

# **ORGANISERING AV KOMMUNAL FYSIOTERAPITJENESTE**

**Enhetslederes syn på dagens og fremtidens utfordringer**

Linda Book Dalsgård



Masteroppgave i helsefag  
Studieretning fysioterapivitenenskap  
Institutt for samfunnsmedisinske fag  
Universitetet i Bergen  
Vår 2011

## **Forord**

Arbeidet med denne studien har vært en tidkrevende, men spennende og lærerik prosess. Jeg har mange å takke for at jeg har kunnet gjennomføre den.

Først og fremst vil jeg takke enhetslederne for ergo- og fysioterapitjenestene i Bergen kommune, som stilte opp som deltakere for studien. Velviljen var stor både med hensyn til tidsbruk i en travel hverdag, og i meddelelse av erfaringer og synspunkter. En spesiell takk til Grete Storhaug Danbolt, som har gjort det mulig for meg å gjennomføre dette prosjektet.

Min gode venninne gjennom mange år, Maren Holck Ekenes, har aktivt støttet meg gjennom hele prosessen, og har vært en enestående diskusjonspartner. Takk for at du alltid er her for meg Maren.

Førsteamanuensis Målfrid Råheim har med sin tålmodighet og åpenhet gitt meg unnnværlige råd undervis. Jeg setter utrolig stor pris på den hjelp og veiledning som du har gitt meg, tusen takk.

Ellers vil jeg takke familie, venner og kollegaer for oppmuntring og motivasjon. En ekstra takk til min kjære mann Svein, som mer eller mindre frivillig har måttet høre meg fortelle om studiens ulike opp- og nedturer. Uten din støtte på hjemmebane hadde jeg aldri klart å gjennomføre dette. Tilslutt en ekstra klem til jentene mine Elise, Malin og Emma: endelig er mamma ferdig!!

Bergen 14.05.11

Linda Book Dalsgård

# Innholdsfortegnelse

<b>1. Introduksjon</b>	<b>1</b>
1.1 Kort om utviklingen i det offentlige helsevesenet	1
1.2 Sentrale utviklingstrekk i organiseringen av kommunehelsetjenesten	2
1.2.1 Kort om hvordan Bergen kommune er organisert	3
1.2.2 Kort om hvordan fysioterapitjenesten i Bergen kommune er organisert	4
1.3 Kort om samhandlingsreformen	5
<b>2. Artikkel</b>	<b>7</b>
<b>3. Metode</b>	<b>31</b>
3.1 Valg av forskningsdesign	31
3.1.1 Fokusgruppeintervju	31
3.2 Utvalg, forberedelse til fokusgruppeintervjuene og datainnsamling	32
3.2.1 Kort om intervjuguiden	32
3.2.2 Gjennomføring av fokusgruppeintervjuene	33
3.2.2.1 Første fokusgruppeintervju	33
3.2.2.2 Andre fokusgruppeintervju	33
3.2.3 Oppsummering fra fokusgruppeintervjuene	34
3.3 Analyse	34
3.4 Etske betraktninger	38
<b>4. Metodediskusjon</b>	<b>40</b>
4.1 Intern validitet	40
4.1.1 Egen forforståelse, forskerrollen og validitet	40
4.1.2 Utvalg og validitet	42
Litteraturliste	45
Vedlegg 1: Informasjonsskriv	

Vedlegg 2: Intervjuguide 1

Vedlegg 3: Intervjuguide 2

Vedlegg 4: Godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD)

## **SAMMENDRAG**

Kommunenes rolle i det norske helsevesenet har de siste tiår gjennomgått kontinuerlige endringer. Fra 1980 tallet av har endringene i stor grad samsvart med den internasjonale trenden "New Public Management", og målet har vært å øke effektiviteten og kvaliteten i offentlig sektor ved innføring av modeller fra privat næringsliv. Både kommunehelsetjenesteloven (1984) og kommuneloven (1992) har påvirket kommunenes utvikling. Nå står en ny helsereform, samhandlingsreformen, for tur. Denne reformen tar sikte på å gi den enkelte behandling lokalt, og vil ilegge kommunene mer ansvar for innbyggernes helse. Dette er med på å gi kommunene nye utfordringer, og det synes naturlig at kommunene vil gjennomgå endringer for å tilpasse seg disse.

Hensikten med denne studien er å se nærmere på de utfordringer som er tilstede i organiseringen av kommunal fysioterapitjeneste, samt å si noe om hvilke utfordringer tjenesten kan forvente som følge av samhandlingsreformen.

Forskningsmaterialet består av to fokusgruppeintervjuer med enhetslederne for ergo- og fysioterapitjenesten i Bergen kommune. Intervjuene ble holdt med ca en måneds mellomrom. Deltakerne var alle kvinner, i alderen 45 til 62 år, og med solid erfaring som ledere og fysioterapeuter. I bearbeidelsen av materialet tok jeg utgangspunkt i Malterud (2006) sin metode for meningskondensering av intervjuetekster.

Begrensede økonomiske rammebetingelser, at fysioterapeuter har ulike avtaletilknytninger til kommunen, samt fysioterapeuters varierte arbeidsdag pekte seg ut som utfordringer i dagens organisering av fysioterapitjenesten. For å imøtekomme intensjonene i samhandlingsreformen forventes det at fysioterapeuter i fremtiden vil kunne få nye og endrede jobbarenaer. Dette kan gi behov for flere fysioterapeuter og økte bevilgninger til fysioterapitjenesten. Det vil således kunne argumenteres for at de utfordringer som er presentert kan romme muligheter for fysioterapeuter som yrkesgruppe.

**Nøkkelord:** *kommunal fysioterapitjeneste, økonomiske rammebetingelser, avtaletilknytning til kommunen, samhandlingsreformen, utfordringer*

## **ABSTRACT**

Over the last decades, the role of the municipality in the Norwegian health service has experienced continuous changes. Since the 1980's the changes have closely correlated to the international trend "New Public Management". The goal has been to increase efficiency and quality in the public sector by introducing models from the private industry and commerce. Both the Municipal health service act (1984) and the Local government act (1992) have influenced the development of the municipality. At present, a new health sector reform, the Coordination reform, is about to be implemented. This reform aims to give the individual necessary treatment locally. Consequently the municipalities will need to adapt to the changes.

The aim of this study is to investigate the challenges who is present in the organisation of municipal physiotherapy services. Further, it aims at identifying potential challenges following the Coordination reform.

The research data consist of two focus group interviews with the heads of occupational- and physiotherapy services in the municipality of Bergen. The interviews were conducted 4 weeks apart. All the participants were women, aged 45-65, with profound experience as leaders and physiotherapists. When processing the data I applied Malterud's (2006) method of meaning condensation of transcribed interviews.

In today's organisation of the physiotherapy services, some challenges stood out: Limited economic external conditions, physiotherapists' different contracts with the municipality, and the varying worktasks of the physiotherapy services. To meet the intentions of the Coordination reform one can expect that physiotherapists will receive new and altered work arenas. This could potentially increase the need for physiotherapists and consequently increase founding. Therefore it can be argued that the challenges presented may open up for new possibilities for the physiotherapy profession.

**Key words:** Municipal physiotherapy services, economic external conditions, physiotherapists' different contracts with the municipality, coordination reform, challenges.

## **1. Introduksjon**

Denne studien ønsker å se på utfordringer knyttet til organisering av kommunal fysioterapitjeneste. Fokuset vil være rettet både mot utfordringer slik tjenesten er organisert i dag, samt utfordringer som vil kunne komme som følge av samhandlingsreformen. Innledningsvis ønsker jeg å ta for meg sentrale aspekt rundt studiens bakgrunn og kontekst. Dette for å øke forståelsen av den faglige og politiske sammenhengen som kildene ble til i. I kapittel 1.1 vil jeg kort komme inn på utviklingen i det offentlige helsevesenet. Kapittel 1.2 vil omhandle sentrale utviklingstrekk i organiseringen av den kommunale helsetjenesten. Videre vil jeg gi et innblikk i hvordan Bergen kommune, og fysioterapitjenesten i kommunen, er organisert. Avslutningsvis vil samhandlingsreformen kort bli presentert.

### **1.1 Kort om utviklingen i det offentlige helsevesenet**

I Norge, som i de fleste andre industrialiserte land, har forbruket av helsetjenester økt jevnt i hele etterkrigstiden (NOU 1997:18). Kunnskapsutviklingen innen medisinske og teknologiske felt, samt muligheten den økonomiske og materielle veksten gir til å betale for nye medisinske tilbud, blir trukket frem som mulige forklaringer til dette. I dag kan man ofte diagnostisere og kurere sykdommer der helsevesenet tidligere stod helt uten tilbud. Lave egenandeler er med på å gi alle innbyggerne den samme rett til helsetjenester. Parallelt med at tilbudet på helsetjenester øker, så øker også etterspørselen (NOU 1997:18), og den enkelte bruker har større krav til kvalitet og mengde på helsetilbudet (Nesheim, 2006). Det er mulig etterspørselen øker som følge av at flere får innsikt i tilbudet, samtidig som det også kan være et resultat av den lave kostnaden tjenesten har for innbyggerne. Innenfor offentlig sektor vil politiske prioriteringer kunne ha betydning både på tilbud- og etterspørselsiden (Stølen, 1999). Hagen og Schroyen (2009) pekte på at den offentlige helsetjenesten har sin pris i form av ventelister. Dette er forhold som kan være med på å skape et marked for private aktører innenfor helsesektoren.

Den offentlige sektor kan oppleves som et stort pengesluk, og i 1978 nådde overføringene en topp med 52 prosent av BNP (Trygstad, 2009). Dette banet vei for at det utover 1980 tallet ble behov for endringer med hensyn til både organisering og ledelse i det offentlige. Endringene som kom samsvarte i stor grad med den

internasjonale trenden ”New Public Management” (Trygstad, 2009). Busch og Ramstad (2006) pekte på at målet med New Public Management var å øke effektiviteten og kvaliteten i den offentlige sektor ved innføring av modeller fra privat næringsliv. Dette har resultert i at tidligere verdier der blant annet det å tjene offentlige interesser er blitt konfrontert med mer bruk av markedslignende mekanismer med hensyn til organisering og ledelse (Trygstad, 2009). Ledernes rolle har i den sammenheng fått mer fokus, og deres handlingsrom har økt. Samtidig har de fått større krav knyttet til endringsevne, resultater og måloppnåelse (Nesheim, 2006).

## **1.2 Sentrale utviklingstrekk i organiseringen av kommunehelsetjenesten**

I 1982 ble kommunehelsetjenesteloven vedtatt, og utover 1980- og 1990 tallet ble helsetjenestene i Norge i større grad desentralisert og kommunene fikk ansvar for primærhelsetjenestene. Hovedformålet med loven var å styrke primærhelsetjenesten, blant annet ved å prioritere forebyggende og rehabiliterende arbeid (Finansiering av fysioterapitjenesten i kommunene, 2007). For fysioterapitjenesten fikk innføringen av kommunehelsetjenesteloven betydning ved at den slo fast at kommunene hadde lovpålagt plikt til enten å etablere egen fysioterapitjeneste, eller til å inngå avtaler med private om å etablere et slikt tilbud. Hvordan fysioterapitjenesten organiseres er imidlertid opp til den enkelte kommune.

Kommunehelsetjenesteloven har gjennom årene blitt endret flere ganger. I tillegg har andre sentrale lover kommet til. Eksempelvis kom kommuneloven i 1992. Denne gjenspeilte tankegangen i New Public Management ved at kommuneadministrasjonen i større grad skulle rendyrke sin utøvende funksjon og overta arbeidsgiverfunksjonen (Nesheim, 2006). Flere kommuner brukte innføringen av kommuneloven som en anledning til å starte med omorganiseringsprosesser, og det har vært en tendens i retning av å redusere antall hierarkiske nivåer og innføre en tonivåmodell, dog med ulike varianter. Dette har sammenheng med ønsket om å forenkle den byråkratiske strukturen i retning av bedre ledelse i kommunene (Opedal, Stigen og Lauvdal, 2002). De stadige endringene og omorganiseringene i kommunene kan imidlertid gjøre det vanskelig for de involverte å holde på den motivasjonen og engasjementet som er viktig for å gjennomføre endringen, samt at målet for endringen kan oppleves å være uklart (Busch og Ramstad, 2006).



Selv om Norge er blant de land som bruker flest offentlige helsekroner per person, ser man ikke tilsvarende mye god helse igjen for dette (St.mld. 47). Wæraas (2005) stiller spørsmål til om kommunene bruker de tilgjengelige ressursene på en best hensiktsmessig måte, og han mener at en riktig organisering kan tenkes å gi en mer kostnadseffektiv drift. At kommunene og det offentlige helsevesenet også i fremtiden vil gjennomgå endringer synes derfor helt nødvendig. Å søke å få mest mulig nytte og kvalitet for hver krone er viktig, og organiseringen er en faktor som i den forbindelse spiller inn. Samtidig lever man i et dynamisk samfunn, og utviklingen vil gi et behov for å endre og tilpasse helsevesenet til den tid, og de tilhørende utfordringer som er til stede.

Nå står en ny stor helsereform på trappene, samhandlingsreformen, og flere rapporter (Disch og Vetvik, 2009; Pettersen, 2010) tar for seg konkrete utfordringer som synes naturlige å komme som følge av reforminnføringen. For å skape debatt og utvikling synes det både hensiktsmessig og nødvendig at utfordringer er tilstede. Spørsmålet blir imidlertid hvordan man møter utfordringene, og hvilken holdning de angripes med. Utfordringer møtt på en systematisk og konkret måte kan gi rom for å skape en videre positiv utvikling ved at man vet hvor det bør fokuseres for å få best mulig fremgang. I mange tilfeller kan det derfor diskuteres om ikke utfordringer egentlig bare er muligheter for videre vekst og utvikling. Til nå har jeg trukket frem sentrale føringer og rammevilkår som ligger til grunn for denne oppgaven. Dette vil også være tilfelle i kapittel 1.3, hvor jeg vil gi en kort presentasjon av samhandlingsreformen. Først vil jeg imidlertid gi en beskrivelse av forhold av spesiell betydning for denne oppgaven. Dette dreier seg om organiseringen av Bergen kommunen, og fysioterapitjenesten i kommunen.

### **1.2.1 Kort om hvordan Bergen kommune er organisert**

Bergen, som de fleste andre kommuner, har gjennom årene vært igjennom flere organisatoriske endringer. En rapport (Styringssystemet i Bergen kommune, 2009) gir en grundig innføring i kommunens utvikling. Her kommer det frem at kommunens geografiske størrelse er et resultat av den store kommunesammenslåingen i 1972, men at bydelene har gjennomgått flere omorganiseringsprosesser i årene etter. Eksempelvis var det i 1973 20 bydeler, i 1988 12, mens det i dag er 8 (Arna, Bergenhus, Fana, Fyllingsdalen, Laksevåg, Ytrebygda, Årstad og Åsane).

Fra år 2000 gikk Bergen over til å ha et parlamentarisk styresett. Dette innebærer at innbyggerne ved kommunevalget hvert fjerde år velger 67 politiske representanter til å sitte i kommunens øverste organ, bystyret. Flertallet i bystyret er videre med på å bestemme hvem som skal sitte i byrådet. Trekker vi paralleller til nasjonalt nivå kan byrådet sammenlignes med regjeringen og bystyret med stortinget. Mens bystyret bestemmer budsjetter og retningslinjer for driften av kommunen, leder byrådet kommunens administrasjon. Selve byrådet består av en byrådsleder (tilsvarende statsminister) og seks byråder (tilsvarende ministere) som leder hver sin byrådsavdeling. Som et støtteapparat til den politiske ledelsen finner vi byrådsavdelingene. De kan sammenlignes med de statelige departementene, og skal sørge for at byrådets politikk blir iverksatt. Byrådsavdelingene ledes av en kommunaldirektør og har ansvar for de underliggende seksjoner, etater/fagavdelinger, resultatenheter og virksomheter hvor kommunen er eier. Kommunen har syv byrådsavdelinger: byrådsleders avdeling, byrådsavdeling for kultur, kirke og idrett, byrådsavdeling for byutvikling, klima og miljø, byrådsavdeling for finans, konkurranse og omstilling, byrådsavdeling for barnehage og skole, byrådsavdeling for næring, eiendomsforvaltning og samferdsel, samt byrådsavdeling for helse og inkludering. Fysioterapitjenesten er underlagt sistnevnte byrådsavdeling.

### **1.2.2 Kort om hvordan fysioterapitjenesten i Bergen kommune er organisert**

Før 1984 var all fysioterapi utenfor institusjon organisert som privat virksomhet, men som følge av kommunehelsetjenesteloven fikk de privatpraktiserende fysioterapeutene rett til avtale med kommunene. Det ble fra da av to ulike tilknytningsformer til kommunen; privatpraktiserende fysioterapeuter med drifttilskudd (i det videre; avtalefysioterapeuter) og fastlønnede fysioterapeuter. Fra 1988 ble ergoterapeuter og de fastlønnede fysioterapeutene gradvis samlet i en felles tjeneste, og det ble ansatt bydelsfysioterapeuter som faglig- og administrative koordinatore. Ulike organisatoriske løsninger ble utprøvd i de forskjellige bydelene, før det i 2004 ble innført felles organisering for samtlige bydeler. Ergo- og fysioterapitjenesten har etter dette vært organisert som 8 geografiske resultatenheter ledet av hver sin enhetsleder. Enhetslederne har vide fullmakter med fullt økonomisk, faglig og administrativt ansvar, og de rapporterer direkte til kommunaldirektøren for helse og inkludering. (Plandokument for ergo- og fysioterapitjenesten, 2010).

Avtalefysioterapeutene er underlagt enhetsledernes budsjetter og administrasjon, med ASA4313 som sentral for samarbeidet mellom partene. ASA4313 er en rammeavtale utarbeidet mellom KS og Norsk Fysioterapiforbund (NFF) som regulerer vilkårene mellom avtalefysioterapeutene og kommunen i utførelse av fysioterapidrift som en del av den kommunale fysioterapitjenesten. Avtalen tar for seg de retter og plikter som de ulike partene har, og formålet er å skape forutsigbare rammebetingelser.

### **1.3 Kort om samhandlingsreformen**

Med utgangspunkt i denne studiens problemstilling vil kjennskap til samhandlingsreformen (St.mld.nr.47) være av betydning. Samhandlingsreformen skal etter planen iverksettes fra 2012, og har som mål at alle innbyggerne skal sikres rett behandling, på rett sted og til rett tid. At reformen tar sikte på å kunne gi brukerne behandling der de bor, gjør at kommunene ilegges mer ansvar for den enkelte. Målsetningen er at det skal lønne seg å forebygge i forkant, framfor å reparere i etterkant. Den nye reformen vil derfor kunne tenkes å være med på å påvirke fysioterapeuters arbeidsoppgaver og arenaer i kommunene.

Samhandlingsreformen har både dagens og fremtidens helse og omsorgsutfordringer i fokus, og tre hovedutfordringer blir i den forbindelse trukket frem:

- 1) Pasienters behov for koordinerte tjenester ivaretaes ikke godt nok. Behovet for systemer som er rettet inn mot helhetlige tjenester og en mer felles måloppnåelse blir her trukket frem.
- 2) Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom. Fokuset i helsevesenet er i stor grad rettet mot behandling, noe som går på bekostning av forebyggende aktiviteter.
- 3) Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne. Dette er med å fremme behovet for langsiktighet i ressursbruk og prioriteringer, samt at det gir behov for nye løsninger med hensyn til bruk av ressurser (herunder menneskelige ressurser).

For å møte intensjonene i samhandlingsreformen og gjøre pasientforløpet mer helhetlig, samt å få økt innsats knyttet til forebygging og tidlig intervensjon, er det flere faktorer som må tilpasses situasjonen i helsevesenet. Stortingsmelding nr. 47 peker blant annet på at det er behov for en klarere pasientrolle, en ny fremtidig kommunerolle, å styrke

forebyggingsarbeidet, å bedre legetjenester i kommunene, å etablere økonomiske incentiver, samt å se på spesialisttjenestens organisering og oppgaver. Videre trengs det et kompetent personell i alle deler av tjenesten, og krav til ledelse og organisering. Å tilpasse seg disse forhold er viktig for å møte fremtidens helseutfordringer, og det synes klart at kommunene står overfor nye og spennende endringer.

## **2. Artikel**

# **Utfordringer i organiseringen av kommunal fysioterapitjeneste i dag og fremover – fokusgruppeintervjuer med enhetslederne for ergo- og fysioterapitjenesten i Bergen kommune**

Av Linda Book Dalsgård  
Seksjon for fysioterapivitenenskap

## **Sammendrag**

*Bakgrunn:* Kommunenes rolle har de siste tiår gjennomgått kontinuerlige endringer som følge av sentrale føringer og interne omorganiseringer, blant annet for å tilpasse seg de utfordringer som til enhver tid er tilstede. Samhandlingsreformen står nå for tur, og kommunene vil som følge av dette møte nye utfordringer.

*Studiens hensikt* er å se nærmere på de utfordringer som er tilstede i organiseringen av kommunal fysioterapitjeneste, samt å si noe om hvilke utfordringer tjenesten kan forvente som følge av samhandlingsreformen.

*Materiale og metode:* Forskningsmaterialet består av to fokusgruppeintervjuer med enhetslederne for ergo- og fysioterapitjenesten i Bergen kommune. Intervjuene ble holdt med ca en måneds mellomrom. Deltakerne var alle kvinner, i alderen 45 til 62 år, med solid erfaring som ledere og fysioterapeuter. Materialet er bearbeidet med utgangspunkt i Malterud (2006) sin metode for meningskondensering av intervjuetekster.

*Kunnskapsbidrag:* Begrensede økonomiske rammebetingelser, at fysioterapeuter har ulike avtaletilknytninger til kommunen, samt fysioterapeuters varierte arbeidsdag pekte seg ut som utfordringer i dagens organisering av fysioterapitjenesten. For å imøtekomme intensjonene i samhandlingsreformen forventes det at fysioterapeuter vil kunne få nye og endrede jobbarenaer i fremtiden, noe som kan gi behov for flere fysioterapeuter og økte bevilgninger til tjenesten. Det kan således argumenteres for at de utfordringer som er presentert vil kunne romme muligheter for fysioterapeuter som yrkesgruppe.

*Nøkkelord:* kommunal fysioterapitjeneste, økonomiske rammebetingelser, avtaletilknytning til kommunen, samhandlingsreformen, utfordringer

## **Introduksjon**

Da kommunehelsetjenesteloven ble innført i 1984 var hovedformålet å styrke primærhelsetjenesten ved å overføre flere oppgaver fra spesialisthelsetjenesten og over til kommunene [1]. Norge har mange små og geografisk spredde kommuner, og hvordan de ulike helsetjenestene er organisert kan variere. Gjennom årene har kommunene kontinuerlig gått gjennom organisatoriske endringer. Felles for disse endringene er at de i stor grad følger modeller fra privat næringsliv[2,3].

Fysioterapeuter har ulik organisatorisk forankring i kommunehelsetjenesten [4], og kommunene har enten plikt til å etablere egen fysioterapitjeneste, eller til å inngå avtaler med private om å etablere et slikt tilbud [5]. Bergen kommune har en variasjon av de to tilknytningsformene. I tillegg finnes det et uvisst antall avtaleløse fysioterapeuter. Kommunen består av 8 bydeler. Hver bydel har ansatt en enhetsleder for ergo- og fysioterapitjenesten, som fra 2004 har hatt fullt økonomisk, faglig og administrativt ansvar for oppgavene knyttet til denne tjenesten [6].

Nesheim [7] har sett på utfordringer som er fremtredende slik kommunene er organisert i dag. Han peker på forhold som krevende brukere, lovfesting av brukerrettigheter, økt vekt på kvalitet i tjenesteytingen, knappe økonomiske ressurser, krav om effektivisering, liten fleksibilitet med hensyn til lønn, samt endringer i organisasjon og ledelsesformer. Moland [8] viser til endrede rammebetingelser og forventninger om flere og bedre tjenester for hver krone som utfordringer i kommunens pleie og omsorgstjenester.

Denne studien ble påbegynt i en tid hvor kommunene står foran en ny stor reformomlegging, samhandlingsreformen. Gjennom denne vil kommunene bli tillagt større ansvar for forebygging og oppfølging av innbyggerne [9], og flere rapporter [10,11] tar for seg utfordringer som kommunene vil møte. Forhold som kapasitet og kompetanseheving, samhandling mellom aktørene innenfor helsesektoren og overordnet strategisk planlegging blir trukket frem.

Når det gjelder kommunal fysioterapitjeneste synes det å foreligge lite litteratur både omkring særskilte utfordringer for fysioterapitjenesten slik den er organisert i dag, samt om hvilke utfordringer som vil kunne komme som følge av samhandlingsreformen.

### **Hensikt og forskningsspørsmål**

Hensikten med denne studien er å se nærmere på de utfordringer som er tilstede i organiseringen av kommunal fysioterapitjeneste, samt å si noe om hvilke utfordringer tjenesten kan forvente som følge av samhandlingsreformen. Forskningsspørsmålene er:

- Hvilke utfordringer mener enhetslederne i Bergen kommune er til stede ved organiseringen av den kommunale fysioterapitjenesten i dag?
- Hvilke utfordringer tror enhetslederne i Bergen kommune at samhandlingsreformen vil kunne få for organiseringen av den kommunale fysioterapitjenesten i fremtiden?

### **Metode**

#### **Valg av metode og forskningsdesign**

For å få en begynnende innsikt i problemområdet valgte jeg å gjennomføre en kvalitativ studie basert på fokusgruppeintervjuer. Fokusgruppeintervju søker å samle kvalitative data fra en bestemt gruppesammensetning. Ved denne formen for intervju er det en styrke at nettopp gruppen kan bidra med bredde av erfaringer og synspunkter om et gitt tema. Gruppedynamikken vil imidlertid være avgjørende for materialet [12,13]. For å få en oversikt over erfaringer og synspunkter rundt problemstillingen valgte jeg en eksisterende homogen gruppesammensetning. Kitzinger [14] argumenterer for at dette gir godt utbytte for å få innsikt i deltakernes felles erfaringer, samtidig som deltakerne lettere vil utfordre hverandre under samtalen. Jeg gjennomførte to fokusgruppeintervjuer med samme gruppe med ca en måneds mellomrom. Dette for å kunne utdype vesentlige tema fra første intervju, samt gi deltakerne rom for å reflektere rundt aktuelle tema mellom intervjuene.



## **Utvalg**

Utvalget bestod av en gruppe erfarne fysioterapeuter med betydelig ledererfaring fra Bergen kommune. Kommunen består av 8 bydeler. Hver av bydelene har en enhetsleder som er ansvarlig for ergo- og fysioterapitjenesten. Samtlige enhetsledere ble invitert til å delta, og takket ja. Inklusjonskriteriet var således rollen som enhetsleder. Studien hadde ingen eksklusjonskriterier. Fem enhetsledere var til stede på det første fokusgruppeintervjuet, seks ved det andre. En av enhetslederne var av praktiske årsaker ikke til stede ved noen av intervjuene, mens fire var til stede ved begge. Utvalget var alle kvinner i alderen 45 til 62 år. De hadde fra 21 til 39 års erfaring som fysioterapeuter, og mellom 9 og 30 års erfaring som ledere. Fra år 2004 ble alle bydeler i Bergen underlagt samme organiseringsstruktur [6]. Samtlige deltakere har vært ansatt siden den gang.

## **Forskerrollen**

Interessen for temaet til denne studien har jeg fått gjennom mitt arbeid som fysioterapeut/ koordinator i Bergen kommune. En av deltakerne er min nærmeste leder. Hun samarbeider med de andre deltakerne, uten at jeg har hatt direkte kontakt med dem i forkant av studien.

Nærheten til forskningsfeltet gjør at jeg tar med meg en førforståelse basert på egne erfaringer. Malterud [15, 16] sier at det ikke er et mål i seg selv å søke å fjerne førforståelsen i et forskningsprosjekt, men at det er viktig å redusere forhold som er med på å forstyrre kunnskapsutviklingen. Førforståelse av historisk, språklig-kulturell og personlig karakter er en betingelse for å forstå noe som helst [17]. Førforståelse kan imidlertid også handle om åpne og lukkede før-dommer i møte med et fenomen, i møte med andre osv. Som forsker blir det viktig å reflektere over hva en har med seg av forventninger og tatt-for-gittheter inn i forskningen. Jeg har gjennom hele prosessen søkt å pendle mellom "nærhet og distanse" [18], og refleksjon har vært viktig. Min egen førforståelse har jeg reflektert over og diskutert med co-moderator Maren Ekenes og veileder.

## **Datainnsamling**

I forkant av fokusgruppeintervjuet holdt jeg et før-intervju med egen leder. Dette for å få tilbakemeldinger på innholdet i intervjuguiden. Det ble også sendt ut et informasjonsskriv til alle enhetslederne med forespørsel om å delta.

Lederne har felles møter en gang i måneden i Bergen Rådhus, og fokusgruppeintervjuene ble holdt i tilknytning til disse møtene. Hvert av intervjuene varte ca en time. Jeg ledet selv intervjuene, som ble tatt opp på bånd med en Sony IC Recorder ICD-MX20. I tillegg hadde jeg med en mer erfaren intervjuer for å gjøre feltnotater underveis. Hun viste seg også å bli en viktig diskusjonspartner i arbeidet med studien.

Det ble utarbeidet to intervjuguider. Grunnen til dette var at den første samtalen resulterte i informasjon som jeg ikke hadde forutsett, men som det var verdt å gå nærmere inn på. Problemstillingene endret seg også litt underveis. Fra innledningsvis å hovedsakelig fokusere på utfordringer i organiseringen av kommunal fysioterapitjeneste som følge av samhandlingsreformen, inkluderte den etter hvert utfordringer som er tilstede i organiseringen i dag. Intervjuguidene fungerte som en sjekklister på områder jeg ville komme innom i løpet av intervjuet.

For å få bekreftet at jeg hadde forstått informantene rett laget jeg i etterkant av intervjuene et sammendrag som oppsummerte hovedinntrykk fra samtalen.

Sammendraget fra første møte ble utdelt og opplest i starten av andre gruppeintervju, mens sammendraget fra det andre ble sendt deltakerne på mail. Deltakerne fikk dermed muligheten til å komme med kommentarer og tilbakemeldinger.

## **Analyse**

Samme dag som fokusgruppeintervjuene hadde funnet sted startet prosessen med å omforme de muntlige intervjuene til skriftlig tekst (transkribering). Jeg søkte å skrive ned så nøyaktig som mulig det informantene sa, samt notere latter, der flere pratet samtidig og annet ved uttrykkssiden av samtalen. Etter at begge intervjuene var transkribert ble de skrevet i samme skriftstil og lagt etter hverandre i et eget dokument. I bearbeidelsen av intervjumaterialet tok jeg utgangspunkt i Malterud [16] sin metode for meningskondensering av intervjutekster, som er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse.

I første omgang ønsket jeg å skaffe meg et helhetsinntrykk av materialet og finne frem til foreløpige temaer. Under transkriberingen hadde jeg lyttet til teksten flere ganger, og jeg hadde alt her fått en oversikt over materialet. Når jeg leste igjennom intervjuene prøvde jeg imidlertid å være åpen for nye tema. Flere av temaene fra intervjuguiden, som finansiering og samhandlingsreformen, ble sentrale. Det samme gjaldt utfordringer knyttet til den enkelte fysioterapeut sin jobbhverdag, uten at dette var direkte med i intervjuguiden. Allerede her kom altså sentrale tema frem.

I neste omgang gikk jeg mer systematisk igjennom materialet for å identifisere meningsbærende enheter. Dette er tekst som bærer med seg kunnskap om de temaene som er fremkommet [16]. Kvale og Brinkmann [19] pekte på at når man leser tale som er direkte skrevet ned, så kan teksten oppleves som annerledes enn det som kom fram i det muntlige intervjuet. Jeg bearbeidet derfor innholdet i de meningsbærende enhetene slik at enkeltuttalelser skulle gi mening i seg selv, altså til fullstendige setninger. Jeg strebet etter å bruke informantenes egne ord. Malterud [16] sier det er en forutsetning å vite hvor hver enkel tekstbit kommer fra for tilslutt å kunne vurdere funnene opp imot helheten. Hver informant ble derfor gitt et informantnummer og de meningsbærende enhetene ble merket med informantnummer og sidetall. Videre ble de meningsbærende enhetene systematisert inn under de ulike temaene. Malterud [16] kaller denne prosessen for koding. Noen av de tidligere temaene ble slått sammen og fikk nye navn.

Neste steg handler om å systematisk hente ut mening ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene i kodegruppene. Målet er å se etter flere nyanser enn det som så langt er kommet frem. Jeg tok derfor for meg en og en kodegruppe, og så etter innhold som beskrev ulike meningsaspekter. Dette ble sortert og bearbeidet i mindre subgrupper. Malterud [16] beskriver hvordan man i denne fasen skriver kunstige sitater fra de ulike subgruppene. Denne studien tar ikke mål av seg til å utvikle nye begreper, men å gi innsikt i utfordringer knyttet til organiseringen av kommunal fysioterapitjeneste. I stedet for å skrive kunstige sitater, skrev jeg derfor sammendragbasert meningsinnhold med utgangspunkt i flere meningsbærende enheter, og gjorde dette for de ulike subgruppene. Der Malterud anbefaler å ”personifisere” ved hjelp av kunstige sitater, søkte jeg grunnet materialets karakter, å ha et mer allmenngjørende fokus i sammendragene.

Avslutningsvis søkte jeg å se de nå mer oppstykkede delene opp imot helheten og fokusere på sammenhenger i materialet. I denne fasen tok jeg utgangspunkt i sammendragene fra de ulike subgruppene, og skrev nye sammendrag under hver kode basert på disse. Utvalgte sitater ble brukt til å underbygge innholdet. I denne delen trakk jeg problemstillingen ytterligere inn i arbeidet. Dette resulterte i at flere subgrupper ble utelatt fra det endelige resultatet. Jeg gikk gjennom setning for setning i det som stod igjen som resultatet av analysen, for å se om innholdet kunne relateres til informantnummer, og dermed også til intervjuene mer helhetlig. Samtlige setninger lot seg tilbakeføre.

### **Etikk**

Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Informantene har skrevet under på samtykkeerklæring.

### **Resultat**

Problemstillingen i denne studien er todelt. Temaene som fremkom vil bli presentert etter den samme delingen. Hovedvekten er knyttet til nå-situasjonen.

### **Utfordringer i organiseringen av den kommunale fysioterapitjenesten i Bergen kommune i dag**

Når det gjelder dagens organisering av den kommunale fysioterapitjenesten blir begrensede økonomiske rammebetingelser trukket frem som en hovedutfordring, og står overordnet flere andre utfordringer tjenesten møter. At fysioterapeuter har ulike avtaletilknytninger til kommunen, og de krav til samarbeid dette medfører, syntes å være en annen sentral utfordring. Konkrete forhold i fysioterapeuters arbeidsdag var et tredje undertema, som omhandlet de mange samarbeidspartnere og det store spennet i brukergruppene som fysioterapeuter møter.

### ***Utfordringer knyttet til økonomiske rammebetingelser***

Begrensede økonomiske rammebetingelser stod sentralt i intervjuene. Temaet skapte stort engasjement og fremstod som hovedutfordringen for tjenesten. De økonomiske rammevilkårene syntes å stå overordnet i forhold til mange av de andre utfordringene

ved organiseringen, og under samtalene ble forutsigbarhet og prioriteringer særlig trukket frem. Når det gjelder forutsigbarhet pekte for eksempel en av lederne på at budsjettperioden er kort, mens planleggingen går over flere år. Hun hevdet videre at forutsigbarhet også er avgjørende for god personalpolitikk.

Det var enighet om at begrensede ressurser setter krav til strenge prioriteringer, noe som ofte fører til at kurativt virke blir prioritert fremfor forebyggende virksomhet. Gruppen etterspurte klarere politiske føringer på hva fysioterapitjenesten kan prioritere bort. En uttalte: *”Økonomi eller prioritering. De må settes mot hverandre. For hvis vi ikke får mer penger så må vi ha politiske prioriteringer på hva vi kan si nei til.”*

Lederne var opptatt av at de tildelte midlene må brukes på en best mulig måte, samt viktigheten av å arbeide for å få mest mulig nytteeffekt av de tiltak som igangsettes. Det er derfor utarbeidet felles prioriteringslister på tvers av bydelene for de kommunalt ansatte fysioterapeutene. Parallelt med at enhetslederne argumenterte for at det trengs mer penger, ble det trukket frem at prioriteringer også kan være positivt for driften. En av lederne pekte på det som samfunnsøkonomisk fornuftig, mens en annen hevdet at det kan være med å tvinge brukerne til å ta mer ansvar for egen helse.

På direkte spørsmål om hvordan deltakerne stilte seg til rammeoverføringer versus øremerkede midler var det stor enighet. Deltakerne så på øremerkede midler som en fornuftig måte å få bestemte områder opp å gå på, og temaet vakte engasjement i gruppen. En av lederne viste til hvordan øremerkede midler i hennes bydel har resultert i et bedre tilbud for barn og unge innenfor psykiatrien. Andre enhetsledere hadde erfaring med hvordan midler knyttet opp til bestemte prosjekter hadde vært med å løfte frem egne fagområder, og flere eksempler ble gitt. Gruppen poengterte imidlertid viktigheten av at man i den daglige driften må kunne disponere de økonomiske rammene fritt.

En av lederne trakk frem fastlønnstilskuddet som en form for øremerkede midler. Ledernes budsjett inkluderer både de fastlønnede fysioterapeutene og avtalefysioterapeutene, og det ble argumentert for nødvendigheten av bedre samhandling mellom de to avtaletilknytningene.

### ***Utfordringer knyttet til å ha to avtaletilknytninger***

Flere forhold rundt å ha to avtaletilknytningsformer ble trukket frem som utfordrende.

En av lederne beskrev at det ikke er felles retningslinjer knyttet til prioriteringer slik:

*Man opplever av og til at avtalefysioterapeutene har pasienter i 10 år, og så plutselig, når de begynner å bli for tunge for dem så blir de gjerne flyttet ned til oss. Eller de blir så dårlige at de ikke kan gå på institutt lenger, at de blir sykehjemspasienter eller at de forventer behandling hjemme, og da har de skyhøye forventninger.... og så kan det bli litt mer fronter enn ønskelig. Av og til skulle jeg ikke tro at vi var samme yrkesgruppe...*

Det ble pekt på at det tidligere har vært tradisjon for at avtalefysioterapeutene i stor grad har styrt seg selv. Bergen kommune har de senere år hatt fokus på økt samarbeid mellom de to tilknytningsformene. Lederne fortalte at dette hadde hatt positiv effekt, og trakk frem flere grunner til dette: det er valgt representanter for avtaleterapeutene i hver bydel, det er blitt satt sammen et samarbeidsutvalg og det jobbes med å utarbeide egne metodebøker om drift og avtaler. I tillegg har tjenesten fått egen fagrådgiver. Gruppen argumenterte imidlertid for at det fortsatt er en vei å gå for å få en godt samkjørt kommunal fysioterapitjeneste. En av lederne fortalte at hun opplevde at samarbeidet er vanskelig å få effektuert og at kontaktpersonen ikke nødvendigvis er representativ for de andre.

Alle roste samarbeidet mellom de fastlønnede fysioterapeutene og avtalefysioterapeutene som jobber med barn. På direkte spørsmål om hvordan de ønsker seg samarbeidet mellom de to avtalegruppene, ble dette samarbeidet trukket frem som eksempel på hvordan det bør fungere for alle.

### ***Utfordringer knyttet til den ansattes jobbhverdag***

Mange av utfordringene i den kommunale fysioterapitjenesten er ifølge deltakerne knyttet direkte opp i mot de ansattes jobbhverdag. Det ble pekt på at som fysioterapeut i kommunene kommer man i kontakt med brukere i alle aldre. En av deltakerne utdypet dette slik: ”I kommunen skal vi ha fra A til Å, fra 0 til 100 år. Vi er gjerne helt alene, og må ta selvstendige avgjørelser”

Videre ble det trukket frem at de ansatte må forholde seg til et stort antall samarbeidspartnere. Den enkelte terapeut må derfor være fleksibel og mestre en

varierende hverdag. Vedkommende må inneha høy kompetanse på flere arenaer, og det ble pekt på at i tillegg til å inneha kliniske ferdigheter settes det krav til kommunikasjon og relasjonskompetanse. At terapeutene ofte står alene i situasjoner og gjør vurderinger knyttet til videre behandling, eventuelt om det trengs en pause i behandlingen, setter i følge denne gruppen store krav til faglig dyktighet. En av lederne trakk frem at frikortene kan gjøre det vanskelig å skulle avslutte behandlingen for avtaleterapeutene, da mange brukere ønsker økt hyppighet i behandlingene når frikortgrensen er nådd. Deltakerne opplevde brukerne som svært bevisst på sine rettigheter, og en sa følgende:

*Folk blir mer og mer bevisste. Så selv om vi argumenterer faglig for at nå kommer vi ikke videre, nå må vi ta en pause og du må fortsette på egen hånd, så godtaes ikke det. De forventer å få mer....*

På direkte spørsmål om det kun er den enkelte bruker som har store krav til det kommunale fysioterapitilbudet, kom det frem at spesialisthelsetjenesten, andre instanser i kommunen, samt pårørende også har høye forventninger til hva fysioterapitjenesten bør tilby.

### **Utfordringer knyttet til organiseringen av den kommunale fysioterapitjenesten som følge av samhandlingsreformen**

For å imøtekomme intensjonene i samhandlingsreformen mente enhetslederne at det vil være behov for fysioterapeuter på nye jobbarenaer og med annen fagkompetanse i kommunene. Den videre resultatpresentasjonen vil derfor argumentere for at det trengs flere terapeuter og økte bevilgninger til den kommunale fysioterapitjenesten. Når det gjelder utfordringer knyttet til samhandlingsreformen, var deltakerne spent på hva fremtiden og samhandlingsreformen vil bringe for fysioterapitjenesten, og særlig forhold knyttet til finansiering og endrede arbeidsoppgaver.

Enhetslederne hevdet å ha fått lite informasjon om kommunens planer med hensyn til samhandlingsreformen. En pekte eksempelvis på at forberedelsene burde vært kommet godt i gang da reformen snart står for tur. En annen trakk frem at bestillingen fra regjeringen er uklar, og argumenterte for at dette gjør det forståelig at kommunen prioriterer andre områder.

Under samtalene pekte deltakerne på flere utfordringer for fysioterapitjenesten som antas å komme som følge av samhandlingsreformen, for eksempel behovet for flere fysioterapeuter. Det samme gjaldt behovet for annen fagkompetanse. En sa følgende:

*På den ene siden så får vi brukerne, dårligere tidligere ut, og skal drive spesifikk behandling. Så det er et kompetansekrav, og så samtidig skal vi drive forebyggende arbeid. Så jeg tenker at i det spenningsfeltet vi allerede jobber så putter de inn i begge ender*

At fysioterapeuter vil få flere arenaer å arbeide på ble også trukket frem. Særlig ble det pekt på behovet for økt fokus på forebyggende aktiviteter. At fysioterapeuter har solide kunnskaper om feltet er ifølge deltakerne med på å underbygge behovet for flere terapeuter i kommunene. Det ble ytret bekymring til hva som skjer dersom tjenesten ikke får tilført økte ressurser som følge av samhandlingsreformen. En av lederne viste til at det lenge har vært fokus på behovet for både mer forebygging og rehabilitering, uten at dette har resultert i økte bevilgninger for fysioterapitjenesten i kommunen. Hun opplevde også at det ikke er samsvar mellom de lovnader som kommer fra sentrale politikere og det som faktisk er tilfelle i kommunene. En annen trakk igjen frem behovet for politiske føringer på hva tjenesten kan si nei til.

Det ble også ytret bekymring for motivasjonen med å sende brukerne tidlig tilbake til kommunen. En leder trakk for eksempel frem at økonomi kan bli viktigere enn de faglige vurderingene. Gruppen nikkete støttende når hun pekte på at det alltid må være faglige grunner for hvor og når brukerne skal behandles.

## **Diskusjon**

Innledningsvis vil jeg i det videre diskutere de resultater som er fremkommet opp imot aktuell litteratur. Deretter vil jeg se nærmere på metodiske problemstillinger og valg.

## **Resultatdiskusjon**

Denne studien tar for seg utfordringer som enhetslederne for ergo- og fysioterapitjenesten i Bergen kommune mener er til stede i organiseringen av kommunal fysioterapitjeneste i dag, samt utfordringer som vil kunne komme som følge av



samhandlingsreformen. Jeg vil diskutere forhold knyttet til de økonomiske rammebetingelsene, at fysioterapeuter har ulik avtaletilknytning til kommunene, samt fysioterapeuters arbeidsdag sett opp i mot aktuell litteratur. Hvordan samhandlingsreformen kan påvirke tjenesten vil bli diskutert fortløpende under de ulike undertemaene.

### ***Utfordringer knyttet til økonomiske rammebetingelser***

De økonomiske rammebetingelsene ble trukket frem som en hovedutfordring for fysioterapitjenesten. Dette samsvarer med situasjonen kommunene som helhet står overfor [7, 8]. Lederne pekte på at økonomi styrer svært mange av de valg de gjør i sine roller. Det er mulig temaet fikk økt fokus som en følge av at intervjuene fant sted omtrent samtidig som deltakerne hadde fått innsikt i budsjettforslaget, og som plandokumentet for ergo- og fysioterapitjenesten i kommunen [6] var ferdigstilt. Budsjettforslaget gav ingen føringer om økte midler til fysioterapitjenesten og syntes således å stå som en motforestilling til plandokumentet som slo fast at det er behov for flere fysioterapeuter for å imøtekomme de kommende års utfordringer. Deltakerne var derfor opptatt av hvordan det skulle la seg gjøre å gi et godt nok tilbud til kommunens innbyggere gitt de økonomiske rammevilkårene. Dette gjaldt både i forhold til dagens situasjon, og for fremtiden som følge av samhandlingsreformen.

Flertallet av lederne har vært yrkesaktive siden kommunehelsetjenesteloven kom i 1984. De har derfor vært gjennom ulike endringsprosesser knyttet til organisering av fysioterapitjenesten. Strand [20a] sier at *”ledelse som funksjon og praksis må forstås i sammenheng med de organisasjonsformene, sektorene og kulturene de er satt inn i”*. Som ledere i kommunen har deltakerne tidligere erfart å måtte sette i gang prosjekter og nye arbeidsoppgaver uten at det ble tilført økonomiske midler. Solvoll [21] pekte på at lederes frihet begrenses av økonomiske rammer utenfor deres kontroll. Dette kan være en forklaring på at enhetslederne var mindre opptatt av utfordringer knyttet til samhandlingsreformen enn hva jeg hadde sett for meg før jeg begynte med intervjuene. De har opplevd tilsvarende situasjoner tidligere og vet at de ikke kan styre kommunens retning for hvordan den skal møte reformen. Pettersen [10] hevdet at det er viktig at samhandlingsreformen møtes med en overordnet strategisk plan. Om kommunen er i gang med et slikt arbeid vites ikke, men lederne for ergo- og fysioterapitjenesten er i så fall ikke involvert i denne planleggingen.

Moland [8] beskrev hvordan kommunene har fått økt frihet, men endrede rammebetingelse der det forventes flere og bedre tjenester for hver krone. Dette samsvarer med enhetsledernes erfaringer, og gruppen trakk frem at dette resulterer i stramme prioriteringer i fysioterapitilbudet. Det ble argumentert for at dette i noen tilfeller kan være samfunnsøkonomisk fornuftig, samt at det kan være med å stille krav til at den enkelte selv må ta ansvar for egen helse. Her synes det naturlig å stille spørsmål til når grensen for hva som kan prioriteres bort er nådd. Prioriteringene må ikke bli så stramme at de tvinger frem en virkelighet der andre forhold enn de faglige vurderingene blir styrende for hvem som får behandling og ikke [22], et ideal som altså synes vanskelig å etterleve. Enhetslederne i denne studien problematiserte at stramme prioriteringer har resultert i redusert fokus på forebyggende aktiviteter. Kanskje er det behov for nye organisatoriske føringer for å kunne slakke litt på prioriteringskravene. Det kan således argumenteres for at innføringen av samhandlingsreformen kan gi nye rom til å endre denne utviklingen. Det gjenstår å se.

Regjeringen sier at kommunene vil få økte rammeoverføringer for å imøtekomme nye oppgaver som følge av samhandlingsreformen [9]. Dette var også tilfelle da kommunehelsetjenesteloven ble innført. Fysioterapi ble den gang en lovpålagt tjeneste i kommunene, noe som resulterte i langt flere fysioterapeuter [1], samt en økning i antall fysioterapeuter som arbeidet med forebyggende arbeid [1a]. Samhandlingsreformen fokuserer også på behandling og forebygging. Reformen kan dermed være en ypperlig anledning til å gi den kommunale fysioterapitjenesten et løft og vise behovet for at det trengs flere terapeuter. Spørsmålet er om rammeoverføringer til kommunene vil komme fysioterapitjenesten til gode. Det kan godt tenkes at kommunene vil velge å prioritere andre områder. Å aktivt arbeide for å markedsføre tjenesten overfor politikerne i kommunen synes derfor å være viktig. Deltakerne i denne studien har gode erfaringer med øremerkede midler for å få bestemte tiltak opp å gå. De pekte på at det følger krav med denne formen for bevilgninger, noe som kan være nødvendig gitt en stram kommuneøkonomi. Øremerkede midler synes således å være en fornuftig måte for å imøtekomme og gjennomføre nye og endrede oppgaver for tjenesten, da det kan være med å synliggjøre brukerbehov og fysioterapeuters rolle. Rene rammeoverføringer kan resultere i at midlene i stor grad vil gå til de økte utgiftene med at kommunene får flere behandlingstrengende brukere. I verste fall kan fysioterapitjenesten ende opp med flere

oppgaver uten at bevilgningene øker. En utvikling som vil kunne være med å forsterke trenden med å prioritere kurativt virke.

Strand [20] sier at det i det offentlige ofte er stor skepsis og treghet mot reformer. Enhetslederne synes å være løsningsorienterte og opptatt av å gi et godt tilbud med de gitte rammer. Opedal, Stigen og Laudal [23] viste imidlertid til at det kan være et dilemma at ledere også er fagpersoner. Samtidig som de skal følge de politiske og administrative vedtak de er pålagt å sette ut i livet, vil gjerne deres faglighet rette seg innover mot tjenestens faglige mål og hensyn, samt kvalitetskrav knyttet til dette. Det er derfor viktig at ikke samhandlingsreformen bare blir et nytt pålegg om nye oppgaver. Dette kan lett ha uheldig påvirkning på ledernes motivasjon og innsats. Gruppen i denne studien har alt god erfaring i å skulle få mest mulig nytte for hver krone. Det sentrale synes således å være at de får bruke denne kompetanse til å tilrettelegge for at fysioterapitjenesten kan stå godt rustet til å møte de nye utfordringene kommunen står overfor. Med bakgrunn i det overnevnte kan en hevde at fysioterapitjenesten i kommunen synes å trenge økte bevilgninger i forbindelse med reforminnføringen.

### ***Utfordringer knyttet til å ha to avtaletilknytninger***

At fysioterapeuter har ulik tilknytning til kommunene kan være et problem når det gjelder å skape en helhetlig tjeneste. Deltakerne pekte på at fysioterapeuter som arbeider med barn samarbeider bra uavhengig av hvilke avtaletilknytningen de har med kommunen, og de tror dette kan ha sammenheng med at terapeutene kjenner hverandres brukere. Enhetslederne ønsker seg et tilsvarende samarbeid for fysioterapeuter som arbeider med voksne. En rapport [24] viste at fysioterapeuter i kommunen behandler ulike brukergrupper. Mens fastlønnede fysioterapeuter hovedsakelig behandlet barn og eldre, hadde avtaleterapeutene hovedtyngden av sine brukere i yrkesaktiv alder. Det kan derfor være at premissene for å få til et godt samarbeid mellom fysioterapeuter som arbeider med voksne er annerledes enn hva som er tilfelle for dem som arbeider med barn. Samtidig har det i kommunen blitt gjort flere tiltak for å få til et tettere samarbeid, og det er ledernes opplevelse at dette har fungert. Å fortsette arbeidet for en mer samkjørt fysioterapitjeneste på tvert av avtaletilknytning synes viktig.

Deltakerne problematiserte at det har vært en kultur for at avtalefysioterapeutene stort sett har styrt seg selv. En rapport [24] fra 2009 viste at 24 prosent av

avtalefysioterapeutene ikke hadde noen kontakt med kommunen. Dette kan tyde på at det fortsatt er stor grad av selvstyre blant avtaleterapeuter. Om denne situasjonen er overførbart til fysioterapeutene i Bergen kommune er usikkert. Det er imidlertid blitt pekt på at det er behov for et bedre samarbeid mellom de to avtaletilknytningene for å kunne utnytte ressursene best mulig, samt for å gi et bedre tilbud til innbyggerne [6]. Deltakerne i studien hevdet at samarbeidet er blitt bedre de senere år. En forklaring på dette kan være at enhetslederne siden 2004 har hatt flere fullmakter og videre ansvarsområder, samt at de i større grad bestemmer hvem som innsettes når et driftstilskudd lyses ut. Dette synes imidlertid ikke å være nok. Det blir pekt på at en ting er å snakke om tiltak for å bedre samarbeidet, noe annet er å få tiltakene utført. En av lederne etterlyste sanksjonsmuligheter overfor dem som ikke følger bestemmelsene. Ifølge rammeavtalen [25] mellom KS og Norsk Fysioterapeutforbund skal kommunene utarbeide retningslinjer for samarbeid og fordeling av pasienter mellom de fastlønnede og avtalefysioterapeutene. Dersom noen ikke følger de gjeldende bestemmelser for samarbeid, har kommunene mulighet til å si opp vedkommendes driftsavtale. Det ligger dermed sanksjoner i lovverket. Så kanskje er det behov for at enhetslederne er tydeligere og jobber enda mer målrettet for å få til et bedre samarbeid. Det at kommunens ergo- og fysioterapitjeneste har egen leder i hver bydel, kan imidlertid gjøre det vanskelig å ha fokus utover egen resultatenhets. Gruppedeltakerne trakk i samtalen frem at samarbeidet på tvers av avtaletilknytningene var blitt bedre etter at tjenesten fikk en egen fagrådgiver. Det kan derfor tenkes at en som ikke er direkte involvert i driften lettere kan ha et mer helhetlig fokus.

Et helhetlig syn på fysioterapitjenesten synes å være ekstra viktig nå som samhandlingsreformen står for tur. Det er blitt hevdet at reformen setter krav til bedre samhandling mellom aktørene i helsevesenet [10,11]. Det tilsvarende bør gjelde for fysioterapeuter i kommunen, da det å få til et samarbeid internt i en yrkesgruppe synes som en forutsetning for å kunne samhandle med andre aktører. To poeng som ikke ble belyst i gruppesamtalene, men som det er verdt å nevne er; oppdeling av driftstilskuddene til avtalefysioterapeutene, samt de mange avtaleløse fysioterapeutene i kommunen. Tar man med disse gruppene av fysioterapeuter så er situasjonen at kommunene ikke betaler for det totale fysioterapitilbudet, og det synes som om behovet for fysioterapi er større enn det kommunene er i stand til å dekke. Dette er med å argumentere for at det er behov for å se på fysioterapitilbudet under ett, noe som også

innebærer hvordan den kommunale fysioterapitjenesten er organisert. For å få dette til synes det naturlig at dagens organisering blir evaluert.

### ***Utfordringer knyttet til den ansattes jobbhverdag***

At fysioterapeuter i kommunene behandler brukere i alle aldre setter krav til den enkeltes kompetanse. Blant de fastlønnede er en stor andel av fysioterapeutene generalister, mens avtalefysioterapeutene i større grad har en mer spesialisert kompetanse og tilnærming [24]. Grunnlaget for denne skilnaden kan ha sammenheng med arbeidsoppgavene. For mens avtalefysioterapeutene behandler flere brukere i løpet av en dag, har de fastlønnede gjerne andre arbeidsoppgaver. Disse oppgavene kan inkludere søknadsskriving og boligtilpassing, noe som setter krav til at man kjenner det kommunale systemet og vet hvor man skal henvende seg. Felles for begge gruppene er imidlertid at de kontinuerlig arbeider for å øke egen kompetanse og kunnskapsnivå [24].

Det ble trukket frem at gjennom samhandlingsreformen vil kommunene få tilført brukere i begge ender av det spenningsfeltet som fysioterapitjenesten i dag opererer i. Ved å få innbyggerne raskere tilbake til kommunene overføres en del av de arbeidsoppgaver som tidligere fant sted i spesialisthelsetjenesten. Dette øker behovet for mer spesialisert kompetanse. Flere rapporter [10,11] har pekt på at samhandlingsreformen setter krav til en kompetanseutvikling i kommunene. Dette reduserer imidlertid ikke behovet for generalister som har ekstra fokus på å se helheten. Samtidig synes det naturlig at det trengs flere spesialister i kommunal fysioterapitjeneste for å møte de nye kompetansekravene som vil komme. Nesheim [7] trakk frem krevende brukere som en utfordring for kommunehelsetjenestene. Dette samsvarer med hvordan enhetslederne beskrev at fysioterapeuter nå, i større grad enn tidligere, må argumentere for de beslutninger som er gjort rundt brukernes videre behandling og oppfølging. I seg selv kan dette være med på å argumentere for at det trengs flere med spesialkompetanse. Som spesialist har man en annen form for autoritet [26], noe som kan være nyttig i situasjoner der brukere eller annet helsepersonell er uenige i de faglige vurderinger som er gjort. Behovet for flere spesialister i kommunen blir videre underbygget av Møller og Flermoen [27] som hevdet at sykehusene i dag unnlater å sende ferdigbehandlede pasienter tilbake til kommunen. Dette som en konsekvens av at det er et misforhold mellom spesialisthelsetjenestens forventninger til det kommunale mottaksapparatet og det kommunene klarer å stille opp med.

Kompetanseutvikling og kompetanseoppbygning synes med denne bakgrunn å være viktig for fysioterapeuter i kommunene.

### **Metodediskusjon**

Fokusgruppeintervju egner seg godt for å få innsikt i erfaringer og tanker omkring et tema, men det knytter seg også utfordringer til metodevalget [13]. I det videre vil jeg derfor se nærmere på studiens interne og eksterne validitet. Intern validitet ser på de ”verktøy” som er brukt for å få frem kunnskapen, som her blant annet vil inkludere forskeren selv som instrument for dataproduksjon. Ekstern validitet sier noe om hvorvidt funnene kan gjelde ut over den aktuelle konteksten [15, 28, 29].

#### ***Intern validitet***

At jeg kjenner forskningsområdet godt fra min arbeidsdag gjør at jeg tar med meg en førforståelse inn i arbeidet. Dette kan være både en svakhet og en styrke for den interne validiteten. Det er viktig å være bevisst egen førforståelse og kontinuerlig reflektere over egen rolle [28, 30-32]. Gjennom hele prosessen har jeg aktivt søkt å få belyst temaet fra ulike sider. Blant annet har jeg diskutert materiale grundig med co-moderater, som var til stede under intervjuene, og med veileder. Min kjennskap til problemområdet var med på å lette kommunikasjonen under intervjuene, og økte sannsynligheten for at spørsmålene som ble stilt opplevdes relevante.

En av deltakerne er min nærmeste leder. For den interne validiteten kan dette ha hatt betydning ved at jeg, bevisst eller ubevisst, forholdt meg annerledes til henne enn til resten av deltakerne, ikke minst i intervjusituasjonen. Samtidig kan vårt forhold ha gjort at samtalen kom lettere i gang. I analysen ser jeg at min leder er den som prater mest innledningsvis i første intervju. Dette styrker påstanden om at vår relasjon kan ha spilt inn. At deltakerne kjente hverandre godt og har samarbeidet over flere år gav en god gruppedynamikk, og kan ha vært styrkende for den interne validiteten. Samtalene fløt lett og det var engasjerte deltakere. Under analysen så jeg tydeligere at noen pratet mer enn andre. Dette kan handle om at siden de var kollegaer så var det allerede etablert en viss gruppedynamikk. Det virket imidlertid som om alle kom til orde og fikk sagt det de ønsket. Dette inntrykket samsvarer med co-moderators opplevelse. Morgan [13] trekker frem at delaktighet ikke bare handler om hvor mye hver enkelt sa konkret i samtalen, men også om bifall og motstand uttrykt non-verbalt. Under intervjuene var alle aktive

med nikk og bekreftende tilbakemeldinger på det som ble sagt. Inntrykkene fra tilstedeværelsen i intervjuene gjør at det er rimelig å hevde at alle var delaktige, og at resultatet av studien synes å være dekkende for de erfaringer og synspunkter som kom frem i intervjuene som helhet.

Ved selv å foreta intervjuene, transkriberingen og analysen kan jeg ha bidratt til både å styrke og svekke den interne validiteten. Siden jeg var delaktig i samtalen kan jeg gjennom stemmebruk, toneleie og ordvalg i intervjusituasjonene, ha vært med på å påvirke det informantene trakk frem og diskuterte [12, 16]. Det vil si at jeg brakte tema på banen som var forberedt, men at jeg også bidro til at det ble rom for å diskutere, nyansere og oppfordret deltakerne til å komme med det de var opptatt av. Det samme kan gjelde måten jeg i transkriberingen og analysen formet og så teksten på, der forståelsen av temaene kan ha åpnet så vel som lukket for ny forståelse [19, 28, 32]. Ved å gjennomføre en førsamtale, samt ved å søke råd og veiledning, både i forhold til intervjuguiden og i bearbeidelsen av materialet, søkte jeg å motvirke at egen bakgrunn skulle forme resultatet på uheldig måte og følgelig svekke den interne validiteten.

En styrke ved metodevalget var at jeg hadde mulighet til å forklare og utdype spørsmålene i de tilfeller der deltakerne var usikre på betydningen [12, 16]. Sammenhengene var et annet forsøk på å styrke studiens interne validitet ved at gruppedeltakerne kunne komme med tilbakemeldinger på innholdet. Jeg kunne styrket validiteten ytterligere ved å ha latt co-moderator spilt en sterkere rolle. Jeg hadde instruert henne i at hun skulle observere situasjonen og notere inntrykk. Hadde jeg brukt henne mer aktivt under intervjuene, eksempelvis ved at hun hadde foretatt oppsummeringer i slutten av hvert intervju, kunne dette ha resultert i flere kommentarer og innspill på innholdet enn hva sammenhengene de fikk utdelt i etterkant gjorde.

### ***Ekstern validitet***

Studien har søkt å få frem kunnskap om de utfordringer som kan være tilstede i organiseringen av den kommunale fysioterapitjenesten i dag, og som følge av samhandlingsreformen. Enhetslederne i Bergen kommune diskuterte denne tematikken i to fokusgruppeintervjuer, og det syntes å være stor enighet om hovedutfordringene blant deltakerne. Siden enhetslederne er ansvarlige for fysioterapitjenesten fra kommunalt hold, synes resultatene i studien å være valide i forhold til å si noe om utfordringer

knyttet til organiseringen av fysioterapitjenesten i Bergen kommune. Bydelene i kommune er svært ulike, særlig med hensyn til størrelse. Det er derfor sannsynlig at de utfordringer som lederne i utvalget møter også kan ha relevans for dem som har ansvar for fysioterapitjenesten i andre kommuner, dog sett i forhold til lokale ulikheter. Kunnskapens nytteverdi eller relevans i lignende sammenhenger trekkes frem som et validitetskriterium i litteraturen [15,17].

### **Konklusjon - utfordring eller mulighet?**

Begrepet utfordring står sentralt i denne studien. I mange tilfeller kan begrepene utfordring og mulighet beskrive to sider av samme sak, men der utfordringer lett knyttes til noe negativt, vil muligheter ha et mer positivt fortegn. Ved å flytte fokus over på muligheter, kan kanskje det som er presentert som utfordringer i organiseringen av kommunal fysioterapitjeneste romme muligheter for yrkesgruppen.

Når vi nå står overfor en ny og viktig endring i kommunene er det behov for å se på fysioterapitjenesten med et helhetlig syn. Dette inkluderer å se på hvordan tjenesten er organisert, og spørsmålet er om det er behov for organisatoriske endringer.

Enhetslederne pekte på at stramme prioriteringer kan resultere i at andre forhold enn faglige vurderinger blir avgjørende for hvem som får behandling og hvem som ikke får det. Prioriteringer har også resultert i at mye av fysioterapeuters fokus dreier seg om kurative arbeidsoppgaver, mens forebygging kommer i andre rekke. Dette samsvarer ikke med intensjonen i samhandlingsreformen. Videre er det blitt trukket frem at det kan oppleves utfordrende at fysioterapeuter har ulik avtaletilknytning til kommunen.

Pettersen [10] pekte på at en utfordring knyttet til samhandlingsreformen er å få i stand gode samarbeidsløsninger mellom aktørene i helsesektoren. Å få til gode samarbeidsformer innenfor fysioterapifaget synes å være avgjørende for å få et mer helhetlig syn på det kommunale fysioterapitilbudet, og er av stor betydning for et optimalt samarbeid med andre helsefaglige aktører. Jeg vil derfor hevde at en konsekvens av samhandlingsreformen bør være å evaluere dagens fysioterapitjeneste. Videre er det viktig at man er åpne for de muligheter som en eventuell endring i organiseringen av tjenesten kan gi.



Samhandlingsreformen vil resultere i flere brukere i kommunene med behov for fysioterapi. Dette kommer som følge av tidligere utskrivning fra sykehus, og at forebyggende aktiviteter i større grad skal prioriteres. Det synes derfor naturlig at det i tillegg til å være behov for en mer samlet fysioterapitjeneste, også trengs flere fysioterapeuter. Ved at flere brukere kommer tidligere tilbake til kommunene synes også behovet for mer spisskompetanse å øke. Det kan således argumenteres for at kommuneendringene som vi nå står foran bør gi nye muligheter på nye arenaer og med flere arbeidsoppgaver for vår yrkesgruppe. Av seg selv kommer dette imidlertid ikke. Til det er helsearenaen for kompleks og hensynene for mange.

## **Acknowledgement**

Først en stor takk til enhetslederne for ergo- og fysioterapitjenesten i Bergen kommune som stilte opp som deltakere i studien. En spesiell takk til egen arbeidsgiver som har gjort det mulig for meg å gjennomføre prosjektet. Førstemanuensis Målfrid Råheim har gitt meg verdifulle råd og veiledning underveis. Det samme gjelder Maren Holck Ekenes, som i tillegg til å være co-moderator under intervjuene, også har vært en viktig diskusjonspartner. Ellers vil jeg takke familie, venner og kollegaer for oppmuntring og motivasjon. Tilslutt en takk til fondet for etter- og videreutdanning av fysioterapeuter som har gitt meg utdanningsstipend.

## **Referanser**

1. Sosial- og helsedirektoratet. Kartlegging av fysioterapitjenesten i kommunene. 2007. Rapport IS-1422.
- 1a. Romøren TI. Kommunehelsetjenestens fem første år.1989. I: Sosial- og helsedirektoratet. Kartlegging av fysioterapitjenesten i kommunene. 2007. Rapport IS-1422, 21.
2. Busch T, Ramstad LS. Modernisering av offentlig sektor: endringsprosesser, legitimitet og løse koblinger. BETA 2006;1:51-63.

3. Trygstad SC. Endringer i norske kommuner og konsekvenser for ansatte. Delrapport 4 Liv og arbeid – mulighetenes arbeidsliv for alle? Et prosjekt om forutsetningene for et bedre og lengre yrkesliv. 2009. Fafo-rapport 2009:14.
4. Denison E. Utvikling av nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten – fysioterapitjenesten. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester, 2010. Notat oktober 2010.
5. Lov om helsetjenester i kommunene mv (kommunehelsetjenesteloven) nr. 66 (19-11-1982).
6. Plandokument for ergo- og fysioterapi tjenesten i Bergen kommune 2010-2014. Vedtatt oktober 2010. Hentet fra: [http://bergen.kommune.no/BKSAK\\_filer/bksak%5C0%5CVEDLEGG%5C2010052127-2779777.PDF](http://bergen.kommune.no/BKSAK_filer/bksak%5C0%5CVEDLEGG%5C2010052127-2779777.PDF)
7. Nesheim T. Fremtidens ledelse i kommunene. 2006. SNF rapport nr. 26/06.
8. Moland L. Når katta vokser og musene blir mange. Om vekst, oppstyking og nye aktører i pleie- og omsorgssektoren. 2004. Fafo-notat 2004:11.
9. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen – rett behandling – på rett sted – til rett tid. 2009. St.meld. nr. 47. (2008-2009).
10. Pettersen K.S. Ledelse og lederutdanning i kommunenes helse- og omsorgstjeneste – resultater fra en kartleggingsstudie. Arbeidsforskningsinstituttet, 2010. Notat oktober 2010.
11. Disch PG, Vetvik E. Fremtidas omsorgsbilde – slik det ser ut på tegnebrettet. Omsorgsplanlegging i norske kommuner. Status i 2009 – utfordringer mot 2015. Senter for omsorgsforskning sør, 2009. Rapport nr 1/2009.
12. Krueger RA, Casey MA. Focus groups – A Practical Guide for Applied Research. 4. utg. California: SAGE Publications; 2009.

13. Morgan DL. Focus groups as qualitative research. 2. utg. California: SAGE Publications; 1997.
14. Kitzinger J. Qualitative research. Introducing focus groups. *BMJ* 1995;311(7000):299-302.
15. Malterud K. Qualitative research: Standards, challenges and guidelines. *The Lancet* 2001;358(9280):483-488.
16. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring. 3 utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2006.
17. Gadamer HG. Truth and method. 2. utg. London: Continuum; 1989.
18. Repstad, P. Nærhet och distanse: Kvalitative metoder i samällsvetenskapen. Lund: Studentlitteratur; 1999.
19. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademiske; 2009.
20. Strand T. Ledelse, organisasjon og kultur. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2007.
- 20a Strand T. Ledelse, organisasjon og kultur. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2007; 13.
21. Solvoll GS. Omstilling til resultatmodellen; Avdelingsleders erfaring med endring i egen funksjon [masteroppgave]. Tromsø: Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø; 2009.
22. Williams A. Priority setting in public and private health care – a guide through the ideological jungle. *Journal of Health Economics* 1988;7:173-183.

23. Opedal S, Stigen IM, Laudal T. Flat struktur og resultatenheter – utfordringer og strategier for kommunal ledelse. 2002. NIBR-rapport nr 21.
24. Helse- og omsorgsdepartementet. Spørreundersøkelse om fysioterapi i kommunehelsetjenesten. 2009. Rapport nr 6302.
25. ASA 4313 for perioden 2011-2012. Hentet fra <http://www.ks.no/PageFiles/5841/ASA%204313%202011-2012.pdf>
26. Barron CJ, Moffett JAK, Potter M. Patient expectations of physiotherapy: Definitions, concepts, and theories. *Physiotherapy Theory and Practice* 2007;23:37-46.
27. Møller G, Flermoen S. Samhandling mellom kommuner og helseforetak. Erfaringer fra Midt-Telemark. 2010. TF-rapport nr 266.
28. Domholdt E. *Rehabilitation Research. Principles and Applications*. 3. utg. St.Louis Missouri: WB Elsevier Saunders Company; 2005.
29. Cozby PC. *Methods in Behavioral Research*. 9. utg. Boston: McGraw-Hill; 2005.
30. Richards HM, Schwartz L J. Ethics of qualitative research: are there special issues for health services research? *Fam Prac* 2002;19(2):135-139.
31. Stige B, Malterud K, Midtgarden T. Toward an Agenda for Evaluation of Qualitative Research. *Qual Health Res* 2009;19:1504-1516.
32. Polit DF, Beck CT. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 8. utg. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.

### **3. METODE**

I det videre vil det bli gitt en ytterligere redegjørelse for studiens metodiske tilnærming. Her vil jeg ta for meg forhold som det ikke var rom for i artikkelen, men som jeg mener er viktige å få belyst. For å få sammenheng og forståelse vil en del av innholdet i artikkelen også være gjengitt her. Kapittelet vil omhandle valg av forskningsdesign og datainnsamling. Videre vil analysen bli grundig beskrevet, før jeg avslutningsvis vil ta for meg etiske betraktninger rundt studien.

#### **3.1 Valg av forskningsdesign**

Det er vanlig å skille mellom kvalitative og kvantitative metoder. Kvalitative metoder er ofte å foretrekke når det foreligger lite forhåndskunnskap om problemområdet som skal belyses (Polit og Beck, 2008). For å få en begynnende innsikt i problemområdet valgte jeg å gjennomføre en kvalitativ studie basert på fokusgruppeintervjuer.

##### **3.1.1 Fokusgruppeintervju**

Fokusgruppeintervju søker å samle kvalitative data fra en bestemt gruppesammensetning, og gruppedynamikken vil være avgjørende for kvaliteten av materialet (Morgan, 1997; Krueger og Casey, 2009). Intervjuformen er gjerne ikke-styrende, og designet egner seg godt når formålet er å få frem forskjellige synspunkter om et gitt tema (Kitzinger, 1999). Det er også trukket frem i litteraturen at gruppeintervjuer i større grad enn enkeltintervjuer gir mulighet for deltakerstyring (Madriz, 2000), dvs. rom for diskusjon deltakerne i mellom. I denne studien ble det holdt to fokusgruppeintervju med samme gruppe med ca en måneds mellomrom. Dette for å kunne utdype vesentlige tema fra første intervju, samt gi deltakerne rom for å reflektere rundt aktuelle tema mellom intervjuene.

Å gi deltakerne tid og mulighet til å reflektere over tema ble særskilt viktig siden studien kun har en gruppesammensetning. Morgan (1997) sier at det ved fokusgruppeintervju er vanlig med 3 til 4 ulike gruppesammensetninger. Samtidig peker han på at gruppeantallet vil avhenge av variasjonen i gruppen, og at det ved heterogene sammensetninger vil trenge flere grupper da det her kan være vanskeligere å sortere ut relevante erfaringer og synspunkter. At jeg kun hadde en gruppesammensetning har sammenheng med at jeg valgte en eksisterende homogen gruppe. Gruppen var valgt ut i fra forventninger om god gruppedynamikk og innsikt i problemområdet.

Fokusgrupper kan variere i størrelse. Krueger og Casey (2009) sier at en typisk fokusgruppe består av 5-10 personer, mens Kitzinger (1999) anbefaler 4 til 8 deltakere. At gruppen er stor nok til å få frem et gitt spekter av synspunkter, uten å være så stor at ikke alle deltakerne kommer til orde, synes å være det viktigste når det gjelder gruppestørrelsen (Morgan, 1997; Krueger og Casey, 2009). Både en for stor og en for liten gruppe vil kunne resultere i at man mister viktig informasjon.

### **3.2 Utvalg, forberedelse til fokusgruppeintervjuene og datainnsamlingen**

I forkant av datainnsamlingen sendte jeg ut et informasjonsskriv (vedlegg 1) til alle enhetslederne for ergo- og fysioterapitjenesten i Bergen kommune, 8 personer, med forespørsel om å delta i studien. Informasjonsskrivet gav dem innsikt i formålet med studien og om deres rolle i prosjektet (Kvale og Brinkmann, 2009). Alle var villige til å delta. For nærmere beskrivelse av utvalget, se artikkelen. To dager før første fokusgruppeintervju gjennomførte jeg en førsamtale med egen leder. Her gikk vi igjennom intervjuguiden. Denne samtalen gav meg trening i å gjennomføre et intervju, her dog med en person, ikke en gruppe. I tillegg fikk jeg tilbakemelding på innholdet. Erfaringer fra dette møtet resulterte i at jeg gjorde små endringer i intervjuguiden. Jeg ble også bevisst på at samtalen fløt bedre når jeg løsrev meg fra det skrevne materialet.

#### **3.2.1 Kort om intervjuguiden**

Når formålet med fokusgruppeintervjuet er å få vite noe man ikke visste fra før, eller å ha en samtale som åpner for nye spørsmål rundt en problemstilling, er det viktig å ikke gjøre intervjuguiden for detaljert. Krueger og Casey (2009, s. 37) sier at spørsmålene som stilles under intervjuene bør være klare og presise, samt at det er en fordel om de er åpne. For å få samtalen skikkelig i gang før hovedtema diskuteres, anbefaler forfatterne å begynne med enkle introduksjonsspørsmål. Disse føringene stod sentralt for meg i arbeidet med intervjuguiden.

I utformingen av intervjuguiden legges føringene for det videre arbeidet med studien.

God kjennskap til eksisterende teori på feltet blir sett på som en forutsetning.

Intervjuguiden utarbeides ikke forutsetningsløst, men ut fra forskerens egen førforståelse (Kvale og Brinkmann, 2009). For å motvirke at min førforståelse skulle være styrende for studien på uheldige måter, diskuterte jeg igjennom guiden både med veileder og med co-moderator. I tillegg gjennomførte jeg, som tidligere nevnt, en

førsamtale med egen leder. For mer utfyllende informasjon om forskerrollen og førforståelse, se artikkelen.

Til denne studien ble det utarbeidet to intervjuguider (vedlegg 2 og 3). Grunnen til dette var at det første fokusgruppeintervjuet resulterte i informasjon som jeg ikke hadde forutsett, men som det var verdt å gå nærmere inn på. Eksempelvis var fokuset i utgangspunktet rettet mot utfordringer for organiseringen av kommunal fysioterapitjeneste som følge av samhandlingsreformen. Ved andre gruppeintervju ble blikket i større grad flyttet mot utfordringer for tjenesten i dag. Problemstillingen endret seg som følge av dette også litt underveis, fra å kun omhandle fremtiden til å inkludere nåtiden. Begge guidene fungerte hovedsakelig som en sjekklister på områder jeg ville komme innom i løpet av intervjuet. De fungerte altså veiledende i forhold til hvilke spørsmål som ble stilt og fulgt opp. Noen punkter stod imidlertid helt sentralt, og disse samsvarte med forskningsspørsmålene som er nevnt under ”Problemstilling”.

### **3.2.2 Gjennomføring av fokusgruppeintervjuene**

Det ble gjennomført to fokusgruppeintervjuer i perioden oktober/ november 2010. Enhetslederne har felles månedlige ledermøter i Bergen Rådhus, og intervjuene ble holdt i tilknytning til disse. Utvalget var derfor i kjente omgivelser, og de slapp å bruke unødvendig tid på forflytning.

#### **3.2.2.1 Første fokusgruppeintervju**

Intervjuet fant sted i rom 225. Dette var et stort og luftig rom. 5 av 8 enhetsledere var til stede under intervjuet. En enhetsleder hadde på forhånd meldt avbud grunnet ferie, mens 2 var syke.

Presentasjon og innledende samtaler foregikk før båndopptakeren ble satt på. Etter at båndopptakeren ble slått av fortsatte diskusjonen, om enn i noe mer uformell form. Noe av det som kom frem her hadde stor relevans for studiens problemstilling, og jeg prøvde å ta opp igjen tema ved andre møte. Opptakslengden var 1 time, 8 min og 25 sekunder.

#### **3.2.2.2 Andre fokusgruppeintervju**

Intervjuet fant sted i rom 223. Dette var et lite og trangt rom. Seks av 8 enhetsledere var til stede under intervjuet, mens 2 av praktiske årsaker var fraværende. En av

enhetslederne måtte ta noen telefoner og var ute deler av møtet. To av lederne som var til stede denne dagen var ikke med første gang. En av lederne deltok ikke ved noen av intervjuene.

En uforutsett sak hadde dukket opp og gjorde at lederne måtte avbryte gruppeintervjuet tidligere enn planlagt. Dette var jeg ikke oppmerksom på før vi satt i gang med møtet. Hadde jeg visst dette hadde jeg ledet intervjuet noe annerledes enn hva som ble tilfelle. Jeg opplevde likevel å få diskutert de temaene jeg på forhånd hadde bestemt skulle prioriteres. Opptakslengden var 51 min og 37 sekunder.

### **3.2.3 Oppsummering fra fokusgruppeintervjuene**

Malterud (2006) peker på at det kan være fruktbart å oppsummere hovedinntrykkene fra intervjuet avslutningsvis for å få trygghet for at man har forstått deltakerne. Dette gir deltakerne mulighet til å komme med kommentarer. Det var intensjonen min å gjøre det på denne måten, men jeg opplevde at jeg var for urutinert som intervjuer til at dette lot seg gjennomføre. Jeg klarte ikke å samle trådene der og da, slik en oppsummering skal gjøres. I stedet valgte jeg å skrive et sammendrag fra første samtale som jeg leste opp innledningsvis ved andre møte. Sammendraget dannet her grunnlaget for den videre samtalen. Etter andre møte skrev jeg et sammendrag som ble sendt ut til enhetslederne. I vedlagt mail oppfordret jeg dem om å kommentere innholdet dersom noen fant det nødvendig. Det kom ingen tilbakemeldinger. Deltakerne fikk også tilbud om å få lese transkripsjonene, men ingen ønsket dette. Jeg burde ha valgt å la co-moderator oppsummere etter hvert hovedtema, noe som kunne gitt flere innspill fra gruppen. Dette var ikke godt nok gjennomtenkt i forkant.

### **3.3 Analyse**

Å omforme muntlige intervju til skriftlig tekst (transkribering) er en vanlig framgangsmåte for å gjøre dataene tilgjengelig for analyse. Transkribering kan gjøres på flere måter. Det viktige er at meningsinnholdet fra intervjuet blir synlig i den skrevne teksten (Kvale og Brinkmann, 2009). For å få en størst mulig nærhet til materialet utførte jeg transkriberingen selv. Malterud (2006) hevder at intervju har en tendens til å generere svært mye materiale både i form av lydopptak og deretter som utskrifter. Hun sier forskeren i sine utskrifter fra intervjuet kan finne spor til temaer som bør utdypes og konkretiseres. Samtidig vil forskeren ofte observere egne talemåter som kan åpne og



begrense kunnskapsutviklingen. For å bruke dette som en læringsprosess og aktivt nyttiggjøre meg av det videre i forskningsarbeidet, startet transkripsjonen samme dag som fokusgruppeintervjuene hadde funnet sted.

Jeg søkte i første omgang å skrive ned så nøyaktig som mulig det informantene sa. Latter- og annen tilleggsinformasjon ble skrevet i parentes og i kursiv. Etter at intervjuet var skrevet ned, gikk jeg igjennom hele intervjuet på nytt for å kontrollere at den skrevne teksten stemte med det som ble sagt på båndet. Etter at begge intervjuene var transkribert ble de skrevet i samme skriftstil og lagt etter hverandre i et eget dokument.

I bearbeidelsen av materialet tok jeg utgangspunkt i Malterud (2006) sin metode for meningskondensering av intervjutekster, som er inspirert av Giorgis fenomenologiske analysemetode. Analyseprosessen ble gjennomført i fire trinn:

Første trinn er fullt ut beskrevet i artikkelen.

I andre trinn gikk jeg mer systematisk igjennom materialet for å identifisere meningsbærende enheter. Dette er tekst som bærer med seg kunnskap om de temaene som er fremkommet (Malterud, 2006). Kvale og Brinkmann (2009) hevder at når man leser tale som er skrevet direkte ned, så kan teksten oppleves annerledes enn det som kom fram i det muntlige intervjuet. Jeg bearbeidet derfor innholdet i de meningsbærende enhetene slik at enkeltuttalelser skulle gi mening i seg selv, altså til fullstendige setninger. Jeg strebet etter å bruke informantens egne ord. Malterud (2006) peker på at det er en forutsetning å vite hvor hver enkelt tekstbit kommer fra for tilslutt å kunne vurdere funnene opp imot helheten. Hver informant ble derfor gitt et informantnummer. De meningsbærende enhetene ble så merket med informantnummer og sidetall. Utsagnene kunne da deles opp og stå uavhengig av hverandre, samtidig som man lett kunne finne delkomponentene sin plass i det totale materialet.

Videre ble de meningsbærende enhetene systematisert. Malterud (2006) referer til denne prosessen som koding, og målet er å klassifisere alle meningsbærende enheter som har sammenheng med temaene fra det første trinnet. Kodene ble dermed utviklet med utgangspunkt i de opprinnelige temaene. Noen av temaene ble imidlertid slått sammen og fikk mer presise koder. Eksempelvis ble ”samarbeid med avtalefysioterapeutene” og

”avtalefysioterapeuter versus fastlønnede fysioterapeuter” til ”utfordringer knyttet til å ha to avtaletilknytninger”. Andre tema viste seg å omhandle ulike sider av noe som egentlig representerte samme sak. ”Fysioterapeuters kompetanse” og ”samarbeid med annet helsepersonell” ble blant annet inkludert i koden ”utfordringer i fysioterapeuters jobbhverdag”.

Selve kodingen gjennomførte jeg ved hjelp av datateknologi. Jeg klippet og limte inn de meningsbærende enhetene under hver kode. Uttalelser fra samme deltaker ble satt etter hverandre, slik at jeg lettere kunne se hva, og hvor mye, hver enkelt hadde sagt om de ulike temaene. Selv om det som kommer frem i gruppeintervjuer er sett på som gruppens eie (Morgan, 1997), var dette en hjelp til å få inntrykk av om alle deltok aktivt, om enkelte var mye mer aktive enn andre osv.

I analysens tredje trinn søkte jeg systematisk å hente ut mening ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene i kodegruppene fra forrige trinn. Målet var å se etter flere nyanser enn det som var kommet frem så langt. Jeg tok derfor for meg en og en kodegruppe, og så etter innhold som beskrev ulike meningsaspekter. Dette ble sortert og bearbeidet i mindre subgrupper. ”Kompetanse” og ”lederrollen” ble for eksempel til to ulike subgrupper under koden ”utfordringer i fysioterapeuters jobbhverdag”. I denne fasen valgte jeg også å ta ut flere av de meningsbærende enhetene. Dette fordi bearbeidelsen av tekstbitene viste at de ikke hadde relevans i forhold til problemstillingen. Forhold knyttet til hvordan deltakerne definerte ”forebyggende arbeid” ble eksempelvis ekskludert fra det videre arbeidet.

Malterud (2006) viser til hvordan man i denne fasen av analysen skriver kunstige sitat fra de ulike subgruppene. Hun anbefaler også at flere personer er involvert i denne prosessen. Jeg gjorde analysen alene. I tillegg har jeg et betydelig mindre materiale enn hva Malterud viser til i sin gjennomgang av analysetrinnene. Innholdet i hver av subgruppene mine var derfor mindre enn det Malterud (2006) forholder seg til. Denne studien tar ikke mål av seg å utvikle nye begreper, men å få innsikt i eksisterende utfordringer knyttet til organiseringen av kommunal fysioterapitjeneste. I stedet for å skrive kunstige sitater, skrev jeg derfor små sammendrag fra de ulike subgruppene. Det vil si at der Malterud i dette steget benytter personifisering av tekstene ved hjelp av kunstige sitat med basis i subgruppens meningsbærende enheter, søkte jeg å få et mer

allment innhold basert på meningsbærende enheter som omhandlet det samme innenfor hver subgruppe. Eksempelvis ble følgende sammendrag skrevet, basert på de etterfølgende tre meningsbærende enhetene:

Det blir pekt på at fysioterapeuter som jobber med barn i større grad utfyller hverandre og ser arbeidsoppgavene mer i fellesskap enn hva som er tilfelle for terapeuter som jobber med voksne. Det blir videre trukket frem at dette er med på å gjøre arbeidet mer spennende, og fremstår som en mal til etterfølge for fysioterapeuter som arbeider med andre brukergrupper.

*De utfyller hverandre og ser oppgavene mer i fellesskap... (EL6, s. 45)*

*Om vi hadde fått samarbeidet mellom de private og de fastlønnede som jobber med voksne til å fungere slik som barneterapeutene jobber, så er det et sted å begynne.... (EL5, s. 45)*

*Samarbeidet mellom barneterapeutene i privat og fastlønnsstillinger fremstår som en mer spennende måte å jobbe på for alle terapeutene..... (EL1, s. 45)*

Intensjonen min ved å fravike Malterud (2006) var at siden jeg var ute etter disse ledernes erfaringer og synspunkter med tanke på organiseringen av et tjenestetilbud i kommunal regi, framfor erfaringer knyttet til mer personlige domener av livet, ønsket jeg å løfte blikket fra personfokuseringen kunstige sitater basert i meningsbærende enheter har i seg. Jeg valgte å sammenfatte innhold fra de meningsbærende enhetene under de ulike subgruppene i en mer allmenngjørende form, med fokus på erfaring med organiseringen av det konkrete arbeidet/tjenestetilbudet. Sammendragene ble etterfulgt av de aktuelle sitatene de var basert på. På den måten fremsto de også som et godt utgangspunkt for resultatpresentasjonen i neste trinn. Jeg gikk gjennom samtlige subgrupper innenfor de ulike kodegruppene på tilsvarende måte.

I det fjerde trinnet søkte jeg å se de nå mer oppstykkede delene opp imot helheten. Malterud (2006) tar basis i de kunstige sitatene når hun i denne fasen lager en innholdsbeskrivelse for hver kodegruppe. Dette er tekst som formidler hva utvalgte deler av subgruppene handler om. Jeg tok utgangspunkt i sammendragene fra de ulike subgruppene for å lage tilsvarende innholdsbeskrivelser. Innholdsbeskrivelsene samsvarte i stor grad med de opprinnelige kodene. Jeg skrev nye sammendrag under

hver kode basert på sammendragene under hver subgruppe. Jeg beholdt i starten mange meningsbærende enheter for å underbygge innholdet, men disse ble færre etter hvert som jeg arbeidet med dette trinnet. Eksempelvis er ”utfordringer knyttet til den ansattes jobbhverdag” illustrert i resultatet med følgende sitat: ”I kommunen skal vi ha fra A til Å, fra 0 til 100 år. Vi er gjerne helt alene, og må ta selvstendige avgjørelser”

Tidligere i arbeidet med analysen var i tillegg de to undernevnte sitatene tatt med for å underbygge innholdet:

*Vi har et medarbeidersamtalskjema, som ligger generelt på nettet og som gjelder alle grupper i Bergen kommune, og der er det et spørsmål som går til medarbeideren som sier: ”Nevn en gang du jobbet selvstendig”, og det jeg pleier å si da er at visst ikke du kan jobbe selvstendig, så har du ingenting i kommunehelsetjenesten å gjøre (EL5, s. 37)*

*Det er en stor utfordring at vi kan være inne på så veldig mange felt. Når man sier 0 til 100 år så er det jo hele livet... for innbyggerne... og barn, unge, psykisk utviklingshemmede..... (EL6, s. 34)*

I det videre arbeidet med analysen ble problemstillingen ytterligere trukket inn, og deler av sammendragene viste seg ikke å være av relevans i forhold til denne. For eksempel var aspekter knyttet opp til lederrollen en subgruppe som ikke ble med i det endelige resultatet. Når denne teksten så ble tatt ut, gikk jeg tilbake til det opprinnelige materialet, for å se om innholdet i det som ellers var analysert frem endret seg ved å fjerne en subgruppe. Gjennom hele prosessen gikk jeg frem og tilbake på tilsvarende måte.

Avslutningsvis søkte jeg å se materialet opp i mot helheten. Målet var å se hvorvidt resultatet av analysen fortsatt beskrev den opprinnelige sammenhengen. Jeg gikk igjennom setning for setning i resultatpresentasjonen og prøvde å relatere innholdet til informantnummer. Alle setninger lot seg tilbakeføre til en eller flere informanter. Selv om denne prosessen viste at ikke alle deltakerne var like delaktige i alle tema, var det totalt sett en jevn fordeling av hva hver enkelt hadde bidratt med.

### **3.4 Etiske betraktninger**

Richards og Schwartz (2002) sier at engstelse, misbruk, fordreining eller gjenkjennelse er former for risiko som utvalget kan utsettes for i en kvalitativ studie. I denne studien fikk deltakerne spørsmål knyttet til utfordringer ved organiseringen av kommunal

fysioterapitjeneste. Jeg har vanskelig for å se at dette er et tema som gir grunn til å forvente noen form for *engstelse* blant dem som deltok.

Muligheten for *gjenkjenning* er imidlertid til stede. For å redusere denne muligheten har jeg i det skriftelige materialet identifisert deltakerne med koder, ikke navn. I sitater brukt i den endelige resultatpresentasjonen er informantkodene utelatt. Studien søker å gi innsikt i utfordringer som er tilstede i organiseringen av kommunal fysioterapitjeneste. Dette er et tema som ikke antas å være personsensitiv for deltakerne. Muligheten for *gjenkjenning* synes dermed ikke å være så problematisk som det kunne vært, gitt et annet problemområde. Likevel, enhetslederne i Bergen kommune er lette å identifisere som gruppe. Det er viktig å peke på at ved bruk av fokusgruppeintervju som datakilde understrekes det at det som kommer frem nettopp har basis i gruppens samspill og følgelig er gruppens produkt, ikke enkeltpersonenes (Morgan, 1997).

Ikke å *misbruke* eller *fordreie* det materialet som deltakerne har gjort tilgjengelig for meg har vært en selvfølgelig rettesnor. Siden deltakerne i denne studien kan bli gjenkjent som gruppe har det vært spesielt viktig å ikke trekke slutninger ut fra sin sammenheng. For at deltakerne selv skulle kunne få ta nærmere del i det som kom frem i intervjuene og i mine inntrykk fra disse, skrev jeg sammendrag fra hvert intervju, som de kunne kommentere (jmf. kap. 3.2.3). De fikk også informasjon om at transkripsjonene var tilgjengelige for dem.

Før oppstart var studien til vurdering hos Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Godkjenningen fra dem vedliggjer (Vedlegg 4). Deltakerne fikk i forkant av studien både skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet og hensikten med forskningen. Samtlige har skrevet under på informert samtykke (Vedlegg 1).

## **4. Metodediskusjon**

I dette kapitlet vil jeg gjøre ytterligere rede for studiens interne validitet. Jeg vil ta for meg forhold som ikke ble trukket frem i artikkelen, men som jeg mener er viktig å få belyst. For å få sammenheng og forståelse av innholdet vil deler av det som ble presentert i artikkelen også bli gjengitt her.

Malterud (2006) peker på at om den interne validiteten er lav vil det være av mindre verdi å snakke om overførbarhet. Det vil si at den eksterne validiteten også er lav. Forhold knyttet til den eksterne validiteten ble presentert i artikkelen, og vil ikke bli ytterligere diskutert.

### **4.1 Intern validitet**

Den interne validiteten vil i det videre bli diskutert opp imot egen førforståelse, forskerrollen og studiens utvalg.

#### **4.1.1 Egen førforståelse, forskerrollen og validitet**

Studiens forskningsområde kjenner jeg godt fra min arbeidsdag. Nærheten til forskningsfeltet gjør at jeg tar med meg en førforståelse basert på egne erfaringer og tanker inn i arbeidet. Dette kan være både en svakhet og styrke for den interne validiteten. Repstad (1999) peker på viktigheten av at man som forsker søker å pendle mellom ”nærhet og distanse”. Det er viktig å være bevisst egen førforståelse og kontinuerlig reflektere over egen rolle (Richards og Schwartz, 2002; Domholdt, 2005; Polit og Beck, 2008; Stige, Malterud og Midtgarden, 2009). I det videre vil jeg derfor begynne med å eksemplifisere hvordan mine refleksjoner og forsøk på å distansere meg fra materialet, var med på å forme det endelige resultatet.

I min jobb som koordinator for ergo- og fysioterapeuttenesten i Bergenhus har jeg, i tillegg til å praktisere som kliniker, fokus på organiseringen av tjenesten. Dette er et tema som engasjerer og interesserer meg. I ”min” bydel er det mange fysioterapeuter. Fysioterapeutene har ulike avtaletilknytninger til kommunen, herunder fastlønnede, avtaleløse fysioterapeuter og avtalefysioterapeuter. Når det gjelder avtalefysioterapeutene varierer størrelsen på drifttilskuddene. I mediebildet har det de senere år vært flere saker som har omhandlet hvordan drifttilskuddene blir fordelt, og

hvordan fysioterapitjenesten er finansiert. En rapport (Finansiering av fysioterapitjenesten i kommunene, 2007) tar for seg forhold knyttet til dette. Innledningsvis i arbeidet med denne studien var jeg derfor opptatt av hvordan en endring av dagens finansieringsordninger ville påvirke den kommunale fysioterapitjenesten. Jeg tok med meg en førforståelse om at dette var viktig for deltakerne, og jeg hadde derfor temaet sentralt i første intervjuguide. Under analysens første trinn var dette også et tema som jeg festet meg med. I det videre arbeidet med analysen så jeg imidlertid klarere at det hovedsakelig var jeg og min leder som pratet rundt dette temaet. Jeg søkte å distansere meg fra materialet, og reflekterte grundig over problemområdet. Til dette brukte jeg mitt skrevne materiale, samt at det ble diskutert med co-moderator. Jeg gikk på ny tilbake til transkripsjonene og deltakernes innledende presentasjoner. Her kom det frem at det i de andre bydelene er færre drifttilskudd, og at svært få av disse er delt opp. Avtalefysioterapeutene utgjør således her en langt mindre del av enhetsledernes totale budsjett enn hva som er tilfelle i ”min” bydel. Gjennom refleksjoner og ved å gå frem og tilbake i materialet, så jeg at endrede finansieringsordninger for de privatpraktiserende ikke var en utfordring som utmerket seg for gruppen som helhet, og uten min deltakelse ville nok ikke dette temaet vært sentralt. Deltakerne var derimot opptatt av et godt samarbeid på tvers av hvilken avtaletilknytning fysioterapeuter har med kommunen, samt gode finansieringsløsninger for tjenesten som helhet. Dette ble belyst i gruppesamtalen og sentrale elementer i artikkelens resultat og diskusjonsdel.

Gjennom hele prosessen har jeg på tilsvarende måte som beskrevet over aktivt søkt å få belyst temaene fra ulike sider, og jeg har diskutert materialet med co-moderator og med veileder. Nærheten til problemområdet viste seg i noen sammenhenger å være en styrke for den interne validiteten (Domholdt, 2005). Min kjennskap og erfaring med tema, var blant annet med på å lette kommunikasjonen under intervjuene, samt gi økt sannsynlighet for at spørsmål som ble stilt opplevdes relevante.

At jeg selv foretok transkriberingen og analysen kan også ha bidratt til både å styrke og svekke den interne validiteten. Min førforståelse av temaene kan i denne fasen ha formet måten jeg så teksten på, og dette kan ha åpnet, så vel som lukket for ny forståelse (Domholdt, 2005; Polit & Beck, 2008; Kvale og Brinkmann, 2009). Både i transkriberingen og analysen av materialet kunne jeg derfor med fordel ha latt en annen

ha gjennomgått dataene parallelt med meg. Malterud (2001) hevder at selv når muntlig tale oversettes ord for ord til en skriftlig tekst, så skjer en fordreining. Malterud (2006) anbefaler også at man er flere om å gjennomføre en analyse. Siden jeg var alene om dette arbeidet har jeg gjennomført en grundig utredning av analysens fire steg (jmf. kap. 3.3). I tillegg søkte jeg, som tidligere nevnt, gjennom hele prosessen å distansere meg fra materialet. For å øke sannsynligheten for at det ikke var mine synspunkter som kom frem, gikk jeg i analysens fjerde trinn gjennom setning for setning i resultatpresentasjonen, for å se om innholdet kunne relateres til informantnumrene. Samtlige setninger lot seg tilbakeføre. Denne prosessen viste videre at selv om ikke alle deltakerne var like delaktige i alle tema, så var det totalt sett en så jevn fordeling i hva hver enkelt hadde bidratt med at resultatene kan sies å være dekkende for gruppens synspunkter.

#### **4.1.2 Utvalg og validitet**

Under dette punktet vil jeg ta opp forhold knyttet til studiens utvalg som kan ha særlig betydning for validiteten. Dette omhandler min relasjon til deltakerne, samt deres anonymitet.

Jeg har samme arbeidsgiver som deltakerne. I tillegg er alle deltakerne ledere innenfor mitt arbeidsfelt. Dette kan gjøre det vanskelig for meg å komme med kritiske bemerkninger om temaer som kom frem under fokusgruppeintervjuene. Dersom jeg i den skriftlige presentasjonen av resultatene retter kritikk mot de overordnede rammer som tjenesten er underlagt, kan dette oppleves som kritikk av egen arbeidsgiver. Deltakerne i denne studien har stor besluttosomhet i forhold til den tjenesten de leder. Ved å være negativ til de valg som de har bestemt seg for, kan dette sees på som kritikk av deres arbeid. Dette vil kunne være vanskelig. Med det valget som ble gjort med tanke på studiens hensikt og problemstillinger, tar imidlertid ikke studien mål av seg til å gi en pekepinn på hvordan tjenesten bør organiseres, men å gi en begynnende innsikt rundt utfordringer knyttet til organisering av fysioterapitjenesten i Bergen kommune. Jeg hadde på forhånd derfor ikke forventet at studien i stor grad skulle frembringe kritiske vurderinger vedrørende egen kommune og ledelse. Disse forventningene viste seg å samsvare med de faktiske forhold.



Siden deltakerne er spesifisert med tittel og arbeidskommune, er det mulig å finne ut hvem som utgjør deltakergruppen. Enhetslederne ble informert om dette både skriftlig og muntlig i forkant av studien. At deltakerne er gjenkjennbare kan ha gitt et internt press i gruppen til å stille opp, samt at de kan ha latt være å trekke frem aspekt som de ville gjort dersom de hadde vært mer anonymisert. Samtidig er det ikke urimelig å tenke at enhetslederne også gjerne ville bidra med sine erfaringer og synspunkter i en sammenheng som en slik studie er, med en opplevelse av at deres tanker og erfaringer om fysioterapitjenesten i kommunen kan være verdifull. For å være med å styrke den interne validiteten holdt jeg to fokusgruppeintervjuer med bare en måneds mellomrom. Jeg hadde da anledning til å gå dypere inn i aktuelle eller uklare tema. Dersom jeg hadde valgt å gjennomføre individuelle intervjuer i tillegg til fokusgruppeintervjuene, kunne jeg kanskje gått enda dypere inn i hver enkelts synspunkter knyttet til tema. Studiens problemområde antas imidlertid ikke å være sensitivt eller spesielt følsomt for de involverte, og jeg anså derfor en slik metodetrianglering for å være overflødig.

Det er videre verdt å merke seg at siden ikke alle deltok ved de to fokusgruppeintervjuene, har jeg anonymisert deltakerne i så stor grad at det ikke skal la seg gjøre å finne ut hvem som var tilstede ved begge møtene, hvem som var med bare en gang, samt hvem som ikke var tilstede i det hele tatt.

En av deltakerne er min nærmeste leder. De andre deltakerne kjente jeg ved prosjektstart lite til. For den interne validiteten kan dette ha hatt betydning ved at jeg, bevisst eller ubevisst, forholdt meg annerledes til min leder enn til resten av deltakerne. Ikke minst kan dette ha vært tilfelle i intervjusituasjonen. Samtidig kan vårt forhold ha gjort at samtalen kom lettere i gang. I analysen ser jeg at min leder er den som prater mest innledningsvis i første intervju. Dette styrker påstanden om at vår relasjon kan ha spilt inn. At deltakerne kjenner hverandre godt og har samarbeidet over flere år gav en god gruppedynamikk og kan ha vært styrkende for den interne validiteten. Atmosfæren var god, samtalene fløt lett og deltakerne var engasjerte. Under analysen så jeg tydeligere at noen prater mer enn andre. Dette kan handle om at siden de allerede var kollegaer var det etablert en viss gruppedynamikk mellom dem. Det virket imidlertid som om alle kom til orde og fikk sagt det de ønsket under diskusjonen. Dette inntrykket samsvarer med co-moderators opplevelse. At det var stor enighet blant utvalget om de temaer som ble diskutert og at alle var aktive med nikk og bekræftende tilbakemelding

på det som ble sagt, taler i retning av at alle var jevnbyrdig deltakende til produktet som ble skapt.

At det var lite uenighet blant deltakerne kan imidlertid ha flere årsaker. En årsak kan ha sammenheng med at deltakerne har samsvarende virkelighetsforståelse med tanke på fysioterapitjenesten i Bergen kommune, og således er samstemte i sine tanker og erfaringer. I tillegg kan de ha diskutert temaene tidligere, og kommet frem til forhold de er enige om, noe som igjen ble speilet i intervjuene. En annen forklaring kan være at det er etablert egne kulturer i gruppen der det ikke er rom for uenighet. Den gode gruppedynamikken gjør at sistnevnte synes mindre sannsynlig. Imidlertid kan det ha betydning at det internt i gruppen ikke synes å være en maktkamp, og at selv om jeg med min delaktighet prøver å få frem flere sider av temaene, så er problemområdet for allment til å vekke store konflikter blant enhetslederne. Deltakerne kan under intervjuene ha hatt et uuttalt, felles mål der de har søkt å formidle en felles forståelse av problemområdet. Andre forklaringer på at det er stor enighet blant deltakerne i en gruppe kan komme av lite engasjement og passivitet, men heller ikke dette samsvarer med hvordan vi (moderator/co-moderator) opplevde dynamikken under intervjuene. Deltakerne hadde alle lang erfaring, både som fysioterapeuter og klinikere. Ved å velge en mindre homogen gruppesammensetning eller en gruppe som var mindre etablert, kunne resultatet blitt annerledes.

## Litteraturliste

ASA 4313 for perioden 2011-2012. Hentet fra

<http://www.ks.no/PageFiles/5841/ASA%204313%202011-2012.pdf>

Busch, T., & Ramstad, L.S. (2006). Modernisering av offentlig sektor:

endringsprosesser, legitimitet og løse koblinger. BETA, 1, 51-63.

Disch, P.G., & Vetvik, E. (2009). Fremtidas omsorgsbilde – slik det ser ut på

tegnebrettet. Omsorgsplanlegging i norske kommuner. Status i 2009 – utfordringer mot 2015. Senter for omsorgsforskning sør. Rapport nr 1/2009.

Domholdt, E. (2005). Rehabilitation Research.Principles and Applications. (3.

Editions). St.Louis Missouri: WB Elsevier Saunders Company.

Hagen, K. P., & Schøyen, F. (2009). Helseforsikring i velferdsstaten – historikk og

prinsipper. I: Haug, K., Kaarbøe, O. M., & Olsen, T. E. (red.). (2009). Et helevesen uten grenser. Oslo: Cappelen akademisk forlag, 309-353.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). Finansiering av fysioterapitjenester i

kommunene. Rapport.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). Samhandlingsreformen – rett behandling – på

rett sted – til rett tid. St.meld. nr. 47.

Kitzinger, J. (1999). Fokus groups. In: Pope, C., & Mays, N. (Ed.). (2006).

Qualitative research in health care. (3. Edition). Oxford: Blackwell Publishing, chapter 3

Krueger, R.A., & Casey, M.A. (2009). Focus groups – A Practical Guide for Applied

Research. (4. Edition). California: SAGE Publications.

- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). Det kvalitative forskningsintervju. (2. utgave). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Lov om helsetjenester i kommunene mv (kommunehelsetjenesteloven) av 19. november 1982 nr. 66. Hentet fra <http://www.lovdatab.no/all/nl-19821119-066.html>
- Lov om kommuner og fylkekommuner mv (kommuneloven) av 25. september 1992 nr. 107. Hentet fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-19920925-107.html>
- Madriz, E. (2000). Fokus groups in feminist research. In: Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (eds.). Handbook of qualitative research. (2. Edition). Thousand Oaks: Sage publications
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: Standards, challenges and guidelines. The Lancet, 358(9280), 483-488.
- Malterud, K. (2006). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring. (3. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.
- Morgan, D. L. (1997). Focus groups ac qualitative research. (2. Edition). California: SAGE Publications.
- Nesheim, T. (2006). Fremtidens ledelse i kommunene. SNF rapport nr. 26/06.
- NOU 1997:18. Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk heletjeneste. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/Rpub/NOU/19981997/018/PDFA/NOU199719970018000DDDPDFA.pdf>
- Opedal, S., Stigen, I. M., & Laudal, T. (2002). Flat struktur og resultatenheter – utfordringer og strategier for kommunal ledelse. NIBR-rapport, 21.

- Pettersen, K. S. (2010). Ledelse og lederutdanning i kommunenes helse- og omsorgstjeneste – resultater fra en kartleggingsstudie. Arbeidsforskningsinstituttet. Notat oktober 2010.
- Plandokument for ergo- og fysioterapi tjenesten i Bergen kommune 2010-2014. Vedtatt oktober 2010. Hentet fra [http://www3.bergen.kommune.no/BKSAK\\_filer/bksak%5CO%5CVEDLEGG%5C2010052127-2779777.PDF](http://www3.bergen.kommune.no/BKSAK_filer/bksak%5CO%5CVEDLEGG%5C2010052127-2779777.PDF)
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (8. Edition). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Repstad, P. (1999). *Nærhet och distanse: Kvalitative metoder i samhällsvetenskapen*. Lund: Studentlitteratur.
- Richards, H. M., & Schwartz, L. J. (2002). Ethics of qualitative research: are there special issues for health services research? *Family Practice*, 19 (2), 135-139.
- Stige, B., Malterud, K., & Midtgarden, T. (2009). Toward an Agenda for Evaluation of Qualitative Research. *Qual Health Res*, 19, 1504-1516.
- Styringssystemet i Bergen kommune (2009). Hentet fra <https://www.bergen.kommune.no/politikk/slik-styres-bergen/7005/article-79641>
- Stølen, N. M. (1999). Tilbud og etterspørsel for ulike typer arbeidskraft. Økonomiske analyser, 7, 3-9.
- Trygstad, S. C. (2009). Endringer i norske kommuner og konsekvenser for ansatte. Delrapport 4 Liv og arbeid – mulighetenes arbeidsliv for alle? Et prosjekt om forutsetningene for et bedre og lengre yrkesliv. Fafo-rapport 2009:14
- Wæraas, A. (2005). Merkevarerbygging av offentlige virksomheter: utfordringer og muligheter. *Magma*, 3(8), 96-105.

## Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

### *” Hvilke utfordringer er tilstede i organiseringen av kommunal fysioterapitjeneste?”*

#### **Bakgrunn og hensikt**

Dette er en forespørsel til deg om å delta i en studie for å være med å kaste lys over de utfordringer som er tilstede i organiseringen av kommunal fysioterapitjeneste. Studien vil særlig vektlegge hvordan samhandlingsreformen og nye finansieringsordninger for privatpraktiserende fysioterapeuter vil kunne påvirke organiseringen av den kommunale fysioterapitjenesten. I tillegg vil prosjektet søke å si noe om fysioterapitjenestens posisjon i forhold til andre helsefaglige profesjoner.

Studiet er en del av et mastergradsprosjekt ved avdeling for fysioterapivitenskap, UiB. Undertegnede student er selv ansatt i Ergo- og fysioterapitjenesten i Bergenhus bydel. Ønsket med prosjektet er å bruke erfarne ledere fra ulike fysioterapienheter til å besvare oppgavens problemområde.

#### **Hva innebærer studien?**

Grunnlaget for studien vil bli lagt gjennom intervju i grupper, såkalte fokusgruppeintervju. Her inviteres du til å være med og fortelle om hva du ser på som utfordrende i organiseringen av den kommunale fysioterapitjenesten, og hvordan endringer i rammevilkårene for driften kan være med å påvirke din avdeling.

Det vil bli gjennomført 2 fokusgruppeintervju, hver på 1-1 ½ time. Intervjuene vil bli ledet av undertegnede student. I tillegg vil en co-moderator være tilstede for å gjøre feltnotater. Samtalene vil bli tatt opp med båndopptaker. Intervjuene vil bli holdt i tilknytning til allerede planlagte ledermøter.

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

Opptakene vil kun bli brukt i forbindelse med arbeidet med masteroppgaven og de vil bli oppbevart konfidensielt. Når oppgaven er ferdig vil opptakene bli slettet.

I oppgaven vil jeg i størst mulig grad søke å hindre at enkeltdeltakere vil kunne identifiseres. Hvilken kommune deltakerne er ansatt i vil imidlertid komme fram. Det er derfor vanskelig å garantere full anonymitet, da utfordringene antas å kunne variere med størrelse på bydelene. For å redusere muligheten for at informasjon kan knyttes til enkeltdeltakere, vil jeg i den skrevne teksten bruke begreper av typen ” I en av de større bydelene sees utfordringer som....”.

Studiens resultat vil som nevnt resultere i en masteroppgave. Dersom funnene synes å kunne være av interesse for flere, er det mulig at jeg i etterkant vil prøve å få publisert de resultater som framkommer.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen under. Skulle du ha ytterligere spørsmål til studien er det bare å ta kontakt med undertegnede på telefon.....

Veileder for prosjektet er førsteamanuensis Målfrid Råheim, ved Seksjon for fysioterapivitenskap, Universitetet i Bergen.

## **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg er villig til å delta i studien

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

---

(Linda Book Dalsgård, Mastergradsstudent, dato)

## Intervjuguide

Tema	Innhold
Innledende samtaler	<p>Forklare hensikten med intervjuet. Undersøkelsens formål. Ivaretagelse av anonymitet.</p> <p>Innledningsvis vil jeg at hver enkelt av dere kort forteller litt om dere selv og den enheten dere leder.</p> <p><i>Kan dere kort fortelle litt om de utfordringene dere opplever i arbeidet med å lede tjenesten/enheten?</i></p>
Gjennom å innføre samhandlingsreformen er intensjonen at kommunene i større grad skal ha ansvar for innbyggernes helse, og at forebyggende arbeid, i større grad skal prioriteres	<p>Hvordan vil dette kunne være med å <u>påvirke organiseringen</u> av den kommunale fysioterapitjenesten?</p> <p>Hvilken <u>betydning</u> vil det kunne få for tjenesten?</p> <p>Hvilke <u>positive sider</u> kan dere se at samhandlingsreformen vil kunne få for tjenesten?</p> <p>Hvilke <u>utfordringer</u> kan dere se samhandlingsreformen vil kunne få for tjenesten?</p>
Det er ønskelig fra Stortingets side at kommunene i større grad skal være med å dekke utgiftene til de privatpraktiserende fysioterapeutene	<p>Hvordan vil dette kunne være med å <u>påvirke organiseringen</u> av den kommunale fysioterapitjenesten?</p> <p>Hvilken <u>betydning</u> vil det kunne få for tjenesten?</p> <p>Hvilke <u>positive sider</u> ser dere ved en slik endring i finansieringsordningen?</p> <p>Hvilke <u>utfordringer</u> vil kunne følge med en slik endring i finansieringsordningene?</p>



<p>En rapport utarbeidet av Sosial og helsedirektoratet i 2005 (Finansiering av fysioterapitjenesten i kommunene, 2007) viser at bevilgningene til fysioterapi ikke har vært av samme størrelsesorden som det som har vært tilfelle til andre områder innen helse og sosial i kommunene</p>	<p>Hvilke posisjon opplever dere at den kommunale fysioterapitjenesten har i forhold til andre helsefaglige profesjoner?</p> <p>Opplever dere at fysioterapi er et prioritert område for kommunen?</p> <p>Hvilke betydning vil det ha for fysioterapitjenesten hvorvidt bevilgningene til kommunene er øremerkeda eller ikke?</p> <p>Opplever dere at det er samsvar mellom tilbud og etterspørsel?</p> <p>Hva synes dere om kvaliteten på det tilbudet dere gir til brukerne i kommunen?</p>
<p>Avsluttende samtaler</p>	<p>Oppsummering av det som er kommet fram</p> <p>Stemmer dette med slik dere ser det? Er det noe dere ønsker å tillegge?</p>

## Intervjuguide

Tema	Innhold
Innledende samtaler	<p>Presentasjon av de som ikke var tilstede første gang</p> <p>Oppsummering fra forrige fokusgruppeintervju</p> <p>Har noen kommentarer til oppsummeringene?</p>
<p>Mye av det vi snakket om sist var knyttet opp imot fremtiden, om man tenker på nå situasjonen, hva opplever dere som utfordringer i organiseringen av tjenesten pdd?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- måten kommunen er organisert på, bydeler, bydelsovergrepene tiltak</li> <li>- omorganisering, å ikke vite, hvordan er det med å påvirke jobben deres?</li> <li>- fysioterapiens organisering med private og fastlønnede</li> <li>- stram økonomi setter strenge krav til prioritering</li> <li>- samarbeidet med de private</li> <li>- korte budsjettperioder versus lang planlegging</li> <li>- den enkelte terapeut får mye ansvar, ta beslutninger alene i mange situasjoner, <b>hvordan påvirker dette lederrollen?</b></li> <li>- hvordan gjøre vår rolle mer tydelig, markere oss, "bort fra massasje", sekretær for andre, tydeliggjøre vår viktighet</li> <li>- hvordan er det med samarbeidet mellom etatene, er vi organisert på en måte som fremmer/hemmer dette?</li> <li>- Forvaltningsenheten styrer de andre helsetjenestene? Positivt/ negativt med å la dette gjelde fysioterapi</li> <li>-</li> </ul>
<p>Samhandlingsreformen - fremtiden</p>	<p>Dere har tidligere sagt at om bevilgningene ikke økes så må tjenesten spisses ytterligere, og man må prioriter i enda større grad enn dag. Hva tenker dere om dette/ hvordan skal dette skje?</p> <p>Hvordan må man endre dagens drift for å imøtekomme at flere brukere kommer tidligere hjem?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- endret kompetanse</li> <li>- hva er viktig kompetanse for kommunale fysioterapeuter</li> <li>- det generelle versus det spesielle</li> <li>- mer spesialisering</li> <li>- hva skal da være spesialisttjenestens rolle, flyttes dette til kommunen</li> <li>- opprette egne spesialistordninger i kommunen</li> </ul>

<p>Privatpraktiserende</p>	<p>Hva betyr det for tjenesten at vi er organisert som vi er med fastlønnede og privatpraktiserende?</p> <p>Vi snakket forrige gang om samarbeidet med de privat og om at de over lang tid i stor grad har styrt seg selv. Hva tenker dere om fremtiden i forhold til dette/ hvordan kan man påvirke dette?</p> <p>Hvordan tydeliggjøre at de er en del av den kommunale tjenesten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- betydningen av øremerka midler</li> <li>- behov for å endre ASAN</li> </ul> <p>Om de skal ta en større del av budsjettene, hvilke tanker har dere rundt dette? Hvilke konsekvenser vil det kunne ha for framtidens drift av den kommunale fysioterapitjenesten? Hva med de ulike pasientgruppene; honnørpasienter etc</p> <p>Dersom dere sto helt fritt til å bestemme, hvordan hadde dere ønskt at samarbeidet fungerte?</p>
<p>Avsluttende samtaler</p>	<p>Felles for det som ble sagt gang 1 var at det synes å være stor enighet internt i gruppen om hva som er utfordrende i organiseringen (ikke helt tilfellet) Er det enkelt områder dere vil trekke fram som dere opplever er spesielle utfordringer knyttet til den bydelen dere leder?</p> <p>Er det ellers noe dere avslutningsvis ønsker å tillegge?</p>

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Målfrid Råheim  
Seksjon for fysioterapivitenskap  
Institutt for samfunnsmedisinske fag  
Universitetet i Bergen  
Kalfarveien 31  
5018 BERGEN

Vår dato: 24.08.2010

Vår ref: 24820 / 3 / TNS

Deres dato:

Deres ref:

#### KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 19.06.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

24820

*Hvilke utfordringer er tilstede i organiseringen av kommunal fysioterapitjeneste? En kvalitativ studie av bydelsfysioterapeutene i Bergen kommune*  
Universitetet i Bergen, ved institusjonens øverste leder  
Målfrid Råheim  
Linda Book Dalsgård

Behandlingsansvarlig  
Daglig ansvarlig  
Student

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

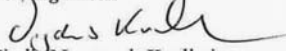
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, vedlagte prosjektvurdering - kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.05.2011, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Tone Njølstad Slotsvik

Kontaktperson: Tone Njølstad Slotsvik tlf: 55 58 24 10

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no  
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no