykket: *”Når du har fått ”lisensen” har du muligheten til å forme din egen praksis, og alle vil bli forskjellige.”* (Deltaker 1)

Deltakerne understreket videre at det var viktig å finne sin plass i dette systemet / helsevesenet, og at det vil være forskjeller alt etter hvor du jobber og hvilket tilbud det for øvrig er til lokal befolkningen. En klar oppfatningen kom frem, nemlig at en by praksis på mange måter vil være annerledes enn en praksis i distriktet, som denne uttalelsen representerer: *”Det vil være stor forskjell på å være manuellterapeut på Sortland og i Bergen.”* (Deltaker 1) Både med hensyn til geografiske avstander, men ikke minst konkurransen, kommenterer en annen av deltakerne videre: *”Jeg tror nok at en by praksis vil være annerledes på mange måter.”* (Deltaker 3)

4.3.3 Primærkontaktrollen – en rolle å vokse inn i : Om faglighet – administrasjon og økonomi

Det ble nok en gang henvisning til artiklene som tidligere var presentert, hvor det var kommet fram påstander om at det var vegring blant manuellterapeutene på grunn av usikkerhet og mangelfull opplæring, samt at de slet med å omstille seg til den nye praksishverdagen som påstått årsak til at manuellterapeutene ikke fullt ut tar primærkontaktrollen i bruk.

En av deltakerne kommenterer raskt at: *”dette ikke er mitt inntrykk.....”* (Deltaker 3) Det er summende og samtykkende mmm... blant deltakerne. En annen fulgte opp med kommentaren: *”Da må man i så fall gjøre noe med det.”* (Deltaker 5) Fortsatt summende samtykke i gruppen. Denne tematikken ble utdypet ved at denne oppfatningen kom fram: det vil være naturlig å bruke litt tid på å opparbeide den nødvendig struktur, rutine og kompetanse som skal til for å håndtere pasientene, fastlegen og andre du skal forholde deg til som primærkontakt. En av deltakerne uttalte: *”Å være primærkontakt er en rolle du skal modnes og vokse inn i .”* (Deltaker 1) I forlengelsen av dette kom det flere synspunkter, som for eksempel at det var opplevd som svært viktig at man tok vare på og opparbeidet et nettverk av kollegaer som man lett kunne ta kontakt med og stille spørsmål til den første tiden. Deltakerne var av den oppfatning at det alltid vil være store individuelle forskjeller på hvordan man takler

primærkontaktrollen. De hadde erfaring med at noen bare kastet seg ut i det og satte i gang å bruke ”verktøyene” en hadde til rådighet, mens andre trengte mer tid.

I sammenheng med dette kom sykemeldingsdebatten opp igjen. Deltakerne utelukket ikke at manuellterapeutene totalt sett som gruppe burde sykemelde mer enn de gjør, slik altså statistikken antyder, og det ble samtidig uttrykt: *”At det er bekymringsfullt at noen vegrer seg for å bruke sykemeldingsfunksjonen, og vi kan bare lure på hva dette skyldes.”* (Deltaker 3)

En av deltakerne uttaler: *”Det er et paradoks om de går til andre og får sykemelding !.”* (Deltaker 4) Det ble imidlertid understreket flere ganger at å sykemelde og henvise er en rettighet de kan hjelpe med, ingen plikt eller pålegg. En av deltakerne uttalte: *”De kan jo gjøre en god jobb som MT - behandlere uten at de fungerer som primærkontakt.”* (Deltaker 1)

Deltakerne var enige om at primærkontaktrollen utvilsomt har ført til mer administrativt arbeid slik uttalt her: *”Det er en del arbeid, og til tider kjenner jeg på at jeg kunne ha gjort mer, og vært enda mer nøye, det er litt samvittighets gnag i perioder. Fordi det tar mye tid, må man være nøktern å prioritere.”* (Deltaker 3) Noen av deltakerne brukte ofte lunsjen på dokumentasjon og skrivearbeid, andre satt ofte etter ordinær arbeidstid. En av deltakerne uttalte: *”Jeg vil påstå at det er en del ekstraarbeid som er ubetalt.”* (Deltaker 5)

Samlet var gruppen av den oppfatningen at dette var et relativt tidkrevende ulønnet arbeid. Det syntes imidlertid som om gruppen ikke anså dette som noe stort problem. Det ble trukket fram at dette var en del av deres arbeidsrolle, og noen av deltakeren uttalte at de likte å jobbe på denne måten med å dokumentere hva som ble gjort. En av deltakerne sa:

”Skal du skrive ut en henvisning eller lignende og du er nesten ferdig med behandlingen, så sier du at nå er vi ferdig med det vi skal gjøre i dag, også brukes resten av tiden til å gjøre ferdig det de skal ha med seg, dette aksepterer pasientene.”
(Deltaker 1)

En annen uttrykte at han følte at det styrket hans identitet som behandler og primærkontakt å arbeide på denne måten. Noen mente dessuten at det var god markedsføring for manuellterapeutene å sende fra seg gode epikriser som viste grundige undersøkelser. Det ble kommentert at dette var de enige i, men at de likevel tvilte på om det var noen som leste disse. En sa: *”Jeg har hatt noen leger som pasienter og de sier de ikke leser det.”* (Deltaker 4)

Det ble også diskutert at det i økende grad var begynt å komme forespørsler fra pasientene om blant annet utskrifter og bekreftelser som legekantorene tidligere håndterte. Dette kom ofte på e-mail eller telefon hvilket medførte en del ekstra arbeid.

I denne forbindelsen kom man etter hvert inn på at det ville være på sin plass å diskutere rammebetingelsene og det ble uttalt: *"Du gjør en del av det arbeidet som legene gjør og de får betalt for det, da er det på sin plass å spørre hvorfor får ikke vi betalt for akkurat samme type arbeid?"* (Deltaker 1)

Deltakerne var enige om at det til tider kunne være hektisk å være manuellterapeut. Bedre kompensasjon for dokumentasjon, skrivearbeid og sekretærtjenester kunne ha lettet hverdagen. Det ble imidlertid påpekt at takstsystemet var relativt fleksibelt, men ønsket om litt bedre betalt for administrative oppgaver stod likevel ved lag.

5. DISKUSJON

Dette kapittelet starter med en diskusjon av funn fra studien, og avsluttes med metodediskusjon.

5.1 Diskusjon av funn

I dette avsnittet blir de viktigste funnene presentert i forrige kapittel diskutert. Diskusjonen er organisert i to tema: Primærkontakt: Sykemelding og henvisninger som gyldige mål? og videre Manuellterapeut og manuellterapi: Profesjonsidentitet og nye muligheter og utfordringer med primærkontaktrollen.

Primærkontakt: Sykemelding og henvisninger som gyldige mål?

I studien ble det tatt utgangspunkt i påstander fra manuellterapeuter selv om at alt for få manuellterapeuter i Norge benytter retten til å sykemelde pasientene sine, samt at det er på høy tid at flere begynner å praktisere som primærkontakter og slik oppfyller intensjonene med denne rollen. En høringsuttalelse fra Helse Bergen uttaler noe av det samme (Helse Bergen 2014). Deltakerne i vår studie delte absolutt ikke dette synet, verken å bruke sykemeldinger som mål for utøvelsen av primærkontaktrollen eller at innføringen av primærkontaktrollen ikke fungerte etter intensjonen.

Kritikerne viser til statistikk fra Helfo (2011) som forteller at manuellterapeuter i langt mindre grad enn kiropraktorene bruker sykemeldinger, og de bruker uttrykket *"en ikke aktør i sykemeldingsarbeidet på landsbasis"* (Garbo 2012:6). Dermed konkluderes det med at

manuellterapeutene ikke tar i bruk primærkontaktrollen. Deltakerne argumenterte altså imot dette med at deres koordineringsansvar som primærkontakter ikke kunne måles i antall sykemeldinger, først og fremst ut fra at et stort omfang av sykemelding ikke bør være et mål å strebe etter, som jeg kommer tilbake til. I denne sammenheng er det også at våre deltakere trekker frem mulige feilkilder i sykemeldingsstatistikken knyttet til registrering. Det lave antallet sykemeldinger fra manuellterapeuter kan delvis skyldes at de som jobber privat ikke blir registrert ganske enkelt fordi de ikke utløser takst. Dessuten ble det trukket frem at sykemeldingsomfanget hadde sammenheng med hvor fort de kunne ta inn nye pasienter. Dette er viktige momenter som i alle fall til dels utfordrer påstander om underbruk av sykemeldinger. Et annet moment å trekke inn er at statistikk fra Helfo (2011) også viser at det er store geografiske forskjeller, hvilket får meg til å reflektere over i hvilken grad deltakerne i studien bruker sykemeldinger i forhold til lands- gjennomsnittet.

Under intervjuet formidlet jeg altså synpunkter og påstander fra sentrale manuellterapeuter, som jeg i det minste antok at noen av deltakerne ville dele. Det var ikke tilfelle. Samlet likte gruppen ikke påstandene som ble presentert, og de ble nesten litt provosert av uttalelsene. Deltakerne identifiserte seg altså ikke med påstandene om at de ikke fungerte som primærkontakter. I den sammenheng hadde de stor tillit til sin egen kompetanse, yrkesutøvelse og integritet, og hevdet at de var gode til å bidra til å unngå sykemelding. De ønsket ikke å bli sammenlignet med andre primærkontakter og i hvert fall ikke med kiropraktorene. Dette får meg til å reflektere over hvor forskjellig oppfatning det er om hva primærkontaktrollen innebærer og hvordan den skal utøves. Sykdom og skader i muskel- og skjelettsystemet er den viktigste årsaken til sykefravær og uførepensjoneringer. Disse sykdommene koster samfunnet mellom 69-73 milliarder kroner i året (Lærum 2013). Således kan det nesten virke som et paradoks å kritisere manuellterapeutene for ikke å sykmelde mer enn de gjør, de har jo nettopp fått i oppgave å være primærkontakter for dermed å bidra til tidlig intervensjon ovenfor pasienter med muskel og skjelettlidelser. Det er vel dokumentert at tidlig intervensjon bidrar til at folk blir raskere friske og til reduksjon av kostnadene ved sykefravær (St.mld. 2008-2009;47).

Deltakerne mente altså at det ikke var noe mål i seg selv å bruke sykemelding så mye som mulig, de var heller av den oppfatning at omfanget av henvisning til radiologi og spesialistutredning var et vel så godt mål på manuellterapeuters bruk av primærkontaktrollen, og ofte et bidrag for å få folk friske og raskest mulig tilbake i arbeid. Dette argumentet blir imidlertid imøtegått i en Høringsuttalelse fra Helse Bergen HF (2014), hvor det blir uttrykt at

manuellterapeutene sjelden og aldri henviser pasienter med langvarige nakke- og ryggplager til deres tverrfaglige nakke- og ryggpoliklinikk. Det motstridende i dette kan med fordel utforskes nærmere.

Manuellterapeuten skal som primærkontakt være i tett dialog med fastlegen, arbeidsgiver og NAV med tanke på tilbakeføring til arbeidslivet, slik for eksempel avtalen om inkluderende arbeidsliv legger rammer for og som det understrekes av Galåen (2012, nr. 8;10). Deltakerne i studien mente at det var nettopp slik de arbeidet. De uttrykte at de var seg sitt koordineringsansvar som primærkontakter bevisst, og deres utøvelse av rollen måtte vurderes på basis av dette.

Forsøksprosjektet (SINTEF 2003) viste også at det kunne være betydelig potensial for besparelser dersom flere muskel- og skjelettpasienter gikk direkte til manuellterapeut i stedet for via fastlege. Evaluering av prøveprosjektet (ibid.) for manuellterapeuter og kiropraktorer der altså henvisningskravet til manuellterapeuter og kiropraktorer ble fjernet konkluderte totalt sett med at målsetningen langt på vei ble oppnådd når det gjaldt ressursutnyttelse, samarbeid, brukertilfredshet og samfunnsøkonomi. Denne rapporten antyder altså en helt annen konklusjon enn artiklene denne studien dels tok utgangspunkt i. Bury og Stoke (2013) har i sin studie konkludert med at ordningen ”direkte tilgang” til fysioterapi har fungert i form av å være effektivitets- og kostnadsbesparende. Sett i lys av dette kan det sies at primærkontaktrollen inneholder langt mer enn bare å sykemelde, og dermed må vurderes på et bredere grunnlag. Det er altså i denne sammenheng at manuellterapeutene i min studie la stor vekt på sin faglige dyktighet og integritet. Det ble til og med hevdet at manuellterapeuter hadde tiltak og behandlingsverktøy som gjorde at de var langt flinkere enn andre behandlere til å få folk tilbake i arbeid og dermed ikke trengte å sykemelde så mye. Det var, slik allerede poengtert, stor enighet om at det ikke var noe mål i seg selv å sykemelde så mye som mulig, samt at det må finnes andre måter å registre og måle manuellterapeutenes virke og funksjon som primærkontakter.

Manuellterapeut og manuellterapi: Profesjons- identitet og nye muligheter og utfordringer med primærkontaktrollen

Deltakerne var altså av den oppfatning at de som yrkesutøvere ikke hadde noe ”identitetsproblem”, selv om yrkesrollen med primærkontaktfunksjonen innebar noe mer enn før. Det kom likevel fram enkelte erfaringer og synspunkter som antydte at deres rolle som

manuellterapeuter hadde blitt både styrket og utfordret. Med primærkontaktrollen kan en altså anta at identiteten som profesjonell utøver for den enkelte og for gruppen er blitt påvirket. Det antyder også enkelte diskusjoner som pågår i MT-gruppen offisielt. For eksempel spørsmålet om egen autorisasjon med videre. Heggen sier at dersom vi ønsker å fortelle om identitet relatert til en profesjon må vi utvide forståelsen av identitet til å omfatte en kollektiv dimensjon, men at den kollektiv orienterte identiteten utvikles med utgangspunkt i selvidentiteten (her den enkeltes profesjonelle identitet) (Heggen 2008:234). I vår sammenheng er det rimelig å hevde at det var viktig for deltakerne å fronte et relativt samstemt bilde av sin rolle som manuellterapeuter, altså en kollektiv profesjonsidentitet. Det betyr likevel at det kom fram i denne gruppen manuellterapeuter uenighet med enkelte standpunkter hevdet innenfor egen yrkesgruppe.

Hva handlet så styrking og utfordring av rollen som manuellterapeut om med innføring av primærkontaktrollen som basis? På en side handlet det altså om å posisjonere seg i forhold til kiropraktorene, den helseprofesjonen manuellterapeuter oftest blir sammenlignet med. På den andre siden kom det fram en identifisering med fysioterapikompetansen de hadde ”i bunnen”. Dessuten handlet det om å kunne følge pasienten gjennom hele behandlingsforløpet i større grad enn før, med konsekvenser for hva terapeutrollen kunne inneholde og for hvordan de brukte sin faglige kompetanse.

Som vi har sett, uttrykte deltakerne sterkt at de ikke ønsket å bli sammenlignet med kiropraktorene, og hevdet at de hadde en vesentlig forskjellig fag og praksisprofil. Profesjonsidentitet bruker Heggen som begrep på denne kollektive identiteten som manuellterapeutene uttrykker (Heggen 2008:323). Manuellterapeutenes faglig ballast har nettopp vært argument for hva som gjør manuellterapeutene så velegnet til å ta imot pasienten direkte. I gruppesamtalen la deltakerne vekt på sin kompetanse som dyktige på å utrede og behandle pasienter med muskelskjelettplager, med både bredde og spisskompetanse som avgjørende. Dette skapte altså gjenkjenning i gruppen og- et kollektivt handlingsgrunnlag (Ibid:323).

Primærkontaktrollen har medført endringer for manuellterapeutene som yrkesgruppe. Som primærkontakt har manuellterapeuten henvisningsrett til fysioterapeuter, spesialist-tjenester og bildediagnostikk, og de kan sykemelde pasienter. Med henvisningsrett ble det understreket at ansvaret hadde økt med tanke på god og forsvarlig utredning (inkludert ikke å henvise til videre utredning). Med større mulighet til å følge pasienten fra A til Å, la de videre sterkt vekt på viktigheten av å følge opp pasienten, inkludert med tanke på råd og tiltak for

dagliglivet, unngå eller gi sykemelding alt etter hva som ble vurdert som tjenlig for den enkelte pasient. Individuelt tilpasset behandling i en reell utøvelse som primærkontakt var stikkord. Hele veien la de vekt på kvalitativt gode og forsvarlige faglige begrunnelser. Med primærkontaktrollen kan det altså hevdes at utfordringer og muligheter til å nytte hele bredden av kompetansen sin i en behandlingskontekst som kan innebære enda grundigere utredning og oppfølging enn tidligere, med konsekvenser for hvordan en ser på identiteten som manuellterapeut, og hvordan en ønsker å bli sett på.

Deltakerne i gruppen utelukket likevel ikke at manuellterapeutene som gruppe burde sykemelde mer enn de gjør. Deltakerne var dessuten enige om at primærkontaktrollen utvilsomt medførte økt administrativt arbeid. Gruppen var imidlertid samstemt om at dette var en del av deres arbeidsrolle, som styrket deres identitet som behandlere, til tross for at dette var relativt tidkrevende ulønnet arbeid. Også her var altså Hovedstandpunktet at primærkontaktrollen styrket deres profesjonsidentitet. Med pasientperspektivet som utgangspunkt konkluderte Ludvigsson og Enhoven (2012) med at pasienter som fikk møte fysioterapeuten istedenfor legen i første konsultasjon var signifikant mer fornøyd enn de som møtte legen i første møtepunkt. Det antyder at manuellterapeuter ivaretar primærkontaktrollen godt. Dette er imidlertid bare en undersøkelse, og må tolkes som nettopp det.

Vi har sett at manuellterapeutene hevdet og gav eksempler på at primærkontaktrollen hadde utvidet og styrket deres rolle som utreder og terapeuter, og at det hadde sine utfordringer.

Potensialet for betydelige økonomiske besparelser har utvilsomt vært en viktig faktor for politikerne ved å gå til det skritt å tildele manuellterapeutene primærkontaktrollen og de rettighetene dette medfører. Bury og Stokes (2013) antyder altså også i en studie at det er mye som taler for at ”direct access” vil være klinisk-og kostnadseffektivt.

Dette medfører også forpliktelser i form av å ta ordningen i bruk. Jeg anser dette som et mulig motiv for å skrive de nevnte artiklene i fagtidsskriftene.

Min studie har bidratt til å nyansere disse innspillene, stille spørsmål tilbake og har satt registrering av, og omfang sykemeldinger inn i en mer sammensatt kontekst.

Et siste moment å trekke inn, er en ytre definisjon av profesjonen. I dag arbeider det mellom 400 – 500 manuellterapeuter i Norge, men fortsatt er det lite kjent i befolkningen hva en manuellterapeut er og hva de gjør. Det var enighet blant deltakerne om at det var viet for liten oppmerksomhet og innsats for å gjøre manuellterapeutene kjent som yrkesgruppe i

befolkningen. Den ytre definisjonen av en profesjon sier Heggen (2008) det er den som oppfattes av andre, eller i dette tilfellet hvordan andre/befolkningen ser på og vet om manuellterapeutene og hva de kan tilby pasienter med muskelskjelettplager. Med bakgrunn i dette er det mulig man kan hevde at den ytre definisjonen til manuellterapeutene er svak.

4.2 Metodediskusjon

Her vil jeg reflektere litt rundt dette med å intervju profesjonelle og bringe inn noen momenter angående gruppedynamikken og reflektere rundt egen rolle som forsker, som kan ha betydning for hva som kom frem i gruppesamtalen. Videre vil jeg peke på flere forhold som har med studiens troverdighet eller interne validitet å gjøre, før jeg til slutt tar eksplisitt opp overførbarhet av studiens funn, også kalt ekstern validitet, inkludert betydning av sammensetningen av utvalget og antall grupper. Men først skal jeg si litt om selve begrepene validitet, reliabilitet og generaliserbarhet.

Validitet, reliabilitet og generaliserbarhet er begreper som opprinnelig brukes i kvantitative undersøkelser, og det er ulike meninger om deres anvendbarhet i kvalitative undersøkelser (Polit og Beck 2008). Enkelte bruker termene, men legger dels et nytt innhold i dem, andre sverger til andre begreper mer i tråd med tenkningen om kunnskap innen kvalitative tradisjoner. For eksempel er troverdighet (intern validitet) og overførbarhet (ekstern validitet) anvendt (ref. i Polit og Beck 2008), og andre relaterte begreper (Polit og Beck 2008). Når det gjelder overførbarhet eller ekstern validitet vises det også til flere typer, som pragmatisk validitet som ifølge Kvale er kunnskapens brukbarhet og kommunikativ validitet mv. (Kvale 1996). Jeg vil i fortsettelsen bruke intern validitet om studiens troverdighet og hvorvidt jeg har klart å undersøke det jeg hadde tenkt, og ekstern validitet om overførbarhet.

Gjennomsiktighet

Reliabilitet har med funnenes konsistens og troverdighet å gjøre (Kvale og Brinkmann 2010:250). Kan forskningsresultatene i denne oppgaven reproduseres på andre tidspunkter av andre forskere? Reproduksjon er et ideal som vanskelig kan oppnås innenfor kvalitativ forskning. Kvale sier at forskerens redegjørelse for valg, metoder og kritiske refleksjon bidrar til å styrke oppgavens reliabilitet (Kvale og Brinkmann 2010), altså studiens gjennomsiktighet (transparens). I fremste rekke er det metodekapittelet som er en redegjørelse for hvordan jeg har tenkt og gått fram i denne studien, og må således ses på som et forsøk på å styrke gjennomsiktigheten til oppgaven. Leseren må selv avgjøre om redegjørelsen er grundig nok.

Å intervju profesjonelle

Coar og Sim (2006) har i en studie undersøkt hva profesjonelle mener om å bli intervjuet av kollegaer, og de konkluderte med at det er både fordeler og ulemper med dette. En av innvendingene går på at egen yrkesgruppe ofte fremstilles i best mulig lys, noe som kan bety at et positivt bilde får større plass enn å problematisere. Under intervjuet kom dette i noen grad til uttrykk ved at gruppen var samstemte når det gjaldt å fremheve egen dyktighet og seriøse bruk av primærkontaktrollen, og etter myndighetenes intensjoner. I min studie hvor jeg som forsker var fysioterapeut og manuellterapistudent som intervjuet andre manuellterapeuter, kan den enkelte deltaker kanskje ha tatt noen forbehold i sine uttalelser. Det betyr ikke at det de har sagt ikke er sant, men for å fremstille sin profesjonelle identitet og yrkesgruppen positivt kunne de muligens ha fortalt noe mer eller noe annet. Motsatt ville det for meg ha vært vanskelig å være uenig med deltakerne i at sykemeldinger var et ugyldig mål på å ta i bruk primærkontaktrollen. Dette både fordi det kom vektige argumenter og erfaringer frem, men også fordi det potensielt er ubehagelig å stille egen yrkesgruppe i et dårlig lys.

Dominerende deltakere og gruppedynamikk

Erfaringen med å introdusere en tematikk som potensielt kan være omstridt i yrkesgruppen er dobbel: På en side skaper det en situasjon preget av likeverdighet og felleskap som kan være viktig, spesielt der hvor deltakerne ikke kjenner hverandre så godt. På en annen side kan det være slik at noen representanter i en gruppe kan ha sterkere meninger enn andre og virke dominerende, og dermed farge de andre deltakernes deltakelse og svar. Deltakere som er mer tilbaketrukkne kan derfor stå i fare for ikke å komme fram med det de egentlig mener. Opplevelsen min var at det i starten ble høy temperatur og vanskelig å hevde noe annet enn hovedstandpunktet. Det kollegiale felleskapet som oppstod i gruppen skapte likevel refleksjoner og gode diskusjoner fordi det var engasjerte manuellterapeuter som gjennom intervjuet fikk muligheten til å diskutere og dele tanker og erfaringer som det vanligvis ikke er anledning til i en travel hverdag. Ved forskningsintervjuer går en dypere enn det som ofte er mulig i en spontan meningsutveksling i hverdagen (Kvale og Brinkmann 2010). Kitzinger uttaler at flere anbefaler homogene grupper med personer som har mest mulig lik bakgrunn og erfaringer (Kitzinger 1995). Dette var tilfelle i gruppen i denne studien.

Egen rolle og forforståelse

Selv om jeg hadde med meg veileder med erfaring fra denne type data innsamling, var jeg personlig svært spent og usikker på hvordan man opptrådte i en slik sammenheng. Når jeg i

ettertid lytter til intervjuene så kommer denne intense spenningen i situasjonen tydelig fram for meg. Likevel var jeg innstilt på å lytte oppmerksomt og anstrenge meg for å følge opp det som ble sagt. Om mine tolkninger av deltakernes erfaringer og meninger er troverdige kan vurderes ut fra flere forhold, blant annet ut fra min forforståelse. Forforståelse kan betraktes som en styrke på den måten at man kjenner konteksten manuellterapeutene befinner seg i. Dette benyttet jeg blant annet ved å stille oppfølgingsspørsmål under intervjuet, eller jeg la fram min spontane tolkning slik at dette kunne verifiseres underveis. Jeg var imidlertid forsiktig med å avbryte eller ta initiativ som kunne forstyrre samtalen inntil det virket som om deltakerne hadde fått diskutert spørsmålene uttømmende. I etterkant har jeg tenkt at det kunne vært stilt flere oppfølgingsspørsmål. På den andre siden kan min forforståelse være en svakhet ved at mine tolkninger farges av egne oppfatninger og forventninger. Dette har jeg forsøkt å motvirke ved å bruke veileder, medstudenter og studiemiljøet for øvrig til kritisk refleksjon og diskusjon. Kvale (1997) sier at diskusjon omkring egne tolkninger er med på styrke validiteten.

Overførbarhet

Malterud bruker uttrykket overførbarhet. Hun mener at det kan være mer hensiktsmessig å bruke dette begrepet, da det i større grad impliserer at det finnes grenser og betingelser for hvordan våre funn kan gjøres gjeldene i andre sammenhenger enn der vår studie er gjennomført (Malterud 2013:62).

Jeg ønsket at studien skulle være eksplorativ (undersøkende),- uten å være «heldekkende» for tematikken eller nødvendigvis komparativ. Jeg var mer opptatt av å åpne dører som kunne gi innsyn i et nytt og interessant rom, enn å kartlegge alt som fantes i rommet. Derfor ønsket jeg å samle manuellterapeuter som hadde erfaringer som muligens kunne formidle innsikt, gi eksempler, resonnere og forklare. Hadde man tatt seg tid til å intervju flere grupper i flere landsdeler ville jeg trolig fått et enda bedre grunnlag til å svare på problemstillingen, men begrenset med tid og ressurser setter klare begrensninger.

Malterud sier at sammensettingen av gruppene vil ha vesentlig betydning for hvordan diskusjonen vil forløpe. Et god strategisk utvalg av deltakere og gruppesammensetning mener hun kan styrke validiteten og empiriske data (Malterud 2012:42). I min studie hadde jeg kun en gruppe med et begrenset utvalg fra et begrenset område. Jeg var ikke nødvendigvis ute etter et representativt utvalg, men heller et ønske om å få fram fellestrekk og variasjon, et meningsmangfold. Gruppen med manuellterapeuter har trolig blitt formet og hatt sin

identitetsutvikling i utformingen av egen profesjonelle praksis og kjennskap til andre manuellterapeuters praksis, som kan være lokal og forskjellig fra by til land. Dette kan være med på å forme deres svar og argumentasjon i intervjuet, og en større variasjon i bakgrunnsforhold kunne ha vært ønskelig. Det hadde muligens bidratt til større bredde med hensyn til erfaringer og synspunkter.

Ettersom verken oppgavens bakgrunn, problemstilling eller valg av metode har noen ambisjon om statistisk generalisering, anser jeg gruppen med intervjupersoner som tilfredsstillende for å belyse problemstillingen. Malterud mener at om det gjøres klart for leseren av studien at man ikke har ambisjoner om å gjøre komparative funn eller heldekkende beskrivelser av problemstillingen, samt at det tas nødvendige forhold vedrørende tolkningsmuligheter, rekkevidde og validitet kan det skapes intersubjektivitet og konsistens for studiens mål og funn, uansett hvor mange grupper du har brukt som grunnlag for de empiriske data som analysen bygger på (Malterud 2012:39).

Malterud henviser til (Kvale 1996) som omtaler at gyldighet av kunnskapen er avhengig av om noen kan bruke den til noe – at den kan utgjøre en forskjell (Malterud, 2013, s. 187). Kvale (1996) kaller kunnskapens brukbarhet for pragmatisk validitet. Spørsmålet som da reiser seg er om manuellterapeutene som gruppe kan dra nytte av det som har kommet fram i studien? Utgangspunktet for studien var påstander fra noen manuellterapeuter, som ble diskutert og utfordret, og videre analysert og framstår som funn i denne studien. De erfaringer, synspunkter og momenter som kom fram og ble diskutert i gruppen er utvilsomt relevant for MT gruppen som helhet. Mange elementer og spørsmål som kom fram kan brukes i den fremtidige debatten om manuellterapeutens rolle som primærkontakt.

6.0 Konklusjon

Denne studien har bidratt til kunnskap om at manuellterapeutrollen har endret seg mye etter at henvisningskravet falt bort og innføringen av primærkontaktrollen ble iverksatt. Videre har det kommet fram at det er flere syn på hva manuellterapeutrollen skal inneholde, samt hvordan manuellterapeutene skal utøve primærkontaktrollen. Det er fortsatt stor uenighet i hvordan man skal vurdere eller måle om primærkontaktrollen tas i bruk, og om den fungerer etter intensjonene. Manuellterapien i Norge har videre store utfordringer når det gjelder å bli kjent både som behandlere men også som primærkontakter.

Referanseliste

- Bury TJ, Stokes EK (2013): *Direct Access and patient/client self-referral to physiotherapy: A review of contemporary practice within the European Union*. Physiotherapy (2013).
- Bury Tracy J. Stokes K. Emma (2013): *A global view of direct access and patient self-referral To physical therapy: Implications for the profession*. Physical therapy, Vol.93 nr. 4.
- Coar, L & Sim, J (2006): *Interviewing one`s peers: methodological issues in a study of health professionals*. Scandinavian journal of primary health care, 2006; 24: 251-256.
- Dok.nr. 8:34 (1998-1999): *Forslag fra stortingsrepresentantene Asmund Kristoffersen, Gunhild Øyangen og Eirin Faldet om at henvisningskravet fra lege til kiropraktor m.m. skal falle bort*.
- Faggruppen for manuellterapi (2003): *Beskrivelse av manuellterapi*, 23.10. 2003.
- Fredriksen Sven E (2012): *Primærkontakt og portvokter, eller «business as usual»?* Muskel & Skjelett, Manuellterapeutenes Servicekontor, 2012;2:22-23.
- Fredriksen Sven E (2012): *Rammebetingelsene må endres*. Muskel & Skjelett, Manuellterapeutenes Servicekontor, 2012;3: 9-10.
- Garbo, Gro Lien (2012): *Wake up call for manuellterapeutene* : Fysioterapeuten 2012;7: 6-7
- Galåen, Tone E.E. (2012): *Ukjent for folk flest*: Fysioterapeuten 2012;8:10
- Grimen, Harald (2008): *Profesjon og kunnskap*. I: Molander, Anders & Terum, Lars Inge (red): *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Heggen, Kåre (2008): *Profesjon og identitet*. I: Molander, Anders & Terum, Lars Inge (red): *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Heggen, Kåre (2010): *Kvalifisering for profesjonsutøving* Sjukepleiar-lærer-sosialarbeidar. Bokomtale 2010: 93-95. Abstrakt forlag AS.
- Helfo (2011): <http://www.helfo.no/statistikk/sider/utgiftsutvikling>.

Helse Bergen HF (2014): Høringsuttalelse, *Ad forslag om å autorisere manuellterapeuter*.

Helse og omsorgsdepartementet (2009): Rapport 23.02.2009, *Spørreundersøkelse om Fysioterapi i kommunehelsetjenesten*.

Helsinkideklarasjonen (2013): World Medical Association. Available from:

<http://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/>

Kitzinger J. (1995): *Qualitative research. Introducing focus groups*. BMJ. 1995 Jul 29;311 (7000):299-302:299-302

Krueger R.A & Casey M.A (2000) *Focus Groups. A practical guide for applied research* (3rd Edition). Thousand Oaks, CA: Sage Publications ISBN 0-7619-2070-6

Kvale, Steinar (1997): *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Kvale, S. & Brinkmann S. (2012): *Det kvalitative forskningsintervju*. 2 utg. 3 oppl.

Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ludvigsson ML, Enthoven P (2012): *Evaluation of physiotherapists as primary assessors of Patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care*.

Physiotherapy 2012;98(2):131-7.

Lærum, Even m.fl. (2013): *Et muskel og skjelettrengskap. Forekomst og kostnader knyttet Til skader, sykdom og plager i muskel og skjelettsystemet*. Muskel og skjelett tiåret I Norge, mai 2013.

Malterud, K. (2012): *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*,

Oslo Universitetsforlaget

Malterud, K. (2013): *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*, 3utg. 2 oppl.

Oslo Universitetsforlaget

Polit, D.E., & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8thed.). New York: Lippincott Williams & Wilkins.

St.mld. Nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen*, side 79, 149

www.regjeringen.no/pages/2206374/PFDS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf

Strupstad, John Henry (2012): *Fysioterapeuter som primærkontakt?*

Fysioterapeuten 2012;8:15

SINTEF U (2003): *Evaluering av henvisningsprosjektet*, Sluttrapport. 2003.

SINTEF RAPPORT. STF78A034514. Ref. Type: Report.

Vedlegg 1: Forespørsel om å delta i studie

Forespørsel om deltakelse i fokusgruppeintervju i forbindelse med en studie av primærkontaktrollen.

Manuellterapeuter har som kjent muligheten til å være primærkontakter i helsevesenet, en rolle de har hatt siden 2006. I denne studien ønsker jeg å få mer kunnskap om hvilke erfaringer manuellterapeuter har med primærkontaktrollen. Hvilke forhold som kan ligge til grunn for at manuellterapeuter tar rollen i bruk, og hvilke forhold som bidrar til at hver tredje manuellterapeut ikke ønsker å være primærkontakt.

Årsaken kan være mange og sammensatte når det gjelder hvilke valg en til enhver tid tar. I studien er det altså et ønske om kunnskap om ulike faktorer, synspunkter og erfaringer rundt dette temaet.

Som mastergradsstudent i Manuellterapi ved Universitetet i Bergen inngår masteroppgaven som en obligatorisk del av studiet. Masteroppgaven er en forskningsbasert studie, som i vårt tilfelle skal ha relevans for manuellterapi.

I den forbindelse har jeg valgt å gjøre en kvalitativ studie med fokusgruppe intervju som metode for å hente inn informasjon. Det vil dreie seg om et gruppeintervju av manuellterapeuter, som vil vare i ca. 90 – 120 minutter.

Helfo offentliggjorde en rapport over takst bruk blant fysioterapeuter i 2010, hvor det framkommer at 428 manuellterapeuter hadde avtale med Helfo i 2010. Av disse benyttet kun 270 takst L1 (Utfylling av sykemeldingsblankett), 158 manuellterapeuter eller ca. 37 % fungerer altså ikke som primærkontakt m.h.t sykmeldingsfunksjonen.

Dette gjør at jeg finner det interessant å gå inn å se på hvilke erfaringer MT-ere har med å ta rollen i bruk fullt ut, samt erfaringer knyttet til at den ikke tas i bruk til fulle eller at man velger å ikke ta denne rollen.

Jeg ønsker altså å se nærmere på manuellterapeuters ulike syn, begrunnelser, oppfatninger og erfaringer med primærkontaktrollen. I gruppeintervjuet håper jeg at vi sammen kan få til en givende gruppesamtale og – diskusjon rundt dette temaet, der sentrale momenter og aspekter i all sin bredde kan komme fram.

I denne forbindelsen ønsker jeg å invitere deg som manuellterapeut til å delta, og håper du har mulighet til å sette av ett par timer en ettermiddag. Det vil tilstrebes å legge intervjuet i ditt nærområdet, samt etter arbeidstid. Intervjuet vil foregå i løpet av andre halvdel av juni måned, uke 25 eller uke 26. Dato og klokkeslett fastsettes så raskt som mulig.

Intervjuet vil bli tatt opp på bånd. Det understrekes at alt datamateriale kun er tilgjengelig for meg og veileder, det vil bli anonymisert, oppbevart forsvarlig, og slettet etter bruk. Det er selvsagt frivillig å delta, og du kan trekke ditt samtykke etter at du har signert uten å oppgi grunn.

Håper dette er interessant og mulig for deg! Om du vil delta, vær så snill og fyll ut samtykkeerklæringen og svarslipp på neste side, og returner den til undertegnede så raskt som mulig og senest **01.06.2014** i vedlagte konvolutt.

Med vennlig hilsen

Sign.

fysioterapeut/MT-student

Vedlegg 2: Intervjuguide

Fokusgruppeintervju Bergen 26.06.2014

Intervjuguide

Praktisk tilrettelegging:

1. Utfylling av skjema for relevante personopplysninger: Kjenn, alder, praksis og lokalisasjon.
2. Utfylling og signatur av samtykkeskjema.
3. Navneskilt
4. Plassere deltagerne, samt opptaker utstyr.

Fase 1: Informasjon / Presentasjon / Rammer / Intro. m.m.

5. Ønske velkommen.
6. Presentasjon av moderator og sekretær, samt si litt om våre roller i intervjuet.
7. Si litt om tidsrammene.
8. Spørsmål om det er OK at samtalen lagres som lydopptak.
9. Introduksjon av Prosjektet, masteroppgaven, studien og årsaken til valg av problemstillingen.

Utgangspunktet for problemstillingen er en artikkel som manuellterapeut Sven E. Fredriksen skrev i bladet muskel & skjelett nr. 2, mai 2012 ”Primærkontakt og portvokter, eller business as usual ” ? som startet en debatt om hvorfor så mange manuellterapeuter viser manglende interesse for primærkontakt og portvokterrollen.

Med oppfølgende Artikkel i Fysioterapeuten nr. 7, 2012 av Gro Lien Garbo ”Wake up call for manuellterapeutene, samt artikkelen ”Rammebetingelsene må endres” av Sven E. Fredriksen i muskel & skjelett nr. 3. Sept. 2012.

Dette har gjort at jeg ønsker å se nærmere på manuellterapeuters ulike syn, begrunnelser, oppfatninger og erfaringer med primærkontaktrollen.

Jeg håper dette gruppeintervjuet kan bli en givende gruppesamtale og – diskusjon rundt dette temaet, der sentrale momenter og aspekter i all sin bredde kan komme fram.

Jeg håper vi kan høste av deres kunnskap og erfaring slik at dette kan gi påfyll og utvikle mer kunnskap og forståelse for hvorfor MT-ere gjør som de gjør.

Jeg ønsker å få høre historier, erfaringer som dere MT-ere har for lettere å forstå ulike syn og begrunnelser for å ta i bruk / ikke ta i bruk primærkontaktrollen helt eller delvis.

10. Spilleregler for fokusgruppeintervju som skiller den fra en samtale i dagliglivet er at jeg som moderator styrer tiden slik at vi bruker den best mulig til å samle kunnskap om det vi vet for lite om. Dette betyr at jeg tillater meg å avbryte dersom noen temaer tar for stor plass.

11. Samtalen dere deltagere imellom er det som gir den beste kunnskapen, dere trenger ikke å vente på klarsignal fra meg, men ta ordet på naturlig måte.

12. Personvern og Etikk. Intervjuet vil bli tatt opp på bånd. Datamaterialet er kun tilgjengelig for meg og veileder, det vil bli anonymisert, oppbevart forsvarlig, og slettet etter bruk. Vi bør være enig om gjensidig taushetsplikt i gruppen. Det som fortelles i fokusgruppen, skal ikke deles med personer som ikke er tilstede. Dette gjelder ikke bare for innholdet av samtalen, men også hvem som har vært deltagere

13. Kort presentasjon av deltagerne.

Fase 2: Innledende spørsmål:

Presentasjon av sitater / påstander fra de tre artiklene som er nevnt ovenfor for å få i gang samtale intervjuet.

Når dette er gjort kommer første innledende spørsmål:

1. Hvilke tanker og erfaringer har dere med utøvelsen av primærkontaktrollen? Kom gjerne med konkrete fortellinger og episoder i forhold til sykemelding og henvisning.

Oppfølgende / utdypende spørsmål:

-Hva hendte?

-Hvordan gjorde tiltaket en forskjell?

-Kan du utdype..... dette?

-Forstår jeg deg rett når du sier.....?

Fase 3: Det andre hovedspørsmålet, med oppfølgende undertemaer ansvar, faglig, administrativt og økonomisk.

2. Hvilke forhold mener dere kan ha betydning for at MT –ere tar rollen i bruk fullt ut versus å ikke benytte seg av muligheten til å være primærkontakt.

A. Ansvar:

- Hva med det økte ansvaret primærkontaktrollen innebærer – hva tenker dere om det?

- Kan det økte ansvaret være grunn til at noen ikke ønsker å være primærkontakt – I så

fall, utdyp hva dere tenker om det.

- Kan dere fortelle om situasjoner i klinikken hvor dere har tenkt at ansvaret er for stort, at dette blir for krevende å følge opp ? gi eksempler / beskriv.

B. Faglig:

- Er det mulig at Manuellterapeuter ikke føler seg godt nok faglig kvalifisert til å være?

I så fall, hva handler ”ikke godt nok kvalifisert” om ?.

- Kan dere fortelle om situasjoner fra klinikken som har vært spesielt utfordrende faglig m.h.t å utøve primærkontaktrollen? Fortell / Gi eksempler.

- På hvilke måter har dere løst situasjoner som dem dere nå har beskrevet

C. Administrativt:

- Hvilke erfaringer har dere når det gjelder det administrative og primærkontaktrollen

- Hvordan lar dette seg kombinere med en effektiv klinisk hverdag? Utdyp erfaringer dere har. Hva mener dere skal til for at dette skal fungere godt?

- Hvilke erfaringer har dere med omstillingsprosessen til å bli primærkontakt.

D. Økonomisk:

- På hvilke måter mener dere at de økonomiske rammevilkårene kan spille inn med tanke på å ta primærkontaktrollen ? Hvilke erfaringer har dere?... Fortell!

- Hva tenker dere rundt den økonomiske kompensasjonen knyttet til rollen?

- Er det rimelig forhold mellom den økonomiske kompensasjonen i forhold til økt ansvar, tiden det tar og det økte administrative arbeidet ? Hvis ja, utdyp.

Hvis nei, utdyp.

- Nå har vi fått veldig mye nyttig og viktig informasjon – vi skal snart gi oss nå!

Kort oppsummering.

Samtykke-erklæring

Jeg har lest informasjonsskrivet og bekrefter herved at jeg er vil delta i studien:

(Signert av deltager i prosjektet, dato)

Det bekreftes herved at det er gitt informasjon om studien:

(Signert, rolle i studien, dato)

(sign.)

Fysioterapeut / Manuellterapistudent

(sign.)

Veileder

Institutt for global helse og
samfunnsmedisin