

Fysikalske institutt og frisklivssentral - utfyllende eller konkurrerende tjenester?

Samhandling om fysisk aktivitet i et helsefremmende perspektiv

HØGSKOLEN I VESTFOLD

Master i helsefremmende arbeid

Kandidatens navn:
Astri Heide Vaskinn

Måned/årstall
Desember 2010

Sammendrag

Bakgrunn: St.melding 47: Samhandlingsreformen vektlegger en forsterkning av kommunehelsetjenestens rolle i helsefremmende og forebyggende retning. I tråd med anbefaling er frisklivssentral under oppbygging i Trondheim kommune hvor helsetjenesten bistår folk i livsstilsendring når det gjelder fysisk aktivitet, kosthold og røyk. Helsedirektoratets evaluering av frisklivssentraler antyder at det er vanskelig å etablere samarbeid med privatpraktiserende fysioterapeuter. Det er ikke funnet litteratur om samarbeid mellom privatpraktiserende fysioterapeuter og frisklivssentral.

Problemstilling: Hvordan kan samhandling mellom fysikalske institutt og frisklivssentral utvikles for å bidra til økt fysisk aktivitet hos instituttens pasienter.

Metode: Studien har en kvalitativ tilnærming i en hermeneutisk vitenskapstradisjon. Det empiriske materialet er hentet fra fire fokusgruppeintervjuer og et singelintervju med 13 avtalefysioterapeuter fra 11 fysikalske institutt.

Funn: Informantene uttrykker at samhandling med frisklivssentral kan bidra til økt forebyggende arbeid for privatpraktiserende fysioterapeuter. Videre mener de dette kan bidra til færre gjengangerpasienter. Innspill fra andre kommuner uttrykker det samme.

Konklusjon: Samhandling mellom privatpraktiserende fysioterapeuter og frisklivssentral kan utvikles gjennom en forankret planlagt prosess der hele faggruppen inviteres for utvikling av samhandlingsrutiner. Etter informasjon og besøk på instituttene består samhandlingen i tett dialog og kompetanseutveksling ved pasientoppfølging, oversikt over og utvikling av nye aktivitetstilbud sammen med frivillige lag- og organisasjoner og pasienter/deltakere i deres nærmiljø. Demokratiske prosesser vil trolig minimalisere eventuell opplevelse av konkurranse/usikkerhet hos noen kollegaer. Funn tyder på at privat praksis bør øke sin helsefremmende kompetanse, faglig vurdere egne vedlikeholdstilbud og påvirke til videreutvikling av takstplakaten. Frisklivssentralen bør ha en base og lokale sentre og etablere samarbeid med flere profesjoner.

Nøkkelord: Frisklivssentral, livsstilsendring, fysisk aktivitet, lavterskeltilbud, samhandling, fysioterapi, fysikalske institutt, kommunehelsetjeneste, helsefremmende arbeid, setting.

Forord

En lang læringsprosess på fire og halvt år er i mål. Drivkraften har vært en stor interesse for fysioterapifaget og helsefremmende og forebyggende arbeid generelt og fysisk aktivitet spesielt. Tross sene nattetimer, papirflyt i huset, opp og nedturer har dette vært en positiv prosess som har gitt meg et løft i egen fagutøvelse som FYSAK-koordinator. Stor fagutvikling i Enhet for fysioterapitjenester i Trondheim kommune de siste 10 årene har inspirert meg, og personlig støtte og praktisk tilrettelegging fra min leder Anne Elisabeth Hansen har gjort dette mulig. Tusen takk til deg. Høyskolen i Vestfold med lærerne, biblioteket, medstudenter og atmosfæren av studentliv, har gitt meg mye disse årene og tilfredsstilt en lenge bevart drøm.

En stor takk til mine 13 informanter som gav åpenhjertlig av sine erfaringer og bidro til spennende diskusjoner. Uten dere hadde denne studien aldri blitt til. Det er med sorg jeg tenker på min første veileder professor Bjørg Aase Sørensen ved Høyskolen i Vestfold, som ble syk og døde i juni. Vi hadde noen fine samtaler i telefon i begynnelsen av året og jeg vet hun gledet seg til å følge arbeidet videre. Min nye veileder professor Geir Arild Espnes ved Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap ved NTNU var meget raus som gikk inn i veilederrollen langt uti løpet. Han lærte meg ”modningens effekt” og fulgte meg trygt i mål. Stor takk til deg.

Jeg er evig takknemlig for at venner og familie har gjort denne tiden levelig. Faglige diskusjoner og utveksling undervegs med kollega og medstudent Guri har vært til uvurdelig nytte. Utallige hytteturer på Lesja med Anne og Janne gav meg både fjelluft, seneforandring, og full oppvarming mens jeg studerte. Reisene til Vestfold har vært kombinert med å besøke mor og far på Nøtterøy. En stor takk for at dere stort sett har vært friske og selvhjulpne disse årene. På hjemmefronten vil jeg takk for teknisk bistand og oppmuntring fra Jens Einar og Hege, Asle og Elisabeth og Sveinung som jeg delte lesesalen med. En kjempestor takk til deg Kjetil som har støttet min prioritering med stor tålmodighet, inspirasjon og hjelp. Nå blir det mer felles fritid og turer i skog og mark. Så er det på høy tid at jeg avslutter studenttilværelsen og tar meg tid til å være nybakt farmor.

Trondheim, 05.12.2010

Astri Heide Vaskinn

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	II
Forord	III
Innholdsfortegnelse	IV
1 Innledning	1
1.1 Struktur.....	1
2 Tema	2
2.1 Fysisk aktivitet	2
2.2 Frisklivssentral	3
2.3 Fysioterapi	4
2.4 Erfaringer fra andre kommuner	5
2.5 Problemstilling.....	5
3 Teori og tidligere forskning	7
3.1 Utvalgte teorier og begreper.....	7
3.1.1 Kriterier for helsefremmende arbeid	7
3.1.2 Positiv helse.....	8
3.1.3 Medvirkning.....	9
3.1.4 Tverrsektorielt samarbeid	11
3.1.5 Settinger	12
3.2 Tidligere forskning	13
3.2.1 Vurdering av kunnskapsstatus.....	16
4 Metode	17
4.1 Kvalitativ tilnærming	17
4.1.1 Valgt design	17
4.1.2 Rekruttering til fokusgrupper	18
4.1.3 Intervjuguide	19

4.1.4	Analyse	20
4.2	Egen forforståelse og rolle	21
4.3	Etiske overveielser og hensyn	21
5	Funn..	23
5.1	Informantene og helhetsinntrykk av intervjuene	23
5.2	Hvordan benyttes fysisk aktivitet på fysikalske institutt?	24
5.2.1	Har instituttpasientene behov for økt fysisk aktivitet?.....	24
5.2.2	Hvilke ulike tilnæringsmåter benyttes?	25
5.2.3	Hvilke pasientgrupper kan ha nytte av annet tilbud i tillegg?.....	27
5.2.4	Oppsummering.....	30
5.3	Hva trengs for å dekke behovet hos pasientene og samtidig være et egnet tilskudd til tilbudet på fysikalske institutt?	30
5.3.1	Hvordan bør frisklivssentral utformes?.....	30
5.3.2	Hvilken innvirkning har dette på arbeidssituasjon til avtalefysioterapeutene ?.....	32
5.3.3	Oppsummering.....	33
5.4	Hvordan kan et spennende og utviklende samarbeid skapes?.....	33
5.4.1	Oppsummering.....	34
6	Diskusjon	35
6.1	Hvordan benyttes fysisk aktivitet på fysikalske institutt?	35
6.1.1	Instituttpasientenes aktivitetsnivå og forventninger.....	35
6.1.2	Instituttfysioterapeutenes motivasjonsrolle.....	37
6.1.3	Fysisk aktivitet på instituttene og sentral påvirkning.....	39
6.2	Hvordan kan frisklivssentralen utformes for å være et tilskudd til tilbudet på fysikalske institutt?	40
6.2.1	Pasientgrupper med udekt behov.....	40
6.2.2	Frisklivssentralens rolle og utforming	43
6.3	Hvordan kan et utviklende samarbeid skapes ?.....	44
6.3.1	Utviklende samarbeid og mulig effekt	44
6.3.2	Innvirkning på arbeidssituasjon.....	46

6.4	Diskusjon om metode.....	48
6.5	Oppsummering.....	49
7	Konklusjon.....	51
8	Litteraturliste	53
	Vedleggsoversikt.....	59

Tabell 1: Sammenstilling av disposisjon i kapittel 5 og 6.

Antall ord: 15947

1 Innledning

Målet med folkehelsearbeidet er flere leveår med god helse i befolkning og å redusere sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeid er samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen, og styrke det som bidrar til bedre helse og svekke det som medfører helserisiko gjennom *påvirkning av levekår og levevaner* (Helsedepartementet, 2003). Norge har i etterkrigstiden bidratt til redusert sykkelighet og økt livslengde i befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Men med velstanden kom også *livsstilssykdommene* kreft, hjerte- og karsykdommer, lungesykdommer og diabetes type 2, og lidelser øker på grunn av overvekt, fysisk passivitet og mistriivsel. Depresjoner og kroniske smertetilstander er etter hvert blitt like sentrale helseproblemer som hjertesykdommer i vår del av verden. Sosioøkonomisk ulikhet i helse har økt i Norge de siste tretti år (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Det som ofte kalles negativ helseadferd, som for eksempel *fysisk inaktivitet*, opptrer hyppigere hos de med lavest sosioøkonomisk status (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). St.meld. nr 47 "Samhandlingsreformen" påpeker mulig strukturell mangel i behandlingsskjeden mellom kommune og sykehus og innad i kommunen og at helsetjenestene er lite tilpasset kroniske sykdommer. *Helsetjenestens rolle* skal derfor styrkes i helsefremming og forebygging rettet mot enkeltpersoner og grupper i befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Nasjonale mål og hovedprioriteringer for 2010 (Helsedirektoratet, 2010b) ber kommunene etablere og utvikle lavterskeltilbud med lærings- og mestringsaktiviteter på levevaneområdet for eksempel i form av *frisklivssentral*. Etablering av frisklivssentral i Trondheim og potensialet i samhandling med privatpraktiserende fysioterapeuter er utgangspunktet for denne studien som inngår i masterstudiet i helsefremmende arbeid ved Høyskolen i Vestfold.

1.1 Struktur

I kapittel 2 presenteres oppgavens tema og problemstilling, og i kapittel 3 vises til utvalgte teorier, begreper og tidligere forskning på feltet. Oppgavens kvalitative metode presenteres i kapittel 4. I kapittel 5 framlegges resultater fra fokusgruppeintervju etter intervjuguidens oppbygging. Disse diskuteres opp mot tidligere forskning og valgte teorier i kapittel 6. Kapittelet avsluttes med kritisk blikk på metoden og oppsummering av funn. I 7. og avsluttende kapittel presenteres konklusjon og implikasjoner for framtiden.

2 Tema

Sentrale områder innen tema er fysisk aktivitet, frisklivssentral og fyioterapi og vil bli omtalt i dette kapittelet. I tillegg refereres erfaringer fra andre kommuner før problemstillingen presenteres.

2.1 Fysisk aktivitet

En økning av fysisk aktivitet i befolkningen er ett av tiltakene med størst positiv effekt på folkehelsen (Helsedepartementet, 2003, Bahr, 2009). Med fysisk aktivitet menes enhver kroppslig bevegelse utført av skjelettmuskulatur som resulterer i en økning i energiforbruket utover hvilenivå. Fysisk aktivitet benyttes som overordnet begrep og inkluderer alle former for fysisk utfoldelse, som for eksempel arbeid, idrett, mosjon, friluftsliv, lek, trening, trim, kroppsøving og fysisk fostring. Fysisk aktivitet som er planlagt, strukturert og gjentas hvor målet er å bedre eller vedlikeholde fysisk form, omtales som trening (Sosial- og helsedirektoratet, 2000). Personer som både i yrke og fritid sitter mye stille og i stor utstrekning benytter motorisert transport, karakteriseres som fysisk inaktive.

Fysisk inaktivitet er en økende utfordring i alle aldersgrupper. De siste tiårene har samfunnet vårt blitt tilrettelagt slik at aktivitet ikke lenger er en naturlig del av hverdagen, og hverdagsaktiviteten er blitt så mye mindre at den ikke kan erstattes av trening og mosjon på fritiden (Ommundsen og Aadland, 2009). Overvektsøkningen i befolkning skyldes trolig dette. 83 % av befolkningen var i 2007 mindre aktiv enn Helsedirektoratets anbefaling om 30 minutter daglig fysisk aktivitet for voksne. Fysisk aktivitet er godt dokumentert med svært god effekt i behandlingen av mange sykdommer og tilstander og kan i en del tilfeller erstatte eller redusere behovet for medisiner (Bahr, 2009). 76 % av de inaktive ønsker å komme i mer aktivitet (potensielt aktive), og halvparten er usikker på om de vil klare det (Ommundsen og Aadland, 2009). Blant de som ikke ønsker å komme i regelmessig fysisk aktivitet (ikke potensielt aktive), er det flere med ulike plager enn blant potensielt aktive. Flere vil trolig komme i regelmessig fysisk aktivitet hvis tilbudet er billig, nær bosted, fleksibelt, fysisk tilrettelagt og tilpasset fysisk form og forutsetninger. Bahr (2009) mener helsetjenesten har gunstig utgangspunkt i å bidra til eksempelvis økt fysisk aktivitet. Stor andel av befolkningen spesielt de som er minst aktive, er i kontakt med helsetjenesten og informasjon gir stor

troverdighet. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring (2005-2015) gir føringer til at helsetjenestene skal være virkningsfulle, trygge og sikre, tilgjengelige, rettferdig fordelt og involvere brukerne (Sosial- og helsedirektoratet, 2005a).

2.2 Frisklivssentral

Etablering av frisklivssentral bygger på St. meld 16 (2002-2003) (Helsedepartementet, 2003) og grønnresept-ordningen hvor legene kunne foreskrive fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt isteden for medisiner til pasienter med høyt blodtrykk eller diabetes 2. Legene savnet instanser å henvise til for slike tiltak og Helsedirektoratet etablerte utprøving av mottakssentraler i 5 fylker. En nasjonal evaluering har vurdert frisklivssentralordningen som vellykket, men synliggjør behov for videreutvikling av tilbudet (Båtevik m.fl., 2008).

Tiltak 85 i "Handlingsplanen for fysisk aktivitet" (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005) forespeilet at det skulle utredes hvordan ulike deler av helsetjenesten, blant annet fysioterapitjenesten, kunne følge opp pasienter som er blitt foreskrevet grønn resept. Båtevik m.fl. (2008) fant at det i hovedsak er legene som henviser til frisklivssentral. De fleste har prioritert å involvere legene først og åpnet for fysioterapeuter en stund etter oppstart. I to kommuner var det flest henvisninger fra fysioterapeuter. Rapporten referer at det flere steder har vært vanskelig å inkludere private fysioterapeuter i ordningene, og at noen sentraler antar at de private fysioterapeutene oppfatter tilbudet som konkurranse (Pkt 4.1). Rapporten innehar ikke vurdering av avtalefysioterapeutenes syn eller muligheter for bidrag og samarbeid.

I Trondheim er "utredning av frisklivssentral" forankret i Folkehelseplan (Trondheim kommune, 2007). Sentralen startet i Lerkendal bydel i 2008, organisert under Enhet for fysioterapitjenester og finansiert av Fylkesmannen i 2008 og 2009. Sentralen er forankret i Rådmannens budsjettforslag for 2011. Utformingen følger Helsedirektoratets anbefaling om individuell helsesamtale før og etter "frisklivsperiode" på 3 måneder og gruppeaktiviteter inne/ute. Kurs i kosthold, røykeslutt og mentale endringsprosesser tilbys. Det mottas henvisninger om livsstilsendring uavhengig av diagnose og hovedsakelig fra fastleger og NAV. Et fysikalsk institutt er besøkt for å initiere et samarbeid, uten at det resulterte i henvisninger til frisklivssentralen. Utvidelse av tilbudet til alle bydeler er under planlegging og det er ønskelig å vurdere hvordan avtalefysioterapeuter bør involveres og potensialet for slikt samarbeid.

2.3 Fysioterapi

Fysioterapeuter har kompetanse om kropp og bevegelse i et helseperspektiv, det vil si hvordan kroppslige reaksjoner og sykdommer kan henge sammen med opplevelse og livssituasjon (Enhet for fysioterapitjenester, 2006). Med utgangspunkt i selvstendige vurderinger og evalueringer iverksettes behandling og andre tiltak rettet mot enkeltindivid og grupper. Målet er å bedre fysisk og psykisk funksjonsevne gjennom en kroppslig tilnærming. I tillegg kan fysioterapeuter bidra med tilpasning av kompenserende hjelpemidler, samt planlegging og tilrettelegging av fysiske omgivelser.

I kommunehelsetjenesten har fysioterapi to tilknytningsformer: fastlønte fysioterapeuter og fysioterapeuter i privat praksis med kommunal driftsavtale (avtalefysioterapeuter). I tillegg finnes privatpraktiserende fysioterapeuter uten avtale med kommunen. Avtalefysioterapeuter utgjør 2/3 av fysioterapitjenesten i Trondheim med 96 avtalefysioterapeuter fordelt på 28 institutt. Yrkesutøvelsen har vært basert på en biomedisinsk forståelse og praksisutøvelsen har hovedfokus på behandling/bedring av smerte, og gjenopprettelse av funksjon. Årsrapport for avtalefysioterapeuter (Enhet for fysioterapitjenester, 2009) viser at 59% av pasientene ble behandlet for muskelskjelettlidelser (belastnings- og ortopediske lidelser). Mange pasienter med kroniske lidelser opplever lindring og bedring av fysioterapi og går derfor ofte til behandling (Olden, 2008). Disse karaktereseres som gjengangerpasienter.

Inntektsgrunnlaget for avtalefysioterapeutene er tredelt: tilskudd fra kommunen, egenandel fra pasienten og refusjon fra trygden. Takstplakaten inneholder takster for behandlingstyper og liste med diagnoser som gir full refusjon; det vil si at trygden betaler hele beløpet til fysioterapeuten og pasienten får gratis behandling. I ønsket om å snu utviklingen med økning i uttak fra trygden, ønsker staten at kommunene skal få økt finansieringsansvar for privat praksis. Stortinget har i 2009 vedtatt at de kommunale driftstilskuddene skal økes fra 23 til minst 40 % (av samlet omsetning) (Kommunenes Sentralforbund, 2010). Refusjonstaksten reduseres tilsvarende.

Samhandlingsreformen bemerker at fysioterapeuters organisering utenfor den kommunale organisasjon utfordrer samarbeidet mellom helsepersonell fra ulike profesjoner og forankringen i en helhetlig helsetjeneste. Kommunal plan for fysioterapitjenester 2006-2009 (Enhet for fysioterapitjenester, 2006) skal revideres i 2011.

2.4 Erfaringer fra andre kommuner

Da det var liten kunnskap om involvering av privat praksis i frisklivssentaler (Båtevik m.fl., 2008), var det ønskelig med innspill fra andre kommuner som inngang til studien. Helsedirektoratets liste over kommunale frisklivssentraler ble benyttet (Helsedirektoratet, 2010a). Disse (82 utenom Trondheim) ble tilsendt enkelt spørreskjema (vedlegg 1). 41 kommuner svarte hvorav 32 hadde aktiv sentral og avtalefysioterapeuter i kommunen. 27 kommuner hadde etablert samarbeid og privatpraktiserende fysioterapeuter hadde kun henviserrolle i 12 kommuner. For å etablere et samarbeid hadde 12 kommuner klar informasjonsstrategi. 25 kommuner gav råd i forbindelse med etablering av frisklivssentral i Trondheim. De vektla å etablere god kommunikasjon fra start, tydelig informasjon og dialog om roller, oppgaver, aktuelle målgrupper for henvisning og utveksling av kompetanse med åpenhet for initiativ. Flere kommuner mener et samarbeid kan føre til færre kronikere på behandlingslisten til instituttene.

2.5 Problemstilling

Jeg har i mange år vært opptatt av fysioterapitjenestens rolle i helsefremmende og forebyggende arbeid. Frisklivssentral er under oppbygging i Trondheim og søker aktuelle målgrupper og samarbeidspartnere. Jeg ønsker å vite om instituttens pasienter er aktuell målgruppe og hvordan de kan bistås best mulig. Det at evalueringsrapporten (Båtevik m.fl., 2008) uttrykker det vanskelig å inkludere avtalefysioterapeuter, gjør meg nysgjerrig på hva dette kan skyldes, særlig når begrunnelsen i rapporten synes svak. Følgende hovedproblemstilling og tre underproblemstillinger er valgt:

Hvordan kan samhandling mellom fysikalske institutt og frisklivssentral utvikles for å bidra til økt fysisk aktivitet hos instituttens pasienter?

- a. Hvordan benyttes fysisk aktivitet på fysikalske institutt?
- b. Hvordan kan frisklivssentralen utformes for å være et tilskudd til tilbudet på fysikalske institutt?
- c. Hvordan kan et utviklende samarbeid skapes?

Presisering og begrunnelse for problemstillingen

I dag er avtalefysioterapeutene i liten grad kjent med frisklivssentrales tilbud og frisklivssentralen kjenner ikke dagens praksis på fysikalske institutt godt nok som grunnlag for samhandling. Ulik finansieringsordning utgjør både større frihet i arbeidet og lavere egenbetaling på frisklivssentral med unntak av fullrefusjonspasienter på fysikalske institutt. På den andre siden utløser legens rekvisisjon gratis transport for pasienten til fysikalsk behandling og ikke til frisklivssentral. Forskjellen mellom fysikalsk behandling og tilbud på frisklivssentral sees på mange vis. Men er det en overlapping eller klare skillelinjer? Det synes nødvendig å klargjøre dagens praksis før samhandlingsstrukturer kan legges.

Konkurranseropplevelsen og faren for konflikt som er beskrevet i evalueringsrapporten (Båtevik m.fl., 2008), trengs det mer kunnskap om. Det er stort fokus på mer forebygging og diskusjoner om hvordan helsetjenesten skal bruke sine ressurser, men det er få studier med helsefremmende fokus på helsetjenestene.

Oppgaven mener jeg kan få praktisk betydning både for frisklivssentralen, avtalefysioterapeutene og pasienter i Trondheim. For å få betydning for faget og faggruppen, er det viktig at nye erkjennelser dokumenteres vitenskapelig. Hvis det framkommer en god modell eller klare kriterier for samhandling, vil det trolig være nyttig kunnskap med overføringsverdi til andre kommuner. Masteroppgavens tema er forankret i Kommuneplan for Trondheim 2009-2020 (Trondheim kommune, 2010), ved at kommunen vil gi utsatte grupper bedre mulighet for å ta vare på egen helse gjennom informasjon, veiledning og støtte.

3 Teori og tidligere forskning

Valgte problemstilling har et helsefremmende fokus på framtidig samhandlingen mellom fysikalske institutt og frisklivssentral. Samhandlingens hensikt er å bidra til at instituttene pasienter med behov for økt fysisk aktivitet får nødvendig hjelp til å gjennomføre sin livsstilsendring. Aktuelle teorier, begreper og tidligere forskning som belyser dette, presentres her.

3.1 Utvalgte teorier og begreper

3.1.1 Kriterier for helsefremmende arbeid

Helsefremmende arbeid er en viktig dimensjon i forebyggende helsearbeid (Høgskolen i Vestfold, 2010), og WHO (1986) har framlagt følgende strategier: en helsefremmende politikk, bidra til støttende omgivelser for helse, styrke lokalmiljøets mulighet for påvirkning, tilrettelegge for økt egenkontroll og reorientering av helsetjenesten. Størst effekt oppnås når flere av strategiene aktiveres parallelt. Helsefremmende arbeid defineres som: ”prosessen hvor folk øker sin egenkontroll over og forbedrer sin helse”. Sørensen m. fl. (2002) har sammenstilt egenkontroll også benevnt som bemyndigelse (empowerment), på individuelt, gruppe/organisasjons- og samfunnsnivå med virkningsfulle påvirkningsfaktorer. Livsstilssykdommer er for eksempel ofte resultatet at mange sammenfallende faktorer, og må angripes på flere måter. Poland m.fl. (2000) beskriver viktige kriterier som skiller helsefremmende arbeid og annen tilnærming:

- fokusere *positiv helse*
- oppmuntre til *medvirkning*
- fremme *tverrsektorielt samarbeid*

Sørensen (2002) tilføyer at helsefremmende intervensjoner bør:

- fremme eventuelle behov for ressurser og politiske endringer
- støtte spredning av innovasjon og institusjonalisere vellykkede komponenter

Helsefremmeren vies ulike roller som å skape aksept og støtte (*advocacy*), tilrettelegge for helsefremmende prosesser (*enabling*) og bidra til samarbeidsallianser (*mediating*). For å ivareta disse kriteriene, er *settingstilnærming* mest nærliggende (Poland m.fl., 2000, Sørensen

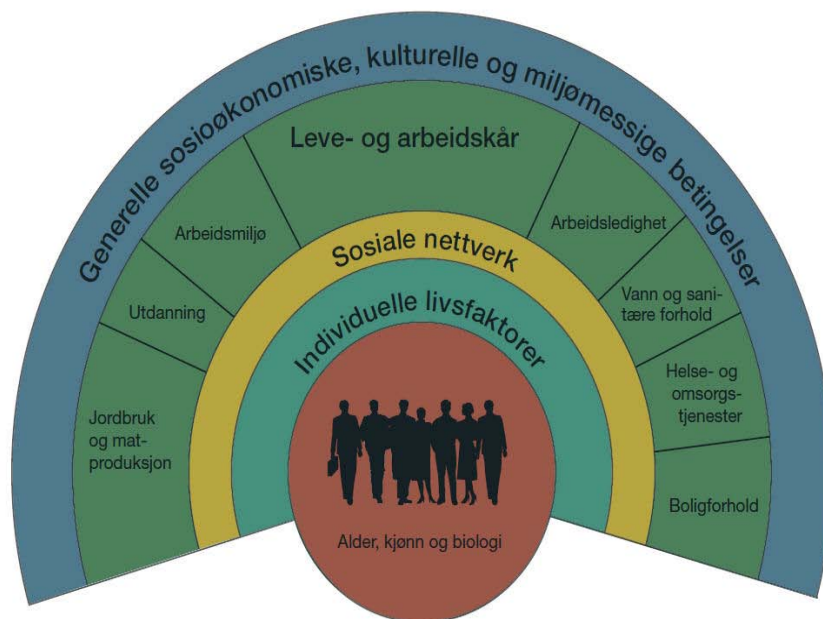
m.fl., 2002). Begrunnelsen er at settinger i motsetning til sak- eller målgruppetilnærming, ivaretar flere perspektivet og uttrykkes som økologisk tilnærming.

Kriteriene for helsefremmende arbeid nevnt over, er utgangspunkt for valg av teorier.

3.1.2 Positiv helse

Ottawa-Charteret uttrykker at "Helse skapes i folks hverdagsliv, hvor de lærer, arbeider, leker og elsker. Helse skapes ved å ta vare på seg selv og andre, være i stand til å bestemme og ha kontroll over ens livsomstendigheter og med visshet om at samfunnet en lever i, tilrettelegger for helsen til alle innbyggerne" (WHO, 1986). Helse er sett på som en positiv ressurs i hverdagslivet med vekt på både sosiale, personlige og fysiske kapasitet i motsetning til medisinsk biologisk syn hvor type og grad av sykdom og skade er utgangspunktet for tiltak.

Determinanter for god helse er fred, bolig, utdanning, mat, inntekt, stabilt økosystem, bærekraftige ressurser, sosial rettferdighet og likeverd. WHO (1986) har et holistisk menneskesyn hvor individet sees i en sammenheng med omgivelsene.



Figur 2. Whitehead og Dalgrens sosiale helsemodell (1991) (Sosial- og helsedirektoratet, 2005b).

Den sosiale helsemodellen (fig.2) viser ringer med ulike lag av helse-determinanter og synliggjør helse som et sammensatt problemfelt og krever sammensatte løsninger. At helse skapes i relasjon mellom mennesker og omgivelsene, vil bety at både avtalefysioterapeutenes og deres pasienters kontekst vil ha betydning for samhandling og er dermed sentralt for hovedproblemstillingen.

Antonovsky (2000) har vært opptatt av årsaker til helse (salutogenese) mer enn årsaker til sykdom, og ser på helsen som en egenstyrke alle har basert på tidligere erfaringer. Han ser på helsen som et kontinuum mellom syk og frisk hvor alle befinner seg et sted på denne ut fra evnen til å takle hendelser i livet. Hans svar på det salutogene spørsmål er ”Opplevelse av sammenheng” som er bygget på tre komponenter. Den sterkeste komponenten *meningsfullhet* beskriver opplevelsen av delaktighet i det som skjer. *Begripelighet* beskriver at det som inntreffer er forståelig og oppleves som ordnet, strukturert og tydelig. *Håndterbarhet* handler om at de ressurser en har til rådighet er tilstrekkelig til å klare kravene en blir stilt overfor. Antonovsky (2000) frambringer derved en indre helsekomponent.

3.1.3 Medvirkning

Helsefremmende arbeid fokuserer ikke bare på aktivitetene selv, men også måtene de gjennomføres på kan ha helsekonsekvenser (Høgskolen i Vestfold, 2010). Hvis de berørte er involvert i initiering og framdrift av prosessen, er det mest sannsynlig at endringsprosesser blir vellykket og varige (Bracht m.fl., 1999). Arnstein (1998) beskriver ulike grader av medvirkning som en 8-trinns stige. Manipulering og behandling vurderes som *ikke medvirkende*, mens informasjon, konsultasjon og rådgivning beskrives som *symbolsk medvirkning*. *Reell medvirkning* betegner de øverste trinnene med partnerskap, delegert myndighet og full kontroll (delvis egen oversettelse). Eksempelvis kan en faggruppes kompetanse brukes og oppleves som makt og gi utfordringer til både bemyndigelse av pasienter og tverrfaglig samarbeid (Stang, 2003). Reell medvirkning oppnås kun med maktfri dialog (Eriksen og Weigård, 1999), og Habermas’ teorier beskriver den ideelle samtalsituasjonen hvor maktlikevekt er utgangspunkt. Selv om kommunikasjon er vesentlig samhandlingsverktøy, vil det som fenomen ikke ha fokus i denne studien. Eksempler på metoder som søker å ivareta reell medvirkning, er dialogkonferanse (Hauger og Arntzen, 2003) og systematisk refleksjon (Hauge og Ausland, 2003).

Hovedproblemstillingen fokuserer blant annet instituttspasientenes livsstilsendring. Modell for adferdsendring med utgangspunkt i individers forventninger kan derfor være nyttig. Espenes og Smelund (2009) framholder Banduras modell som meget anvendbar i praksis. Modellen er bygd på at adferd styres av konsekvenser som forsterkning og straff som ikke trenger komme umiddelbart. Utgangspunktet er at vi kan sette oss mål langt fram i tid. Det vises til en tett

sammenheng mellom troen på det vi klarer å gjøre og det vi vil gjøre. Vi lager oss selv standarder for hva vi er fornøyd med og ikke.

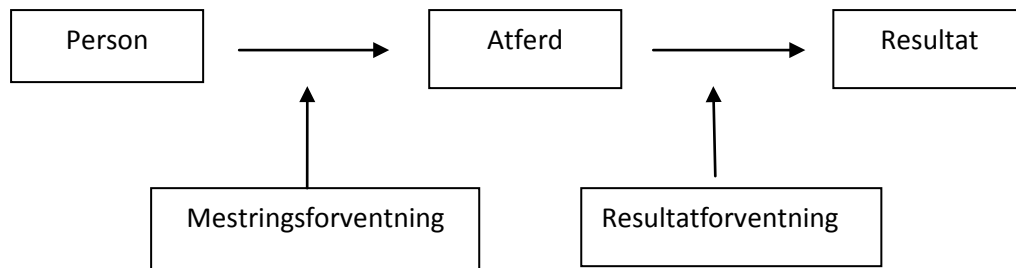


Fig. 3. Banduras modell for forventninger (Espnes og Smeslund, 2009)

Da de kognitive teoriene kan forklare kun 10-20% av adferden, må en se utenfor individet etter resten av forklaringene (Espnes og Smeslund, 2009). Samlede virkemidler i helsefremmende arbeid beskrives som summen av helseinformasjon og helsefremmende politikk, og figur 4 viser muligheter for påvirkning/medvirkning ”ovenfra og ned” og ”nedenfra og opp” og ”fra siden og inn”. Frisklivssentral og fysikalske institutt kan tolkes inn i modellens tekst ”Privat og offentlige tjenester”.

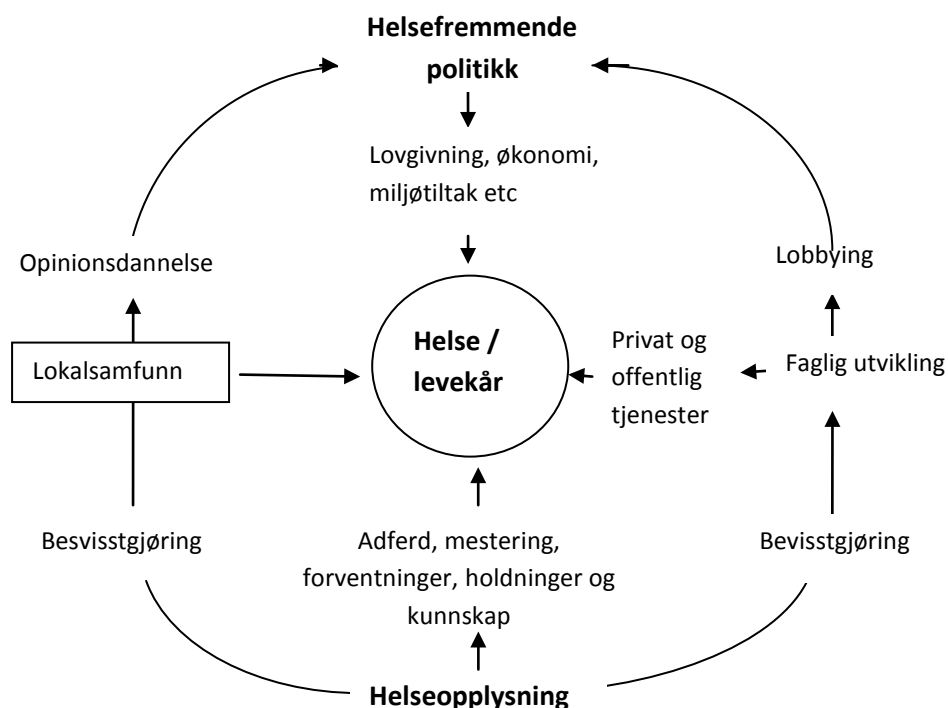


Fig. 4. Helseopplysning bidrar ikke til helse bare ved å endre enkeltindivider, men til å påvirke politikere gjennom bevisstgjøring av befolkningen og faggrupper (Mæland, 2005). Modellen er modifisert av Rønningen ved at ”Politikk for helse” er endret til ”Helsefremmende politikk” og ”Lokalsamfunn” er satt inn på venstre side.

For å ivareta det totale behovet som et helt menneske har, må helsesektoren ha *åpen kanal til andre sektorer* som sosial, politisk, økonomisk og fysisk planlegging og foreta nødvendige endringer i forhold til utdanning, praksis, organisering og forskning. Ansvaret for helsetjenestens rolle i det helsefremmende arbeidet legges både til individer, grupper, kommuner, helseprofesjoner, helseinstitusjoner og administrativt og politisk nivå (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Ny Plan- og bygningslov (Miljøverndepartementet, 2008) har forsterket fokus på folkehelse slik at det skal bli enklere å ta ansvar for egen helse (Helsedepartementet, 2003). Forslag til ny Folkehelselov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010) forankrer ansvaret for befolkningens helse til alle sektorer.

3.1.4 Tverrsektorielt samarbeid

Frisklivssentralen søker samarbeid med fysikalske institutt, og planleggingsmodeller kan være nyttige for å sikre deltagelse, og for å unngå at prosjektet blir for smalt og lite forutsigbart (Tones og Green, 2004). Planlegging kan defineres som ”å knyttes sammen kunnskap og handling” (Amdam og Amdam, 2006). En av to hovedretninger i planlegging er *kommunikativ planlegging* hvor kunnskapsbearbeiding og beslutning er tett knyttet til iverksetting. På denne måten legges ny erkjenning og læring av praksis til grunn. For å medvirke i planprosesser er det sammenfattet 10 råd (Wøhni, 2007) som jeg mener kan være nyttige. Egen sammenfatning gjengis her i to hovedpunkt:

- Planlegg medvirkningen med å tilpasse til planleggingsnivå, velg rett tidspunkt, beregn kostnader og etterlev at det forplikter.
- Innhold/form skal sikre *læring i demokratiske prosesser*, åpenhet, tilgjengelighet og muligheter for langsiktig involvering gjennom eget ”policy” dokument.

De ulike variabler som må være tilstede i kapasitetsbyggende prosesser, er illustrert i figur 5. Mobiliseringsvariabelen beskriver aktivisering og samling av folk for å fremme felles og individuelle handlinger. Organiseringsvariabelen illustrerer organisert samarbeid på tvers av etablerte organisasjonsgrenser. Med gjennomføringsvariabelen menes aktørenes mulighet til å sette i gang og følge opp tiltak for å endre samfunnsutviklingen. Læreprosessen som får fram ny kunnskap gjennom handling og kan påvirke til ny praksis, kalles læringsvariabelen. Amdam og Bergem (2008) trekker fram vanskeligheten i samspillet med de ytre politisk krefter for å få til god balanse mellom slik nedenfra-opp politikk og ovenfra-ned politikk.

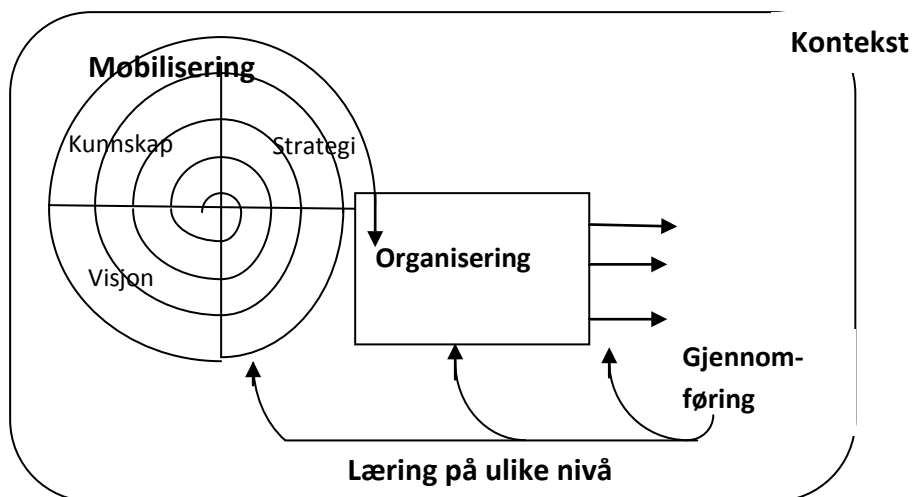


Fig. 5. Variabler i kapasitetsbyggende plan- og utviklingsarbeid (Amdam og Bergem, 2008).

Samhandling omtales i Samhandlingsreformen som helse- og omsorgstjenestenes evne til både oppgavefordeling seg imellom for å nå felles omforent mål, og evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Videre blir utveksling av erfaringer, informasjon og kunnskaper viktig både for å kunne fordeler oppgaver effektivt og finne de oppgaver som bør løses i fellesskap.

3.1.5 Settinger

Setting beskrives som der helse skapes og utvikles og bygger på strategien ”å skape støttende omgivelser for helse” (WHO, 1991). Setting ble spesielt fokusert i konferansen for helsefremmende arbeid i Jakarta (WHO, 1997) og er anbefalt som tilnærming for helsefremmende arbeid i alle land (Poland m.fl., 2000). Settingstilnærming er derfor valgt for denne studien. ”En setting kan være situasjoner hvor to eller flere mennesker møtes og samhandler. Begrepet beskriver også et sted med en gitt fysisk utforming hvor deltagerne medvirker i bestemte aktiviteter og har bestemte roller i bestemte tidsintervaller” (Rønningen, 2003, s. 58). Det skilles mellom to former for setting: *Helsefremmende arbeid i en setting* som eksempelvis klasserommet og undervisningen der og *Setting for helsefremmende arbeid* med hele skolen inklusive alle settinger den består av. Bronfenbrenners teori (Rønningen, 2003) beskriver blant annet utvikling og endring av mennesker og miljø gjennom gjensidig påvirkning. Det økologiske miljøet sees som et sett av sirkler som beskriver fire samfunnsnivåer eller systemer og kalles: mikro-, meso-, ekso- og makronivå. Beskrivelse av nivåene finnes i figur 6.

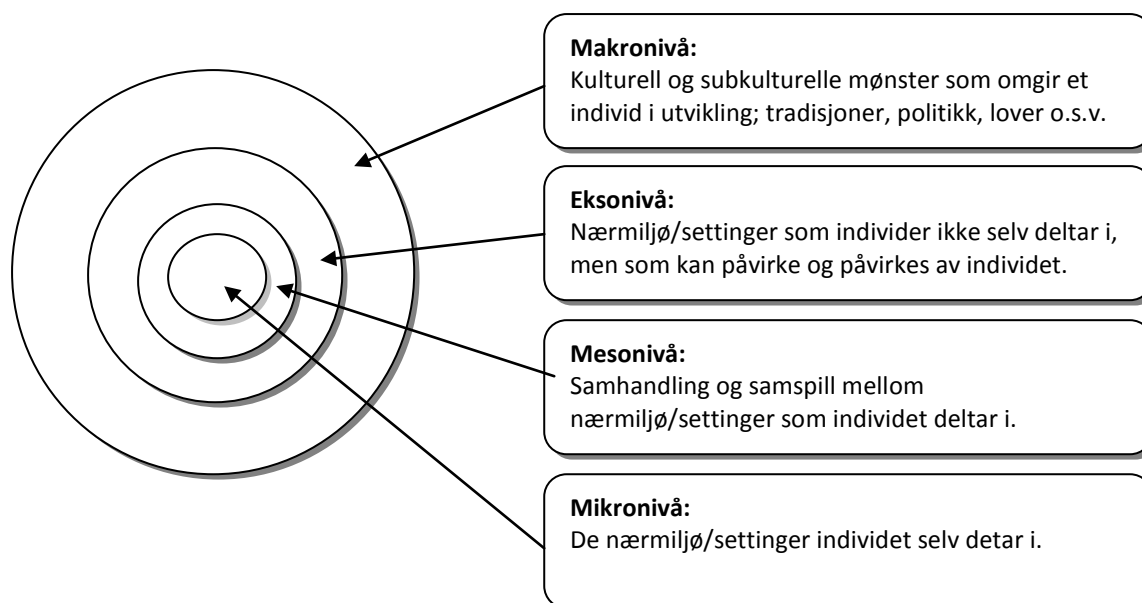


Fig. 6. Modell av Bronfenbrenners sosialøkologiske forståelse.

De viktigste settinger er familie og venner, skole/barnehage, arbeidsplass, institusjoner, organisasjoner, lokalmiljø, forvaltning og politikk (Poland m.fl., 2000). En setting er både et medium for og produkt av sosial interaksjon, og tid og rom er sentrale elementer for å forstå sosiale relasjoner. Poland m.fl. (2000) ser på lokalmiljøets utvikling og involvering som effektive og legitime strategier for å opprettholde og forbedre helsen, slik at en setting kan være lokalisasjon for helsefremming, og settingens rammebetingelser kan være eget mål for intervensjoner. Bø og Schiefloe (2007) vektlegger kraften i sosiale relasjoner på de forskjellige settingsnivåene.

Med begrunnelse i modellen i figur 4 velges ”Setting for helsefremmende arbeid” som tilnærming i studien. Samhandlingen mellom fysikalsk institutt og frisklivssentral vil ha hovedfokus og beskrives som setting på mesonivå. I tråd med Bronfenbrenners modell kan samarbeidet påvirkes av både fysikalske institutt og frisklivssentralen som egne settinger i samhandling med pasient/deltaker på mikronivå og andre settinger på andre nivåer. Disse må derfor gis oppmerksomhet parallelt.

3.2 Tidligere forskning

I dette avsnittet oppsummeres hva nyere studier viser innen valgte tema. Litteratursøket og inkludert litteratur blir beskrevet og vurdert.

Det er søkt i databasene Bibliotekbasen, Norart, Idunn, Helsebiblioteket, Helsedirektoratet, og tidsskriftene Tidsskriftet for Den Norske Legeforening og Fysioterapeuten. Emneord som ble benyttet var ”fysioterapi”, ”fysikalsk institutt”, ”livsstilsendring”, ”grønn resept”, ”frisklivssentral”, ”fysiotek”, ”mosjon”, ”resept”, ”fysisk aktivitet”, ”trening”, ”inaktivitet”, ”lavterskeltilbud” og kombinasjoner av disse. Det ble i etterkant søkt etter internasjonal litteratur i Kunnskapssenteret med internasjonale oppsummeringer, SveMed+, PEDro, Dansk Forskningsportal, National Library for Health, PubMed og Medline. Følgende søkeord ble brukt: ”inactivity”, ”sedentary”, ”lifestyle”, ”change”, ”physical activity”, ”physiotherapy” i ulike kombinasjoner begrenset til engelsk språk og review etter år 2000. Søkene ble utført i sept/okt 2009.

Det ble ikke funnet litteratur med tema samhandling mellom fysikalske institutt og frisklivssentral. 28 litteraturbidrag som omhandler privat fysioterapipraksis og livsstilsendring ift fysisk aktivitet, er inkludert. Disse presenteres i tre temakategorier: målgrupper, fysioterapeutens rolle og helsefremmende perspektiv på livsstilsendring.

Målgrupper

Tre litteraturbidrag er inkludert og formidler kunnskap om ulike felt. Det er lite som tyder på at det er sosioøkonomiske forskjeller i bruk og adgang til helsetjenestene, men det er store hull i kunnskapen i Norge på dette feltet (Clench-Aas, 2007). Det er imidlertid sosioøkonomiske forskjeller i involvering i fysisk aktivitet, selv med noe utjevning ut fra utdanning. Moe's artikkel konkluderer med at alle preges av sin kultur, sosiale tilhørighet, habitus og smak og at det tar mange generasjoner å endre, selv om en har endret sosial klasse (Moe, 2009b). Mennesker med diagnosen ME (Myalgisk Encefalopati) har vært forespeilet å ikke tåle trening, men med riktig dosering og kompetente instruktører, er det fullt mulig (Festvåg m.fl., 2006).

Fysioterapeutens rolle

Norske Fysioterapeuters forbunds brosjyre ”Mer fysisk aktivitet” (Norsk Fysioterapeutforbund, 2008) understreker at temaet er en viktig del av fysioterapeuters profesjonsutøvelse. Kun to inkluderte fokuserer grønn resept: En hvor legetjenesten tydeliggjør henviserrollen og at også andre profesjoner bør kunne henviser (Bringedal, 2006), og den andre hvor ordningen anvendes i et nærmiljø (Steihaug, 2005). Begge synliggjør at frisklivssresept/grønn resept betinger samhandling av mange aktører.

Sju inkluderte omhandler dagens praksis på fysikalsk institutt og lignende yrkesutøvelse. Kartleggingen av fysioterapiutøvelsen på landsbasis (Helsedirektoratet, 2007) omtaler ikke anvendelsen av fysisk aktivitet. Hansen (2001) beskriver idrettsfysioterapi med trening, bevegelse og utholdenhet som naturlig del (Hansen, 2001), mens lokal praksis overfor Bekhterevspasienter viser at mange pasienter benytter fysisk aktivitet utenom behandling (Enger m.fl., 2007). En masteroppgave beskriver hvor ulikt privatpraktiserende fysioterapeuter forholder seg til gjengangepasienter (Olden, 2008), mens eksemplet fra Sunnfjord (Dyrli og Odijk, 2006) viser initiativ til endring av tjenestetilbudet i retning av helsefremmende og forebyggende arbeid på samfunnsnivå. I en historisk beskrivelse av fagutviklingen (Kolsrud, 2006) poengteres at faggruppen som ressurs er lite brukt av samfunnsplanleggere.

Seks inkluderte omhandler aktuell kompetanse i forhold til bevegelse, fysisk aktivitet og trening. En engelsk studie (Young og Harries, 2001) beskriver kompetansekriterier for treningsinstruktør ut fra hvilke målgrupper og funksjonsnivå de skal instruere (Laventure, 2001). To norske artikler beskriver pedagogikkens (Bjørke, 2001) og dialogens side ved faget og formidling av bevegelse som noe positivt, som mestring ved selv å oppleve egen kroppslige bevegelseserfaring (Skøien og Wilhelmsen, 2001). For læring gjennom egen bevegelseserfaring anbefales konkretisering med loggføring (Engelsrud, 2006), mens medvirkning og kommunikasjon poengteres som viktig for å ivareta pasientens bevegelseserfaring (Thornquist, 2001). Fosse (1997) omtaler kompetanse tilknyttet profesjon som mulig hinder for helsefremmende arbeid ut fra tre ulike perspektiver: funksjonalistisk, makt og relativistisk.

Fem inkluderte er teoretiske utredninger om ulike måter å forstå kropp og bevegelse. Alle uttrykker at det er både biologiske, sosiale og psykologiske aspekter, og tre uttrykker at bevegelsesopplevelse er avhengig av kontekst (Mengshoel, 2007, Sviland m.fl., 2007, Moe, 2009a). "Det gode liv" beskrives som balansen mellom de ulike aspekter (Loland, 2000), og at "fysisk aktivitet er mer enn trening" (Skøien og Wilhelmsen, 2001) brukes til å poengtere fysioterapeutens viktige rolle.

Helsefremmende perspektiv på livsstilsendring

Resterende fire arbeider vurderer St.meld.16 (2003) og tar et oppgjør med individualiseringen av folkehelsearbeidet. "Resepten" er blitt folks eget ansvar mens politikken er altomfattende og utydelig. Stenvold (2005) bruker til sammenligning "Utfordringer i helsefremmende og

forebyggende” (Sosialdepartementet, 1993) som kom 10 år tidligere. Den viser endringer med manglende globalt perspektiv og mindre institusjonsforankret folkehelsearbeid. Det kritiseres at det som er bra for den enkelte tolkes som bra for befolkningen (Sviland m.fl., 2007). Næss (2003) framhever dette og sammenligner med WHO’s strategier og årsmelding. Risiko på ulike nivå blandes og det sies ikke hvordan en skal forstå risiko på befolkningsnivå. Kunnskapsbasert folkehelse etterspørres (Næss, 2003). Individualisert folkehelse gir moralske bivirkninger og vil svekke helsetjenesten som fristed. Det etterlyses en samfunnsmedisin som driver politisk primærprofylakse (Fugelli og Solbakk, 2003).

Etter søketidspunktet er inkludert en kronikk (Bårdsen og Thornquist, 2010) som ble funnet å være sentral for tema. Den omhandler treningens verdi opp mot forståelsen av helse.

3.2.1 Vurdering av kunnskapsstatus

Søket gav ingen litteratur om samarbeid mellom fysikalske institutt og frisklivssentral. Det synes rimelig da frisklivssentral er såpass nytt.

Litteratur viser at fysisk aktivitet er del av fysioterapifaget, og at enkelte fysioterapimiljøer har utviklet mer helsefremmende og forebyggende tjenestetilbud. Dette viser at fysikalske institutt og frisklivssentral har fysisk aktivitet som felles tema og derved utgangspunkt og potensial for samhandling. Noen beskriver at fysisk aktivitet blir brukt i behandlingen, men i hvilken grad og om det er vanlig, er uvisst. Det er derfor behov for mer kunnskap om praksisutøvelsen på fysikalske institutt i Trondheim. Inkludert litteratur viser også at tiltakene må utformes etter målgruppens/diagnosenes behov. For å konkretisere samhandlingens innhold, trengs kjennskap til instituttenes pasientkategorier og deres behov i forhold til fysisk aktivitet.

Inkludert litteratur viser at kunnskapen om hvorvidt helsetjenesten oppsøkes likt uansett sosial klasse, er usikker. Da befolkningsgrupper med lav sosioøkonomisk status er sentral i målet om å øke fysisk aktivitetsnivå, er det av interesse hvordan dette forholder seg på fysikalske institutt.

Inkludert litteratur er kritisk til at folks eget ansvar brukes som løsning på livsstilssykdommer, istedenfor å påpeke det politiske ansvar. Det blir derfor viktig å se på samhandlingens ulike sider i et helsefremmende perspektiv.

4 Metode

Fysioterapeuters praksisutøvelse består av tett samspill med pasienter i en sosial setting (mikronivå) og er utgangspunktet for en samhandling med frisklivssentral (mesonivå). Setting for helsefremmende arbeid som tilnærming utvider den sosiale kompleksiteten ytterligere. Selv om flere fysioterapeuter praktiserer på samme fysikalske institutt, er de selvstendige fagutøvere og viktig som individualistiske datakilder. Nevnte momenter samsvarer med hermeneutisk metode (Jacobsen, 2005). Da underproblemstillingene er åpen for uventede forhold, bør jeg gå i dybden og lete etter mange nyanser. Dette gjøres best med få informanter og kvalitativ metode.

4.1 Kvalitativ tilnærming

Det kvalitative intervjuet ønsker informantenes kunnskap i vanlig språk uten kvantifisering (Kvale, 2001). Intervjuet fokuserer på spesifikke tema intervjueren har valgt. Gruppeintervju synes best når en søker erfaringer om noe spesifikt, når gruppens synspunkter er mer ønskelig enn individuelle meninger og når en ønsker å vite noe om enighet eller uenighet i en gruppe (Jacobsen, 2005). Gruppens interaksjon kan bidra til å starte en tankeprosess hvor den enkelte bearbeider egne tanker i løpet av intervjuet slik at informantene hjelper hverandre med å forstå og beskrive tema. Nye innsikter og meninger kan framkomme uten at konsensus eller konklusjon søkes (Krueger og Casey, 2009). Slike grupper kalles fokusgrupper og deltakere velges ut fra visse felles karakteristika i forhold til valgt tema. I en hermeneutisk forståelse av det kvalitative intervju er det meningstolkningen som er sentral, spesifisering av den type meninger som søkes og fokus på spørsmålene som stilles i en tekst (Kvale, 2001). Tolkerens forforståelse av tekstens emne vektlegges.

4.1.1 Valgt design

Tre intervjuer av hver gruppe, såkalt ”flerstegs” fokusgruppe ble først valgt, for å benytte interaksjonen i gruppen og tidsfasen mellom intervjuene til gå dypere i forståelsen av tema. For å få innspill til planlegging av studien ble enhetsleder orientert om planen. I møte med Kontaktutvalget for avtalefysioterapeutene (en representant fra hver bydel) orienterte enhetsleder om studiets hensikt og metode høsten 2009. Kontaktpersonene var positiv, ønsket

å bidra i planleggingen, og mente kollegaer ville delta i gruppeintervju. Tre av fire kontaktpersoner deltok i et planleggingsmøte januar 2010. Etter en orientering, vektla kontaktpersonene at alle avtalefysioterapeutene burde få tilbud om å delta. Forslag til informasjonsbrev ble sendt kontaktpersonene med frist for innspill. Justert invitasjon ble sendt alle instituttene via e-post. Kun 1 avtalefysioterapeut meldte seg. En forklaring kan være at e-post til instituttadressen er lite egnet som informasjon til hver enkelt. Å skaffe deltakere viste seg å ta lenger tid enn det som var masteroppgavens opprinnelige tidsramme. Fokusgruppeintervjuene ble derfor endret fra flerstegs til enkle. De som deltar i fokusgruppe bør ideelt sett omtales som deltakere på grunn av gruppedynamikken. Men de blir her omtalt som informanter, da kun en gruppe oppnådde ideell gruppestørrelse.

4.1.2 Rekruttering til fokusgrupper

Avtalefysioterapeuter ble valgt til informanter, da kommunen ikke har oppfølgingsansvar overfor kollegaer uten avtale. Spesifikasjoner på ønskede informanter ble vurdert for å sikre meste mulig bredde i erfaringsgrunnlaget, og følgende karakteristika ble valgt: Informantene bør representere forskjellige institutt, med og uten treningssal, ulik alder og begge kjønn. Til utvelgelse av informanter er i tråd med Krueger og Casey (2009).

Designing av rekrutteringsprosessen ble laget så nøyaktig som mulig og framgår av punktene under.

Samleliste over potensielle deltakere ble laget av enhetsleder. Målgruppen bestod av 96 avtalefysioterapeuter. For å etablere et utvalg av potensielle informanter, fikk enhetsleder følgende inklusjonskriterier: ”kollegaer som hun oppfattet hadde interesse for tema og hadde meningers mot”. Det resulterte i en liste med 30 avtalefysioterapeuter som viste seg å ivareta de oppsatte representasjonskriterier.

Rekrutteringsstrategier ble gjennomført i tråd med Kruger (2009). Det ble utarbeidet en invitasjon (vedlegg 2) med informasjon om studiet og utvelgelse av informanter og mulig utbytte av å delta. Intervjuenes klokkeslett, sted og alternative møtedatoer, ble oppgitt. Det ble gitt lønnskompensasjon for tapt arbeidstid, og etiske forhåndsregler ble omtalt. Brevet var stilet personlig til hver av de 30 potensielle informantene. Det ble bedt om personens private e-postadresse og mobiltelefonnummer. Da to ukers svarfrist viste seg for kort, ble det ringt til alle for å utsette fristen. De 13 avtalefysioterapeutene som meldte seg, samsvarte med valgte

spesifikasjoner. De fikk raskt takk for påmelding og beskjed om snarlig bekreftelse på hvilken gruppe de skulle delta i. Det ble sendt sms for påminning om møtet.

Fordeling av deltakere til grupper: Ønsket gruppestørrelse var på 4-5 informanter, slik Krueger og Casey (2009) anbefaler når tema er kompleks og informanter har høy ekspertise og erfaring. Med komplekse tema kreves flere spørsmål og færre personer. Det vil dessuten være lettere for en uerfaren å være moderator i liten gruppe. Informantene ble fordelt selvselektert ut fra ønsket tidspunkt og rekkefølge de meldte seg. De som hadde anledning flere tidspunkt, ble plassert sist for å tilstrebe ønsket gruppestørrelse. Personlig brev ble sendt som e-post, med bekreftelse (vedlegg 3) om deltagelse med gruppetidspunkt, sted og samtykkeskjema (vedlegg 4). Etter tilbakemelding ble det gjort noe justering på sammensetning ut fra endret ønsketidspunkt. Informantene kjente ikke gruppesammensetningen. Tre informanter var fra samme institutt og ble fordelt på 2 grupper. I alt ble fire grupper etablert med ulik antall informanter: 5 - 3 - 2 – 2 og 1 informant til sigel intervju. Begge kjønn var representert i gruppene. Ut fra anbefalt gruppestørrelse (Krueger og Casey, 2009), burde deltakerne vært fordelt i færre grupper. Etablering av grupper opplevdes utfordrende da det var uvisst hvor mange som ville melde seg og at det da var tidspress for gjennomføring. Olden (2008) beskriver det også vanskelig å rekruttere avtalefysioterapeuter til fokusgrupper og Kreuger og Casey (2009) uttrykker at offentlig sektor har vanskelig for å rekruttere informanter fra det private. Det begrunnes med at i det offentlige inviteres ofte folk til møter og seminarer og at det er lett å tenke likens overfor andre.

4.1.3 Intervjuguide

Studiens underproblemstilling var utgangspunkt for intervjuguiden (vedlegg 5). Analyse og begrepsfokus ble valgt. Intervjuguiden ble tilsendt enhetsleder og Kontaktutvalget og ble justert på bakgrunn av kommentarer. Spørsmålene var korte og åpne slik at informantene stod friere i valg av innspill. Samtalen startet med et generelt åpningsspørsmål alle skulle svare på, og fortsatte med et innledningsspørsmål om tema før nøkkelspørsmålene og avsluttende spørsmål.

4.1.4 Analyse

Kvale (2001) beskriver analysen av det kvalitative intervju i seks trinn som et kontinuum mellom beskrivelse og tolkning: 1. Informanten beskriver; 2. Informanten oppdager nye forhold i løpet av intervjuet; 3. Intervjueren tolker og stiller nye spørsmål for å få bekreftet eller utdypet beskrivelsen; 4. Det transkriberte intervjuet tolkes av intervjueren; 5. Gjenintervju; 6. Handling. De fire første blir beskrevet her:

Planlegging og gjennomføring av fokusgruppene: For å skape en god atmosfære og ivaretar det å dele, lytte og respondere, ble intervjuene holdt i avgrenset rom med enkel servering. Som moderator gjennomførte jeg intervjuene uten bistand fra andre. Ved oppstart av intervjuet ble informasjon om studien og etiske forhold gjentatt. Intervjuguiden var utgangspunktet for samtalen, men spørsmålenes rekkefølge kunne endres hvis det føltes naturlig. Utsagnene ble ved behov fulgt opp med utdypende, støttende og oppsummerende kommentarer for å få innspill på om jeg hadde oppfattet informantene rett. Informantene som ikke kjente til frisklivssentral, stilte spørsmål som jeg besvarte. Det ble tatt lydbåndopptak av samtalene og gjort notater. Etter hvert intervju noterte jeg egne refleksjoner om gjennomføring og hovedpunkt i samtalen.

Beskrive: Materialet bestod av lydbåndopptak, egne notater fra møtet og refleksjonsnotater etter møtet. Lydbåndopptakene ble transkribert til bokmål. Jeg vurderte så godt som mulig om meningen ble beholdt. Innleid person med taushetsplikt transkriberte to intervju uten å kjenne informantens navn. Jeg gjennomgikk alt transkribert materiale, markerte spørsmål og egne utsagn, og plasserte første bokstav i fornavn på informant foran hvert utsagn.

Systematisering og kategorisering ble gjennomført etter oppskrift i Kreuger og Casey (2009). Alle gruppebesvarelser ble kopiert i nye dokumenter, merket med gruppenummer. Alle utsagn ble merket med gruppetall og første bokstav i fornavn på informant. Papirkopien av hvert intervju fikk egen farge med tursj penn i marginen. Hvert spørsmål fra intervjuguiden ble skrevet på et A1 ark. Utsagn fra alle intervjuene ble klippet ut, vurdert og plassert under tilhørende spørsmål. Alle utsagn under hvert spørsmål ble videre sortert i undergrupper. For å sammenligne uttalelser fra deltakerne ut fra kjønn, alder, og om de hadde treningssal eller ikke, ble det brukt samme oppsett på A1 arkene. Alle utsagnene gitt av unge fysioterapeuter ble gitt grønn farge og eldre fikk blå farge. Fordeling av antall grønn og blå under de ulike

temaene ble vurdert om det var en tendens. Tilsvarende ble gjort for de neste parameterne, kjønn og treningssal.

Sammenbinde: Meningsfortetting ble laget og sortert i meningsbærende enheter/hovedkategorier. Disse ble gjenstand for sortering i undergrupper og plassert i logisk rekkefølge. Med overblikk på alle A1 arkene ble det vurdert om noen utsagn hørte hjemme under andre spørsmål. På dette stadiet ble utsagn fra de ulike intervjuene sammenholdt ved å se på fordeling av intervjuenes farger. Mengde utsagn, varianter av tema, likheter eller ulikheter i temaene som ble tatt opp, ble sammenholdt intervjuene imellom.

4.2 Egen forforståelse og rolle

Forskerens kompetanse og forforståelse vil kunne prege en studie (Kvale, 2001), og nærhet og distanse mellom forsker og informanter kan ha betydning for kvalitet på resultatene. Eget ståsted i forhold til informantene er derfor viktig å klargjøre. Informantenes faglige leder er min administrative leder og jeg kjenner flere av informantene fra tidligere. Jeg har samme grunnutdannelse og har jobbet i tilsvarende arbeidssituasjon for 20 år siden. Dette gir innsikt i tema. Det at mye er forandret på feltet og at jeg på studietidspunktet hadde en annen rolle i kommunen, gir likevel distanse. Som ansvarlig for utvikling av frisklivssentral i Trondheim, hadde jeg stor interesse av studiens resultater. Jeg var klar over faremomenter denne nærhet kunne gi. Som moderator tilsiktet jeg derfor en åpen og lydhør rolle i forhold til informantenes beskrivelse og troverdig analyse av disse.

Min forforståelse av informantene og settingen bygger på egne og andres antagelser og utsagn. Mytene sier at målgruppen er mer opptatt av økonomi enn videre oppfølging av pasientene etter avsluttet behandling. Det sies også at det er stor forskjell på instituttene. Evalueringsrapportens udiskuterte utsagn støtter oppunder slik myte (Båtevik m.fl., 2008).

4.3 Ethiske overveielser og hensyn

All forskning også studentforskning reguleres av etiske normer og verdier (Jacobsen, 2005). Den nasjonale forskningsetiske komitè for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) har forskningsetiske retningslinjer jeg har forholdt meg til. De innbefatter dels ansvar for

forskningsprosessen og dels for forskningens konsekvenser og handler om grunnleggende respekt for menneskeverdet. Brev med godkjenning fra personvernombudet i Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste (NSD) ble mottatt før datainnsamlingen (vedlegg 6).

Etiske sider ved de ulike forskningsstadiene er vurdert etter Kvaales (2001) validering i syv stadier: tematisering, planlegging, intervjusituasjonen, transkribering, analysering, verifisering og rapportering.

Studien ble planlagt slik at individets frihet og selvbestemmelse ble ivaretatt og tre etiske regler for forskning på/med mennesker er fulgt: det informerte samtykke, konfidensialitet og konsekvenser (Kvale, 2001). Informert samtykke ble gitt på grunnlag av nødvendig forhåndsinformasjon. Intervjuene foregikk som samtale med halvstrukturert intervjuguide og kunne ikke forutsi alle emner som ville bli berørt. Informantene fikk derfor tilbud om å se igjennom transkribert materiale. Deler av studien ble tilsendt informantene for godkjenning. Konfidensialitet mener jeg er ivaretatt og beskrevet i rekrutteringsprosedyren og analysen. Det er i informantenes interesse at kunnskapen som produseres er av verdi og resultatenes validitet er beskrevet i pkt. 6.4.

5 Funn

I dette kapittelet presenteres det empiriske materialet fra intervju av avtalefysioterapeuter fordelt på 4 gruppeintervju og et singelintervju. Etter innledning om informantene og helhetsinntrykk av intervjuene presenteres funnene relatert til de tre underproblemsstillingene. Hvert av forskningsspørsmålene har underspørsmål med ulike temakategorier. Det første forskningsspørsmålet forbesvares deskriptivt om hvordan praksisen fortoner seg, oppleves og tolkes av avtalefysioterapeutene. Det andre og tredje forskerspørsmålet besvares normativt om hvordan avtalefysioterapeutene foreslår samhandling med frisklivssentral. Informantenes uttalelser er hentet fra alle intervjuene og noen er gjengitt som sitater og andre med min beskrivelse.

5.1 Informantene og helhetsinntrykk av intervjuene

Informantene bestod av syv kvinner og seks menn i alderen 38 til 55 år. Seks informanter var almenfysioterapeuter, og syv hadde studiespesialiseringer innen psykomotorisk-, manuell- og idrettsfysioterapi. De representerte 11 institutt med minst to institutt fra hver bydel. Åtte institutt hadde treningssal. Tre informanter representerte et institutt. Utvalget var representativt for avtalefysioterapeutene i Trondheim med hensyn til kjønn, alder og kompetanse, men overrepresentert av institutt med treningssal. Alle gruppene hadde begge kjønn og institutt med og uten treningssal var representert i tre grupper. Kundene benevnes pasienter på instituttene og deltakere på frisklivssentral.

Alle fem intervjusituasjonene gav inntrykk av god kommunikasjon hvor alle informantene grep ordet, virket ærlig og skapte diskusjon. I gruppene med fem og tre informanter gikk praten lett og uten bistand fra moderator utover spørsmålsstillingen. Gruppen med fem tok opp flest undertema, og gikk i dybden uten hjelp. De andre intervjuene kom med andre undertema og supplerende momenter, men var mer avhengig av moderators tilleggsspørsmål. Med kun to informanter i gruppe ble moderator i større grad trukket med i samtalen. Singelintervjuet gav både fortelling og forklaring fra informanten kun ut fra intervjuguiden. Det er ikke funnet tendens i type utsagn ut fra ulik alder eller kjønn, og kun et moment ut fra fagbakgrunn eller med/uten treningssal.

5.2 Hvordan benyttes fysisk aktivitet på fysikalske institutt?

5.2.1 Har instituttpasientene behov for økt fysisk aktivitet?

På instituttene møter informantene folk som er lite fysisk aktive. De forteller at mange pasienter er overrasket over at de er i så dårlig form og er til dels ukjent med å bli svett eller støl. En informant nevner polariseringen i samfunnet ved at de gruppene med lavest utdanning er mer passiv og de møter det ved at folk ikke har råd til å gå på treningssenter. Hvor vidt det er folk som faller utenfor tilbud på fysikalske institutt på grunn av dårlig økonomi, er de usikker på. Flere informanter illustrer dette med at noen får betalingsutsettelse til nærmeste lønningdag og at noen ringer rundt for å høre hvor det er billigst. En forteller at sosialkontoret har vært flink til å dekke opp for disse pasientgruppene, mens andre kommenterer at noen ikke går til fysioterapi hvis de ikke har fullrefusjon.

På instituttene møter de også folk som belaster kroppen for mye gjennom noe som kan beskrives som treningsnarkomani. Informantene uttrykker frustrasjon over medias fokusering på kropp og spesielle treningsmetoder. De mener det treffer folk feil, slik at ”noen er veldig fysisk aktiv, får vondt og prøver stadig nye ting”.

*...så forslag til hvordan en kunne trene mens man laga middag. ...ta tak i komfyren og kjøre noen dips samtidig som man hadde foten på bordet... den glatteste galskapen. Hvis vi får til middag, er det fantastisk i seg selv.
... en av de nyeste... at du skulle knipe rumpen mens du støvsugde for å øke treningseffekten.*

... alt dette er med å skape plikt og samvittighet... opplevelse av å ikke strekke til.

Dette må vi ta et oppgjør imot folkens, vi må gjøre ett eller annet!

Informantene reflekterer over begrepene fysisk aktivitet, trening, hverdagsaktivitet og folks oppfattelse av budskapet som unyansert og løsnings på alle problemer. De mener det er behov for en begrepsavklaring for folk, da ”en person kan være ganske aktiv og ikke tro at han trener”. I tillegg uttrykker de behovet for en bevisstgjøring i egne rekker.

Helsevesenet har veldig fokus på at en skal få folk i mer fysisk aktivitet ...også litt negativt, synes jeg... i forhold til fysioterapi og trening har det blitt fokus på at ”bare kom deg i bedre fysisk form, så skal vi se at dette blir bra”....ikke så overbevist om at det til alle vil gi dem et bedre liv alltid, ...mindre smerter eller... funksjonsproblemer. ...feilslutningen er at man veldig ofte tar folk som har vært ute av drift i lang tid pga plager, så ser man at de er i dårlig form også konkluderer man med ... at det er årsaken til at man er dårlig. Sekundærsituasjonen med å være i fysisk dårlig form blir ofte forklaringen... i mange tilfeller er det for lett, fordi det er mer sammensatt enn som så.

Synes dette er en fin plass å begynne...

...absolutt enig i det.

5.2.2 Hvilke ulike tilnæringsmåter benyttes?

Flere informanter uttrykker at de benytter fysisk aktivitet ”hele tida”, ”det er hverdagen” og ”tiltaksapakke nr 1” hvor omtrent alle pasientene har et treningsprogram som del av behandlingen, men at det er forskjell på instituttene.

Jeg ser forskjell bare fra da jeg begynte for 10-11 år siden...da var det mange som bare stiftet bekjentskap med behandlingsrommet. ...de siste 4-5 årene er stort sett alle inn der og noen av dem har jo sånn at de skal gå til behandlingen, hjemmefra til instituttet.

Individuell behandling har ofte et øvelsesutvalg. Det er vitenskapsbasert og velges individuelt ut fra undersøkelse og samtale ved første møte. Noen av informantene sier de spør alle pasientene om fysisk aktivitet.

Med orthopediske pasienter er målet å få de så bra som mulig så fort som mulig.

Men eldre må ikke slippes for tidlig, for å være sikker på at de føler seg trygg på å gå til butikken og selvhjulpen med å bo hjemme. De opererer jo 85 åringer med totalprotese i både hofte og kne og det er jaggu meg ikke bare bare.

Veiledet gruppetrening er en del av behandlingen og pasientene er gruppert etter ulike plager og/eller funksjonsnivå. En informant fortalte fra sitt institutt at de hadde tredelt regime som de fleste tilbyr: en spesifikk del ut fra dysfunksjon, en generell del og til slutt en kondisjonsdel med intervallprinsipper. Det drives også gruppetrening for barn utenfor instituttet på rekvisisjonsbasis.

Ofte er folk på forskjellige stadier ift smerter, funksjon.... Noen går igjennom individuell behandling først så...litt mer øvelser, og så når de er blitt litt mer aktiv...kan gjøre mer...tørr gjøre mer, så går de over i gruppe som vi alltid er tilstede i...10-15 stk i en gruppe... forskjellige grupper etter ulike plager.

Verdien av gruppetrening bemerkes av mange, samtidig som en må finne ut hvem som passer i gruppe og ikke:

*Å se bevegelseskvalitetene i gruppe er utfyllende for undersøkelsen.
...vi lærer dem...bevege seg mer fritt...ledig...funksjonelt...ta de ut av de mønstrene de er kommet i! ...må gå på kvaliteten på det de gjør mer enn kvantiteten på bevegelsene.
... Så det dreier seg ikke bare om trening.”*

... gruppetrening blir veldig ufarliggjort: ”Det var ikke så skummelt å tren’ i gruppe lell!” Det er en fin måte å starte lysten til å trene på.

Egentrening benyttes som supplement til behandling, men uten rekvisisjon og trygdeutbetaling. Treningskort kan kjøpes på flere institutt med litt ulik pris, og noen informanter begrunner dette samfunnsøkonomisk.

Egentrening benyttes ofte i forbindelse med at en vil prøve trening før inngrep – med massiv trening i tre måneder med testing før, midtvegs og etter treningen og gjøre opp status om pasienten opplever eks skulderen god nok ift jobb og hverdagen. Det er ikke realistisk verken praktisk eller økonomisk å komme og gjøre nødvendig dose fysisk aktivitet på instituttet.

Mange ferdigbehandlede pasienter og folk i nærmiljøet benytter treningskortet på instituttet da de synes terskelen er for høy på helsestudio, eller fordi det er behagligere å trene på en slik plass. Fysioterapeutene gir også råd som folk kan ta med seg til annen trening.

Det oppfattes som enighet blant informantene at de har en rolle i å motivere og få pasientene i gang, men hvor lett eller vanskelig det er, avhenger av folks forventninger til behandling. De beskriver at mange pasienter betrakter det som foregår på behandlingsbenken som god fysioterapi. Selv om det har vært en stor utvikling, blir fysisk aktivitetsråd enda ikke sett på som fullverdige tiltak. Samtidig stilles spørsmål ved fysioterapeutens eget syn på motivasjonsrollen.

Jeg har en klar oppfatning av at fysisk aktivitet som å gå tur eller litt mer generell aktivitet i hverdagen er mer noe vi slenger utav oss som et godt råd og ikke – enda ikke fullt ut akseptert som fullverdig god fysioterapi.

Når det gjelder litt eldre pasienter... har inntrykk av at de sitter mye hjemme uten noe tilbud. Mange av dem er alene og savner noen å gå sammen med. Man anbefaler ofte folk å komme seg litt ut, sette delmål. Men derfra til at folk faktisk gjør det, det er jeg veldig usikker på.

Å gi generelle råd ift fysisk aktivitet i hverdagen er en kjempeutfordring og paradoks da folks egen oppfatning av å være et turgående folk, er langt fra sannheten. Kommer en da som behandler og skal gi råd, svares det: ”Går da tur om søndagan” eller ”Det har jeg prøvd før og det hjalp ikke....”.

Mange pasienter går sykmeldt, og informantene mener de har et samfunnsansvar her.

Skal en lykkes med sine pasienter, er det avhengig av at de gjør noe selv.

En må få fram at de har et egenansvar.

Hvis en går sykmeldt i 4 måneder og ikke gjør noe som helst, må en kunne sette hardt mot hardt og evt avslutte tilbudet. Kan ikke motivere folk i hjel heller.

Flere informanter vektlegger nødvendige kompetanse og fokus i motiveringsarbeidet og tilråder å ta utgangspunkt i pasientens ønske om å bli mer aktiv, praktiske hverdagsøvelser og den forløsende drømmen.

...må være litt startmotor, og så må man finne en motor selv liksom.

...det å finne en drøm som motivasjon... for hvis du treffer der, så har en kanskje gjort en stor del av jobben.

Flere informanter vektlegger dialogformen og læring gjennom opplevelse. En informant poengterer den kroppslige opplevelsen som motivasjonsfaktor og mener denne ofte er undervurdert og utelatt.

For å få folk til å fortsette å trene..trening skal ikke være for å oppnå noe annet, men være en glede i seg selv.

Mer selvoppholdende når du får motivasjonen i opplevelsen her og nå.

Når det gjelder rammebetingelser vises det til takstplakaten som ikke samsvarer med helsemyndighetenes tilrådning om fysisk aktivitet, da taksten for egentrening nylig har gått ned og at gruppetakst (A10) gjelder kun fullrefusjonspasienter. Flere informanter trekker fram samfunnsøkonomisk besparing hvis takstplakaten og pasientkategorier med fullrefusjon kunne endres, mens en informant tviler på at politikerne tør, da brukerorganisasjonene er sterke.

Tiltaksvalgene på fysikalsk institutt er veldig styrt av tradisjoner og en takstplakat som ble dannet lenge før vi ble så inaktiv som vi er nå.

Det er selvmotsigende når egentrening gir absolutt dårligst økonomisk uttelling.

Men ser at det kunne vært gjort innsparinger der...at en enkel kneartrose skal ha gratis behandling resten av livet!? Det kunne motivert litt mer, hvis de måtte betale noe...de kan stå på stedet hvil...komme tilbake...dette er en stor gruppe pasienter...ca halvparten av alle behandlinger, hvertfall.

5.2.3 Hvilke pasientgrupper kan ha nytte av annet tilbud i tillegg?

Informantene nevnte mange pasientgrupper som kan ha nytte av annet tilbud: folk som er overvektige, har diabetes, lettere psykiske lidelser, ulike generaliserte problemstillinger,

langvarige muskesmerter som fibromyalgi og kroniske sykdommer som for eksempel reumatisme, både yngre og eldre med hjerte-/kar problematikk og eldre generelt. Fire informanter beskriver hver sin pasienthistorie som synliggjør behov utover det de kan gi. De to første beskriver pasienter med psykiske problemer hvor motivasjon er viktig og vanskelig.

(1) Kvinne i 20 årene som kommer veldig anspent ...hun skader seg. ... samtidig er det noe med hele opplevelsen av å røre seg og at alt blir så voldsomt. ...hun bærer preg av å ikke ha vært så mye i aktivitet og da blir det også veldig vanskelig å få henne i gang. Så jeg jobber veldig mye med å få henne til å skjønne at det å røre seg eller det å bli svett kanskje kan ha en positiv innvirkning på den vondten hun har... har litt å gå på hva sunnhet angår... det er det inntrykket jeg har. Med jevne mellomrom kommer det pasienter...jeg føler behov for slik frisklivssentraloppfølging.

(2) Kvinne i 30 årene overvektig med en yrkesskade. Hun har prøvd seg i gruppen og egentlig trente ...det fungerte for så vidt greit, men så blir det noe ...som blir så kraftig at hun ikke kan trene i gruppe. Det er ikke lett å holde motivasjonen oppe, det er måte på hvor vi kan inngripe også i personen. Hun går kanskje 1/2 time hver dag. Det er altfor lite. Hun skulle hatt noen ting og gått til for å få hjelp med både det ene og det andre....

Pasienthistorie (3) viser avtalefysioterapeutens forebyggende tilnærming med opplevelse av å ikke komme i mål.

(3) Mann i 40 årene, høyt utdannet, henvist for gonartrose, betydelig overvektig og inaktiv. Han er ikke aktuell for no' total- eller protesekirurgi på lang tid, men opplagt plaget av kneet sitt da. Og det er relatert til overvekten, det er jeg sikker på, og er i risikosone for metabolsk syndrom og hele den diagnosepakken. Men klarer ikke å gjøre...treningsjobben jeg foreslår. Har prøvd forskjellige innfallsvikler – men det blir ikke gjort...og så ender det med at han føler seg mislykket. Han blir ikke noe lettere med årene...og så ender det med unødvendig tidlig protesekirurgi, tipper jeg.

Pasienthistorie (4) beskriver en vellykket behandling etter mange tidligere forsøk. Pasienten synes moden for annet tilbud, men mangel av sådan er problemet.

(4) En pasient ... påkjørt bakfra 2 ganger, har vært elendig og gått i mange år, har vært hos mange slik som oss.... Så begynner det sakte men sikkert å få normalisert muskelfunksjon, men er veldig dekondisjonert. Hun kommer seg i 1/2 jobb og så fungerer det så bra at hun kommer 2-3 ganger i uken og trener så svetten siler. Funksjonsmessig sett fungerer det veldig bra, men så er det i forhold til gruppe, og at det er veldig hyggelig å være der og fordi man ikke finner noe annet sted å trene.

Andre informanter kommenterer også behov for annet tilbud med rett kompetanse og nødvendig rammevilkår.

Når noen er ferdig med behandling, blitt bedre i aktivitet..., så vet jeg samtidig at når de slutter er de tilbake til sitt gamle mønster igjen, i mangel av et tilbud.

Det sies så altfor lett i dag. Slank deg, spis mindre.... Det er ikke så enkelt i virkeligheten. Det er en oppgave å gi råd til de som er overvektig...det er en omfattende problematikk som krever tid og ressurser. Flere må på banen. Har savnet slikt tilbud.

Det er en brist i mulighetene for å gjennomføre det innenfor de rammene som vi har på instituttet.

Flere av instituttene har grupper som kan karakteriseres som vedlikeholdsgrupper og det oppstod en utveksling om deltakernes behov for å komme videre, udekt behov for noe annet og ineffektiv drift.

Hvis jeg har en fast gruppe, så blir den så fast at ikke noen nye kommer til og det er litt dumt.

Jeg har flere grupper hver dag, så jeg kommer meg aldri ut av de gruppene. Deltakerne vil ikke på treningssenter, og det er koselig her og det blir litt den da.

Jeg har eldregrupper, ikke med spesiell diagnose, litt artrose og sånt. De hadde hatt godt av å komme videre ut i en sånn setting hvor de finner flere i samme bydel, kunne være veldig sosialt og fint, isteden for den lille gruppa mi.

Samtidig kan uttalelsene tyde på faglig udefinerte retningslinjer.

Jeg har en del slagpasienter, de kunne og vært med på ei sånn gruppe. Samtidig er det en veldig god fysioterapiting, men de trener rett og slett i gruppe.

Driver treningsgruppe selv, mulig man er litt for tålmodig, men det er ikke bare aktivisering – det er for nakke, skulder, rygg og opplevelsen – da har jeg ikke lyst til å sende det over til noe annet.

Diskusjonen oppstod med samfunnsøkonomisk blikk, etterfulgt av løsninger, utfordring og forslag om samhandling.

Men vi kan ikke fortsette med den gruppen på årevis, tenker jeg. Sånn der du henter pengene ut fra trygdevesenet. Det må noe flyt til her, sånn at du kan ta inn de som trenger det...viderevurderinger og den medisinske behandlingen og sånt.

En utfordring er jo – når en har en fast gruppe, hvor folk trives da må du jo overføre hele gruppen?

Jeg bruker å si 3 semester, jeg,...

De som forlater instituttene og skal finne et treningstilbud selv, er det mange som ikke liker treningssenter, hadde vært fint med et annet alternativ. ... litt mer organisert enn hvis mange gjør det selv.

De gruppene vi har - er det mulig med et samarbeid? Kan den være noe en kan henviser til isteden?

5.2.4 Oppsummering

Avtalefysioterapeutene møter både inaktive og overaktive pasienter, men er usikker på om økonomi hindrer noen å benytte tilbudet. De mener fysisk aktivitet er i ferd med å bli naturlig del av behandlingen med flere tilnæringsmåter, men at det er forskjell på instituttene. Alle mener å ha en motiveringsrolle, men ulikt og noe uklart hva de legger i det. Å få folk fysisk aktiv vanskeligjøres med forventninger om tradisjonell behandling og takstplakatens rammebetingelser. Medias fokusering egger til opprør.

Informantene uttrykker at pasientene fortsetter i behandlingsgruppe lengre enn nødvendig, og andre kommer fort tilbake til instituttet i mangel av annet tilbud. De er enig i at vedlikeholdsgrupper bør holdes utenfor trygderefusjonsordning, men det synes uklart hvor skillelinjen går og en foreslår et samarbeid. Kriterier for henvisning til frisklivssentral skisseres blant annet:

- ferdigbehandlet
- greier ikke å gjennomføre anbefalt dose innen behandlingstiden
- behov for tverrfaglighet
- mer tid

5.3 Hva trengs for å dekke behovet hos pasientene og samtidig være et egnet tilskudd til tilbudet på fysikalske institutt?

5.3.1 Hvordan bør frisklivssentral utformes?

Informantene ser for seg en ”tydelig profil med lav terskel for å delta... uten å framstå som en bås for folk som er usunne”. Deres innspill peker mot en tredelt modell hvor frisklivssentralen organiseres som en base med små sattelitter i bydelene og samtidig koordinerer aktivitetsmuligheter i bydelene. De gjentar at fysisk aktivitet er kun en bit og løser ikke alt.

I jobben med å få mennesker til å legge om livsstilen fullstendig på tross at det kanskje kan være bakenforliggende... oppdragelse, arv, traumer som har skjedd i løpet av livet, blir det så vidt at det er vanskelig å gi en god nøkkel.

En del av pasientene har hatt tapsopplevelser når de kommer til oss og med vår "bedre-viter-rolle", vil noen misslykkes igjen. Å tilstrebe en tilrettelegging ut fra hva de har lyst til... starte der de er, er viktig, men lett for fysioterapeuter å glemme.

For å få folk til å holde ut mer enn en måned, ta bort alt av ulyst først.

Informantene ser for seg frisklivssentralen profesjonelt drevet med kompetanse på ulike problematikk, behov, kvalitetsmessig innhold med testing og evaluering. Det bør samarbeides med ulike yrkesgrupper lege, psykolog og interesseorganisasjoner om ulike tema og anbefaler opplæring i hvordan kroppen fungerer, hjelp til mentale endringer, selvhjelpsgrupper og kurs/samtaler om eget tidsbruk, fritid, materielle behov i forhold til tid til egen helse. Da noen motiveres mer av nabo og venner enn profesjonelle, må en være dyktig i å dra med andre og sammen med den enkelte spørre hvem det kan være.

De forventer god tilgjengelighet og effektivitet med åpningstider dag og kveld, og litt kostnad som forplikter.

Det må være litt "drive"... litt tempo i det her...for når de kommer fra oss og er motivert og har lyst til komme i gang, må det ikke gå 4-5 måneder....

I flere av gruppene nevnes at basen godt kan ligge i Granåsen, på Lerkendal eller sentralt i byen for første fase med oppmøte, samtale, testing og kurs og ledelse . (Vedlegg 7 viser kart med stedsnavn som nevnes i dette avsnittet.) Etablering av små sentre i bydelene uttrykkes sterkt av alle informantene.

Det er tvilsomt at en innvandrerkvinn fra Risvollan eller en person med KOLS på Vikåsen vil komme seg til Granåsen med å bytte buss.

De en aller helst vil nå er mest sårbar for dette.

En bør "spille på gruppeeffekten" med homogene grupper ut fra aldre, funksjon, problematikk og til en viss grad kjønn og diagnosegruppene uten fullrefusjon. Aktivitetene må være "fristende" hvor type og bevegelsesformer er tilpasset målgruppen. De ser for seg mange typer aktiviteter rundt omkring i byen, og foreslår blant annet "utesykling", "Thai Chi i Korvika", og "sentralt tilbud for sjeldne grupper". De foreslår at frisklivssentralen er en

”koordinerende instans for at folk kan møtes med like interesser”. Med god oversikt over alle aktuelle aktiviteter i byen, er det kanskje ikke nødvendig å henvise til frisklivssentralen.

Noen som er litt på hugget, litt offensiv og kreativ må utvide listen hele tiden....kartlegge interesser...allsidighet.

Med slik liste kunne vi spørre pasienten: Hva kunne du tenke deg? Her er telefonnummer for å høre hvordan det er fortiden.

Men hvis det er kun for få råd og så finne aktiviteten et annet sted kan det like gjerne foregå på instituttet.

5.3.2 Hvilken innvirkning har dette på arbeidssituasjon til avtalefysioterapeutene ?

Tjenesten på fysikalsk institutt og frisklivssentral uttrykkes som to ulike roller hvor skille går på den ene siden behandling av folk som har såpass mye plager at de søker hjelp og på den andre siden tilbud om motivering i livsstilsendring og generell fysisk aktivitet.

...bør på ingen måte være noen konkurrent, det er en helt annen båt.

Men så kan man finne ut at det er en som kan gå over til den andre båten, det er det som er bra med samarbeidet.

Noen beskriver frisklivssentral som utfyllende og avlastende da fysikalske institutt har lite helhetlig tilbud og kanskje for stor pågang. Stadig flere pasienter kommer fra 2.linjen/sykehuset, og med færre og færre rehabiliteringsplasser, kommer pasientene tidligere til instituttene og utgjør stabil arbeidsmengde uavhengig av frisklivssentral. Mange med nyopererte knær og hofter er raskt å få bedre og fungerer greit i dagliglivet, mens andre kan ha en naturlig overgang til frisklivssentral. De mener avtalefysioterapeuter og Frisklivssentral felles kan løse mange problemer med litt mindre ressursbruk, bidra til å redusere ventelistene og antall kronikere/gjengangere på instituttene.

Hvis vi har noen å henvise videre...så vil det være muligheter for større gjennomtrekk på instituttene kanskje, ikke sant? At kanskje kan vi ha slept pasientene litt tidligere. Tenker i forhold til det med kronifisering...at de går litt for lenge i behandling. Det er en sånn fare synes jeg i stede for at de selv er aktiv. At det kanskje er en sovepute som gjør at man hindrer dem i å være mer aktiv generelt i hverdagslivet.

Av mulige konsekvenser for egen jobb nevner de ”konkurransen med bedriftshelsetjenestene”, ”mangel på pasienter” og ”sovepute for faglig problemløsning”. Men ingen av disse vurderes som problem.

Bedriftshelsetjenestene har livsstilsendningskurs, men det koster for mye for de dere vil nå likevel.

...pasientene som ikke har lyktes eller er fattig på mestringsopplevelser fra tidligere, når de kommer til opptrening etter operasjon. Hvis vi som fysioterapeuter da ikke kan lykkes, er fallet for pasienten stort. En viss risikofaktor kan det være hvis vi fraskriver oss ansvar for å prøve godt nok, men ser det ikke som stort problem.

Jeg tror det vil ta lang tid før vi eventuelt merker at det blir mindre å gjøre. Og skulle det nå være så, så er det jo ingenting som er bedre enn at folk får det bedre.

5.3.3 Oppsummering

Alle informantene anbefaler at frisklivssentralen organiseres som en base med tverrfaglig kompetanse og god flyt og poengterer viktigheten av etablering av satellitter i bydelene i samarbeid med mange aktører. Frisklivssentralen bør ha oversikt over og bidra til utvikling av ulike gruppeaktiviteter i bydelene. Informantene uttrykker dette som avlastende og utfyllende for deres tjeneste slik at en sammen kan effektivisere pasientflyten og mulig redusere antall kronikere/gjengangerpasienter på instituttene.

5.4 Hvordan kan et spennende og utviklende samarbeid skapes?

Flere uttrykker eget behov for lokaliteter ute i bydelen og foreslår sambruk av økonomiske og praktiske grunner. For eksempel vil en stor sal lettere gi tilfredsstillende aktiviteter for mannfolk. Noen informanter foreslo å benytte avtalefysioterapeutenes kompetanse i utvikling og drift av grupper. En psykomotoriker foreslo å bidra med ”å lære bort ulike tegn en bør se etter ved første samtale”, for eventuelt henvise videre. Som ide referer en informant et eksempel fra Nord Trøndelag hvor ”kollegaer har tatt initiativ til å danne en gruppe 60+”.

Dette er noe helt annet enn det vi driver med journalføring og med pasienter, altså det kan være en kjempefin vekslingsinnimellom.

...for de som er 60+ vil bli 80, så vil en jo på en måte jobbe litt forebyggende.

Vi kan brukes som konsulenter, vi vil kanskje kjenne på kroppen hva vi synes mangler.

En kan starte opp samarbeid med fysioterapeutene og instituttene som er i området rundt den enkelte frisklivscentral.

Av felles forskning eller systematisk oppfølging foreslår flere å følge ulike pasientkategorier over tid.

...få med en gruppe fra instituttet med psykiske plager – innenfor sentralen – følge opp over tid – at de møter opp – hva savner de – hvordan går det med den enkelte i etterkant?

Folk med muskel- og skjelettplager, hvis en får de i mer aktivitet, så over tid vil de kanskje få en helsegevinst. Det ville vært interessant å følge disse å se om de etter ½ - 1 ½ år ikke kom igjen så ofte til instituttet.

Informanter med psykomotorisk kompetanse mente flere av deres pasienter har behov for oppfølging og veiledning av kompetent personell ved deltagelse i grupper.

Som praktisk forberedelse bør det lages informasjonsmateriell både til deltaker og samarbeidspartnere, og informeres i media om geografisk plassering, kontaktperson, aktiviteter og tidspunkt, om kvaliteten og kriterier. Henvisningsskjema foreslås lagt inn i tjenestens to datasystemer (arko og promed). Som introduksjon til samarbeid ønskes at frisklivssentralen besøker instituttene og motsatt. Videre ønskes tett gjensidig kontakt med oppfølging av enkeltpasienter. Overlapping i en periode foreslås slik at pasientene kan få kontrolltime på instituttet om tre måneder, og uten at alle trenger helsesamtale eller ”gå igjennom hele mølla, hvis de har vært hos oss”. Tema kan tas opp på årlige møter i enheten. Samarbeidstid bør begrenses til 1-2 ganger i året, og en informant forslår etablering av kontaktnett.

...å lage et kontaktnett så hvert institutt hadde sin kontaktperson i forhold til dette. Så det til en hver tid er en på instituttet som er oppdatert.

5.4.1 Oppsummering

Informantene er åpen for å bidra med kompetanse, utvikle ideer sammen for økt fysisk aktivitet i nærmiljøene og felles studier om effekt. De anbefaler informasjonsrunder på instituttene, felles utveksling om pasientene, tema på årlige møter og etablering av kontaktnett.

6 Diskusjon

I dette kapittelet er studiens funn diskutert opp mot tidligere forskning på feltet, utvalgte teorier og egne refleksjoner. Hovedproblemstillingen omhandler samhandling mellom fysikalske institutt og frisklivssentral med mål om å øke pasientenes aktivitetsnivå. Da samhandling består av: felles utfordring eller mål, fordeling av oppgaver og felles prosess, er dette lagt inn som ledetråd i diskusjonen. Sju ulike tema er funnet sentrale for diskusjon, og tabell 1 viser disses relasjon til underproblemstillingene. Avslutningsvis får forskningsmetoden en kritisk gjennomgang.

Underproblemstillingene utgjør disposisjon i kap. 5	Underproblemstillingene og undertema utgjør disposisjon i kap. 6
Hovedproblemstilling: Hvordan kan samhandling mellom fysikalsk institutt og frisklivssentral utvikles for å bidra til økt fysisk aktivitet hos instituttens pasienter?	
5.2 Hvordan benyttes fysisk aktivitet på fysikalske institutt?	6.1 Hvordan benyttes fysisk aktivitet på fysikalske institutt? <ul style="list-style-type: none">- Instituttpatientenes aktivitetsnivå og forventninger- Institutfysioterapeutenes motivasjonsrolle- Fysisk aktivitet på instituttene og sentral påvirkning
5.3 Hvordan kan frisklivssentralen utformes for å være et tilskudd til tilbudet på fysikalske institutt?	6.2 Hvordan kan frisklivssentralen utformes for å være et tilskudd til tilbudet på fysikalske institutt? <ul style="list-style-type: none">- Pasientgrupper med udekt behov- Frisklivssentralens rolle og utforming
5.4 Hvordan kan et utviklende samarbeid skapes?	6.3 Hvordan kan et utviklende samarbeid skapes? <ul style="list-style-type: none">- Utviklende samarbeid med mulig effekt- Innvirkning på arbeidssituasjon

Tabell 1: Sammenstilling av disposisjon i kapittelet 5 og 6.

6.1 Hvordan benyttes fysisk aktivitet på fysikalske institutt?

Funn relatert til første underproblemstilling blir her diskutert. Skal samhandling mellom fysikalsk institutt og frisklivssentral være aktuelt, må det bygges på **felles utfordring eller mål**. Hvorvidt avtalefysioterapeutene opplever å ha et ansvar i å bidra til økt fysisk aktivitet og hvordan det arter seg, blir derfor fokusert.

6.1.1 Instituttpatientenes aktivitetsnivå og forventninger

Informantene har inntrykk av at en del av pasientene er fysisk inaktive, men er usikker på hvor stor andel det er. Da 83 % av befolkningen generelt var mindre aktiv enn anbefalingene om 30 minutter daglig fysisk aktivitet (Ommundsen og Aadland, 2009), synes det logisk å anta at de fleste instituttpatientene også er for lite aktiv. 70 % av de som er mindre aktiv enn

anbefalt, har hatt plager hovedsakelig i muskelskjelettsystemet i løpet av siste året. Da pasienttilfanget på instituttene domineres av muskelskjelettlidelser, vil det styrke antagelsen om at en stor andel av instituttspasientene er for lite aktive.

Informantene forteller at en del pasienter forventer fortsatt passiv behandling og viser lite forståelse for at de må bidra selv. De forteller også at noen pasienter ikke er kjent med hvilken form de er i, eller hva som må til. En forklaring kan være at Helsedirektoratets anbefaling om fysisk aktivitet, fortsatt ikke er godt nok kjent (Ommundsen og Aadland, 2009). En annen forklaring kan være at medias fokus, om at ”selv lite er helsefremmende”, kan ha villedet noe. Dette kan ha bidratt til at flere erklærer seg som fysisk aktiv, uten at de tilfredsstiller anbefalingene. Siden både andel inaktive og grad av inaktivitet her er antagelser, synes det tjenlig som utgangspunkt for videre arbeid, å kartlegge instituttspasientenes aktivitetsnivå.

Informantene mener i tillegg at medias fokus på trening, kan gi inntrykk av at ”Fysisk aktivitet er løsningen på alle problem”. De mener kampanjen ikke gir den ønskede virkning, men gir isteden hysteri og dårlig samvittighet. Folk kommer på instituttene med skader og høyt stressnivå og helsetjenestens oppgave blir å justere forventningene og klargjøre budskapet. Selv om fysisk aktivitet er godt dokumentert som middel til å forebygge sykdom og bedre mange sider ved helsen, mener flere informanter som Bårdsen og Thornquist (2010) at hardtrening eller treningssenter ikke er nødvendig for å bidra til god helse. Fugelli (2001) mener det trengs innsikt i folks egen oppfatning av hva helse er for ”å treffe” og motivere folk. Han mener det folkelige perspektiv på helse består av et holistisk, relativt og personlig fenomen. Tilsvarende tar kroppsfenomenologien utgangspunkt i flere måter å forstå kroppen på som sosial, subjektiv og objektiv (Moe, 2009a, Mengshoel, 2007). Slik sett blir ”mer fysisk aktivitet” ofte markedsført med blant annet fokus på spesifikke treningsmetoder som et mål for den objektive kroppen, eksempelvis for å øke kondisjon, redusere vekten og unngå bestemte diagnoser. Kunnskapsoppsummeringen (Ommundsen og Aadland, 2009) påpeker nettopp viktigheten av å finne mer varig motivasjon og at sosiale motiver ofte er viktigst. Slik fysisk aktivitet presenteres i media, kan det synes som mål og middel blir blandet, slik at helse blir skyggelagt som mål og fysisk aktivitet blir både middelet for alt og selve målet. Informantens ønske om å ”ta et opprør” for å gi et sannferdig bilde av ”hva som må til”, understreker behovet for tydeligere og bedre befolkningsrettet informasjon.

Et sett av figurer (6-11) er laget for å illustrere påvirkning mellom settingene rundt henholdsvis fysikalske institutt og frisklivssentral. Samlet vil figurene vise samhandlingens utgangspunkt og muligheter. Figur 6 viser helsemyndighetenes og medias (eksonivå) påvirkning til pasienten og dennes samhandling med fysioterapeuten (mikronivå).

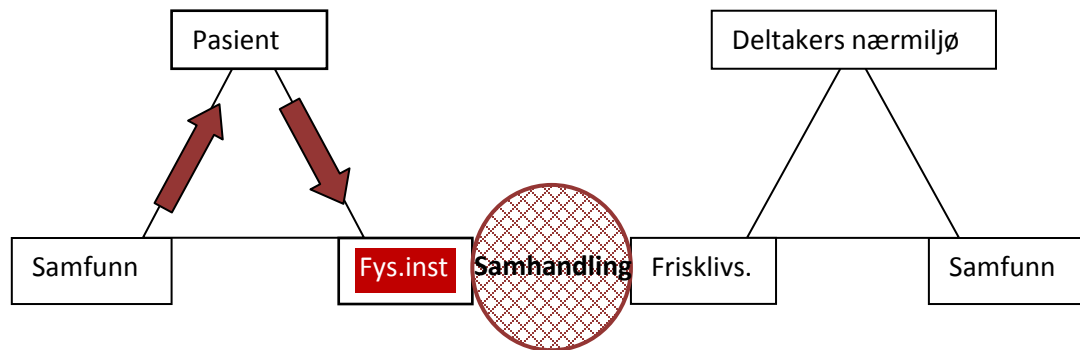


Fig.6 Helsemyndighetenes og medias påvirkning.

6.1.2 Instituttfysioterapeutenes motivasjonsrolle

Mye tyder på at fysikalsk institutt og frisklivssentral har felles utfordring i å motivere til økt fysisk aktivitet. Hva motivasjonsoppgaven innebærer og hvordan avtalefysioterapeutene opplevelse kan forstås, blir diskutert i det følgende.

Alle informantene uttrykker at de har en rolle i å motivere til økt fysisk aktivitet og ulike strategier beskrives. Flere informanter poengterer ”forståelse gjennom opplevelse” som en aktiv behandlingsstrategi slik at pasientene får erkjennelse av egen status. Likeledes vil ”ufarliggjøring av gruppetrening” være med å utfordre pasienten og gi dem mestringsopplevelse. Noen poengterer nettopp viktigheten av ”å starte der de er” og ”finne drømmen” som varig motivasjon. Alle strategiene synes å bygge oppunder selvtillit og mestringsforventning slik flere vektlegger (Bjørke, 2001, Skøien og Wilhelmsen, 2001). Som rådgiver og veileder vil en kunne fange opp og forholde seg til pasientens oppfatninger, forventninger og ønsker. Dette mener jeg kan ivareta pasientenes ulike motivasjonsnivå for adferdsendring (Bahr, 2009). I tillegg synes det å samsvare med et helhetlig / holistiske menneskesyn (Fugelli, 2001) og Banduras modell om mestring (Espnes og Smeslund, 2009).

Bildet av motivasjonsrollen nyanseres når en informant mener fagutøverne av og til har lett for å innta en ”bedre-viter-rolle”, og at det ”å tilstrebe en tilrettelegging ut fra hva pasienten har lyst til, er lett for fysioterapeuter å glemme”. Dette kan forstås ut fra paternalistiske

holdninger med lange tradisjoner i helsevesenet (Stang, 2003), og gjenspeile makt, men også være et uttrykk for velgjørenhet. Det kan også forstås ut fra at fysioterapeuter er opptatt av den umiddelbare synlige kroppen i bevegelse i tid og rom slik Thornquist (2001) beskriver. Hun mener dette vitner om en forståelse utover den biomedisinske. Samtidig understreker hun at det ikke trenger å bety at fysioterapeuter har andre tankemodeller enn den biomedisinske som utgangspunkt i sin praksis. Et spørsmål blir hvordan faggruppen selv ser på det å gi råd i forhold til fysisk aktivitet. En informant mener det ikke vurderes som fullverdig fysioterapi enda, og en annen medgav at det er "lettvinde råd som en gir ut?" Men siden informantene mener de innehar en motivasjonsrolle, kan utsagnet forstås som manglende kompetanse enten i kunnskap, ferdigheter eller holdninger.

Informantene forteller at noen pasienter er vanskelig å motivere til økt fysisk aktivitet. En forklaring kan være at motivasjonsoppgaven blir vanskelig hvis forståelsen hos pasienten mangler (Espnes og Smeslund, 2009). Dette kan sammenholdes med pasientens manglende begripelighet som legger føringer for både meningsfullhet og håndterbarhet (Antonovsky, 2000). Sørensen og Graff-Iversen (2001) viser til at modeller for atferdsendring bygger på antagelsen om at mennesker tenker langsiktig og vil leve et velregulert og sunt og langt liv. Det innebærer også at folk kan og er villig til å lære av ekspertene hva som er deres beste (Sørensen og Graff-Iversen, 2001). Dette forutsetter at alle har en vilje, ressurser og kompetanse til å delta. Fugelli (2003) omtaler faren ved at alle individene skal inn i et mønster, og advarer mot renhetssamfunnet. Å møte det enkelte mennesket med respekt og åpenhet synes viktigere som prinipp enn at adferdsmodellen følges slavisk.

En annen forklaring kan være at folk med plager oftere ikke ønsker å komme i regelmessig fysisk aktivitet enn folk uten plager (Ommundsen og Aadland, 2009) og derved er vanskeligere å motivere. Da instituttene er rettet mot folk med plager i motsetning til frisklivssentralen, kan det bety at instituttene høyst sannsynlig har en større utfordring enn frisklivssentral i å motivere til mer fysisk aktivitet. Figur 7 illustrerer dialogen mellom pasient og terapeut i motivasjonsarbeidet (mikronivå).

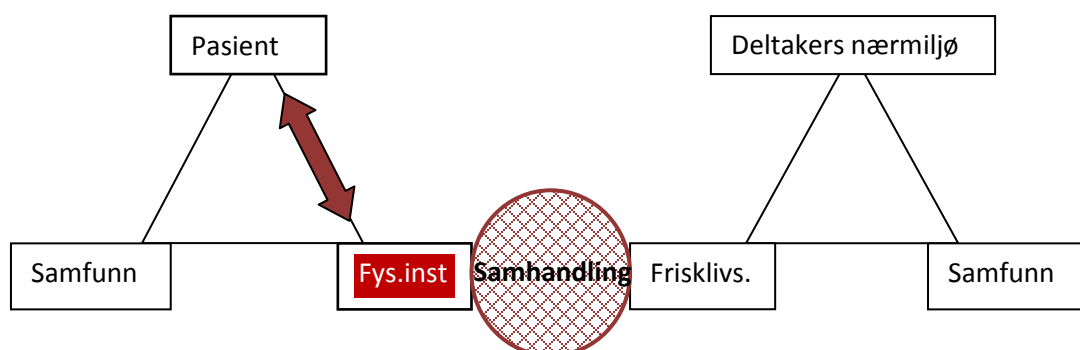


Fig. 7. Dialogen mellom fysioterapeut og pasient.

6.1.3 Fysisk aktivitet på instituttene og sentral påvirkning

Informantene forteller at de benytter fysisk aktivitet "hele tida", systematisk og kunnskapsbasert overfor pasientene, men at rammebetingelsene ikke virker stimulerende. Myndighetene har en sentral rolle med sine økonomiske og normative virkemidler for å påvirke innbyggerne til å leve sunnere (Espnes og Smeslund, 2009). Men måten virkemidlene settes inn, kan gi uheldige følger. For det første viser informantene stort engasjement og uttrykker bekymring for den samfunnsøkonomiske virkningen det har at takstplakaten favoriserer bestemte diagnoser og tiltak som er lite i tråd med nasjonale helsepolitiske føringer. Tilsvarende argumenter framkommer i artikkelen "Fysioterapimeny" (Dyrli og Odijk, 2006) hvor det vises til at takstplakaten fremdeles fremmer symptombehandling selv om det er nye takster for mer aktiv behandling og tverrfaglig samarbeid. Dyrli og Odijk mener dette kan føre til at pasientlogistikken blir lite fleksibel, at fysioterapeuter som jobber sammen i en praksis blir individualister og mer eller mindre isolerte tjenesteutøvere, og at dette igjen kan være med å vanskeliggjøre interne utviklingsprosesser. Det er å håpe at stortingets vedtak om økningen av driftstilskuddet vil gi større samsvar mellom oppgaveansvar og finansiering (Kommunenes Sentralforbund, 2010). Espenes og Smeslund (2009) tror nettopp at en større andel fast tilskudd vil gi større belønning for å holde flest mulig friskest mulig.

Informantene er usikker på om noen befolkningsgrupper unngår instituttbehandling av økonomiske grunner. En barriere kan være tilgjengeligheten hos legene da de fleste pasienter kommer til instituttene med rekvisisjon fra fastlegen. Det er foreløpig lite kunnskap rundt sosialodemografiske forskjeller i bruken eller adgang til legetjenester i Norge (Clench-Aas, 2007). En annen barriere kan være at behandling på instituttene kan oppleves kostbar. Informanter forteller riktignok at sosialkontoret bistår på god måte, men i hvor stor grad det benyttes, er uvisst. Da befolkningsgrupper med lav utdanning og lite økonomiske ressurser oftere har mer usunn livsstil og er mer utsatt for helseplager enn andre, er det viktig å sikre at denne målgruppen får fysikalsk behandling tidlig i sykdomsforløpet. Figur 8 viser myndigheters påvirkning (makronivå) til faggruppen og dennes behandlingstilbudet til pasienten (mikronivå).

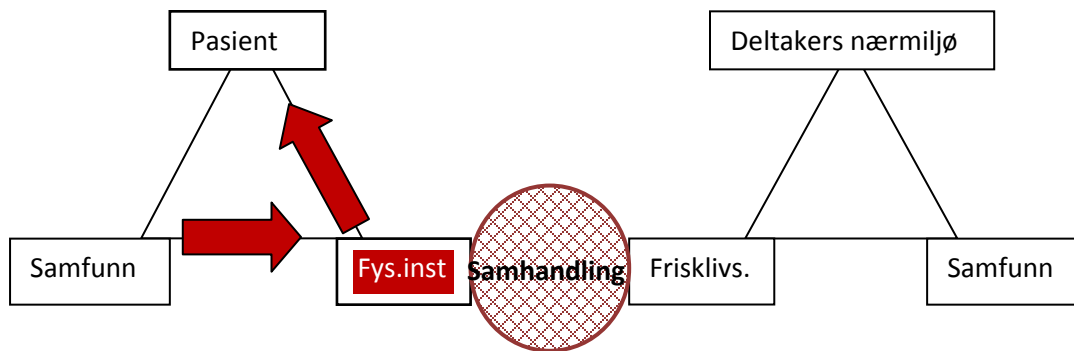


Fig. 8 Myndigheters påvirkning til faggruppen

6.2 Hvordan kan frisklivssentralen utformes for å være et tilskudd til tilbudet på fysikalske institutt?

Funn relatert til underproblemstilling b blir her diskutert. Samhandling består også av å **fordele oppgaver** på en praktisk måte ut fra kompetanse, ressurser og mulighet. Frisklivssentral er et nytt tilbud som bør finne sin plass i en kjede med eksisterende aktører. For å finne fram til hvordan frisklivssentral kan være et tilskudd til tilbudet på fysikalske institutt, synes det logisk først å klargjøre potensialet på instituttene.

6.2.1 Pasientgrupper med udekt behov

Informantene nevner mange pasientgrupper som er aktuelle for henvisning til frisklivssentral, og informantenes pasienthistorier viser tre ulike behovskategorier.

En behovskategori vises i pasienthistorie 1 og 2. Her fortelles om kombinert fysisk og psykisk plage hvor informantene ser behov for noe mer enn de opplever naturlig å gi. Samtidig synes de usikker på hva neste steg bør være. Før oppfølgerrollen kan fordeles bør innholdet i egnet tilbud beskrives slik følgende forskning er eksempel på (Enger m.fl., 2007, Festvåg m.fl., 2006). Folk med ME har sterkt nedsatt toleranse for fysisk aktivitet slik at de vanligste formene for fysisk aktivitet som regel fører til forværring av sykdommen (Festvåg m.fl., 2006). Studien fant at spesialtilpasset treningsprogram basert på qigong, hadde positiv virkning. Dette er et eksempel på at folk som i utgangspunktet betegnes som ikke potensielt aktive, kan med nødvendig tilrettelegging bli aktive, og at tilretteleggingen her krever profesjonell drift og utforming av tilbudet. Et annet eksempel er studien om Bekterewspasienter (Enger m.fl., 2007). Mindre enn en tredjedel av respondentene deltok i

organisert trening ved siden av fysioterapibehandling og knapt to tredeler av disse sa at treningen var en ønsket aktivitetsform. Studiene viser nytten av både litteratursøk, kartlegging av dagens tilbud og utprøving av ny egnet treningsform eller aktivitetstilbud for disse sykdomskategoriene. Tilsvarende framgangsmåte kan synes nødvendig for de sykdomskategorier avtalefysioterapeutene er usikker på beste oppfølging av. Først da kan en se hvilken kompetanse som er nødvendig til oppfølging av treningen/aktiviteten.

En annen behovskategori omtales i pasienthistorie 3. Denne handler om å utsette eller gjøre operasjon unødvendig og er i tråd med ”tidlig intervensjon” i samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Informanten forteller at kneartrosen i tillegg handler om ”overvekt som er en omfattende problematikk som krever tid og ressurser. Flere må på banen”. Dette er i tråd med kunnskap på området (Bahr, 2009). Informantene uttrykker samtidig at ”det er brist i mulighetene for å gjennomføre det innenfor rammer på instituttet”. Dette kan tyde på at behov for livsstilsendring med ”flere profesjonstilnærminger og bruk av tid”, kan være kriterium for henvisning til frisklivssentral. Informanter beskriver videre at de analyserer bevegelsene til pasientene og ”kan ta de ut av de mønstrene de er kommet i”. Dette forstås som det profesjonelle blikket som ikke kan overlates til annen faggruppe eller ufaglært. Avtalefysioterapeuten må på faglig grunnlag ut fra pasientens behov eller funksjonsnivå finne egnet tidspunkt å henvises til frisklivssentral.

En tredje behovskategori er fra pasienthistorie 4. Her fortelles at noen pasienter ”fortsetter i treningsgruppe på instituttet i mangel av annet tilbud”, og at noen ”er tilbake i sitt gamle mønster etter endt behandling”. ”Pasientene ønsker ikke å benytte treningscenter og de synes det er koselig på instituttet”. Dette kan forstås som et udekt behov for varig aktivitetstilbud utenfor instituttet uten personlig oppfølging. Informantene mener det vil være ”enklere å motivere til et bestemt tilbud, en plass, noen å gå sammen med, slik at det blir en kombinasjon med sosial omgang med likesinnede”. Dette er i tråd med motivasjonsfaktorer for aktivitet (Ommundsen og Aadland, 2009). Men for at utbygging av lavterskeltilbud i nærmiljøene skal bli et godt alternativ, må selve aktiviteten være ønsket og tilrettelagt i forhold til funksjonsnivå/aktivitetsnivå. Dette kan antagelig sikres med å legge til rette for reell deltakermedvirkning (Arnstein, 1998, Bracht m.fl., 1999) i samarbeid lokale aktører og med avtalefysioterapeut som kjenner personens behov.

Informantene trekker selv fram en diskusjon om vedlikeholdsgruppene både ut fra samfunnsøkonomi, effektivitet, og pasientens behov. En uttrykker det uheldig med ”fast gruppe” uten ”at noen nye kommer til” og en annen sier å ha ”flere grupper” og ”kommer meg aldri ut av de gruppene”. En tredje informant mener pasienten hadde godt av å ”komme videre i livet”. Fortellingene vitner om binding av tid og lite pasientflyt. Dette kan sees som en fastlåst sirkel med fire elementer:

For det første uttrykker informantene at det mangler annet egnet tilbud. For det andre trives pasientene med tilbudet på instituttene. Det er gratis for fullrefusjonspasienter og utløser gratis transport. Utfordringen blir å motivere pasienter til et åpent tilbud med egenandel. For det tredje kan informantenes uklarhet tyde på behov for faglig grenseoppgang mellom behandling og vedlikeholdstiltak og når fysioterapeutisk kompetanse er nødvendig eller kun nyttig. Videre synes behov for å avklare hvilken instruktør opplæring som trengs til ulike treningsgrupper. Noen studier kan gi nyttige erfaringer (Festvåg m.fl., 2006, Steihaug, 2005) og en studie beskriver en kvalitetsstandard hvor instruktørrollen må ivareta visse kriterier (Laventure, 2001). For det fjerde kan det stilles spørsmål om pasientens behov ivaretas. En informant undrer om noen pasienter går for lenge i behandling, slik at de hindres i å være mer aktiv med kronifisering som konsekvens. Pasientene kan således bli avhengig av det profesjonelle behandlingsapparatet. Da definisjon på helse blant annet er å kunne ta vare på seg selv og andre (WHO, 1986), blir spørsmålet om og hvordan empowerment fokuseres i behandlingen? Olden (2008) viser i sin studie av fysioterapeuter i møte med gjengangerpasienten at dette varierer fra fagperson til fagperson. Hun har analysert fram tre ulike roller: ”Oppsamleren”, ”treningsfysioterapeuten” og ”myndiggjørerer”. ”Myndiggjørerer” er den som setter pasienten i stand til å gjøre noe med sin egen situasjon. Siden avtalefysioterapeutene ser sin rolle som førstemotivator, synes det sentralt å ta opp temaet empowerment i faggruppen. Da de ulike elementene må løses på flere nivå, blir det vanskelig for avtalefysioterapeutene alene å bryte sirkelen.

Figur 9 viser ulike behovskategorier med oppgaver tilknyttet fysikalske institutt: empowerment i dialogen med pasientene, henvisning til frisklivssentral, faglig avklaring av instituttgrupper og medvirkning i utvikling av åpne grupper utenfor institutt.

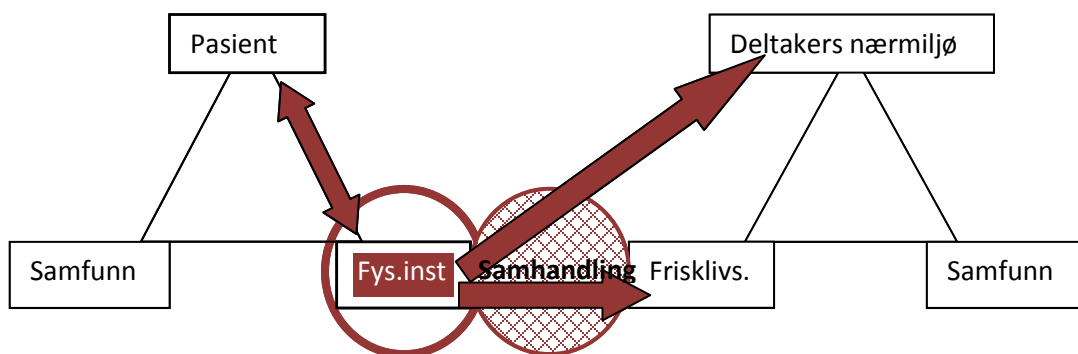


Fig. 9. Oppgaver tilknyttet fysikalske institutt.

6.2.2 Frisklivssentralens rolle og utforming

Informantene har klare tanker om frisklivssentralens oppgaver og utforming med tydelig profil, individualitet, fleksibilitet, profesjonalitet, kreativitet og attraktivitet. I tillegg til helsedirektoratets anbefaling om innhold i frisklivssentral vektlegger informantene geografisk plassering og koordinering av lavterskelaktiviteter.

Alle informantene mener det er viktig med kort avstand til en sentral for å redusere de barrierene som geografisk avstand og transport gir. Spesielt nevnes folk med psykiske problemer, innvandrere og ressursvake grupper. Dette er viktig å lytte til for å tilstrebe utjevning av sosiale helseforskjeller (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Informantene foreslår det løst med lokale sentre i bydelene og eventuelt en base for frisklivssentral for helsesamtale og kurs. At tilbudet oppleves håndterbarhet for pasienten (Antonovsky, 2000), kan være avgjørende for om frisklivssentralen blir benyttet. Dette er i tråd med kunnskap om motivasjon til fysisk aktivitet som sier at tiltaket må foregå nær bosted (Ommundsen og Aadland, 2009). Lokale sentre vil kunne stimulere til dannelse av sosiale nettverk (Bø og Schiefloe, 2007) og øke muligheten for at individ og lokalsamfunn øker sin kontroll over noen helsedeterminanter (Whitehead og Dalgren (1991) i Sosial- og helsedirektoratet (2005b)). Det synes derfor viktig å satse på bydelvis sentre som del av frisklivssentralen.

Informantene mener frisklivssentral må "være åpen for alle og ivareta sosial ulikhet". Moe (2009b) eksemplifiserer dette med at innholdet i aktivitetstilbudet bør ha verdier som oppleves familiære og tiltrekkende for aktuelle målgrupper og meningsfulle for den enkelte. Planlegging og utforming av ulike aktivitetstilbud både i frisklivssentralen og i nærmiljøet blir derfor viktig for å kunne fylle et udekt behov og "treffe" ulike målgrupper. Informantene mener frisklivssentralen bør ha ansvar for å koordinere oppbyggingen av flere lavterskelaktiviteter i bydelene og anbefaler samarbeid med frivillige lag- og organisasjoner.

Dette støttes av Rønningen (2003) som viser til at samarbeid mellom befolkning og fagmiljø er av stor betydning for både behovskartlegging og mobilisering av tiltak i nærmiljø. Dette vil ivareta helsefremmerrollen med å bidra til samarbeidsallianser (*mediating*) og i tråd med Sørensen (2002) som mener gruppe- og samfunnsnivå bør inkluderes i sterkere grad. Helsetjenestens erfaringer og kunnskap gjennom møte med individene bør kunne løftes til nivåene over som del av helseopplysningsarbeidet (se fig.4). Det vil også kunne medføre påvirkning av administrative- og politiske beslutninger og dermed utvikle helsefremmerrollen for å skape aksept og støtte (*advocacy*). Slikt samarbeid og befolkningens rett til medvirkning er forankret i plan-og bygningsloven (Miljøverndepartementet, 2008).

Figur 10 viser oppgaver tilknyttet frisklivssentralen. Mottak av henvisning, samhandling med deltaker i og utenfor frisklivssentralen (mikronivå) og samhandling om geografisk plassering og organisering av sentralen (eksonivå).

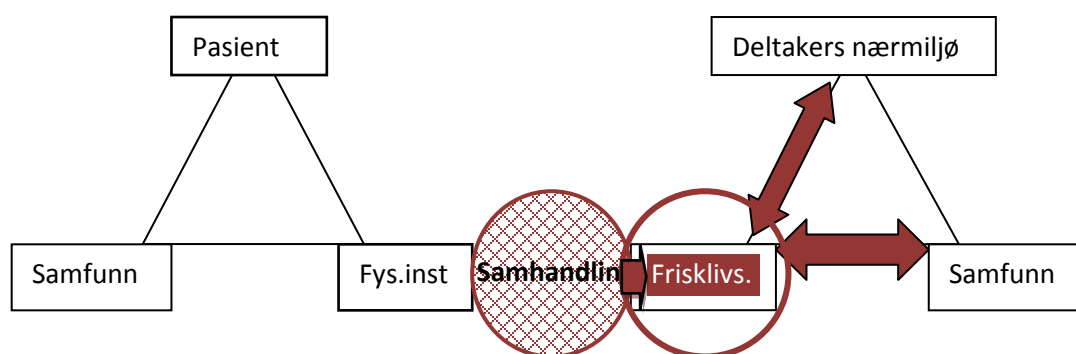


Fig. 10. Oppgaver tilknyttet frisklivssentralen.

6.3 Hvordan kan et utviklende samarbeid skapes ?

C og siste underproblemstilling blir diskuteres i dette avsnittet. Bakteppet for samhandling er tegnet med felles utfordringer og felles mål. Pasientgrupper med udekte behov er diskutert med ulike løsninger og oppgaver fordelt mellom fysikalske institutt og frisklivssentral. Samhandlingens **fellesprosess** har her fokus.

6.3.1 Utviklende samarbeid og mulig effekt

Informantene vektlegger involvering av alle kollegaer i en utviklende samarbeidsprosess. Hauger og Arntzen (2003) poengterer nettopp viktigheten i et utviklingsarbeid at alle parter er med i alle faser. De mener den viktigste del av jobben er å finne fram til en arbeidsform der

alle føler seg som likeverdige deltakere. Å jobbe for likeverdighet og skape maktfri dialog (Eriksen og Weigård, 1999), handler ofte om å synliggjøre og utfordre egne motiver, men det handler også om utvikling av gjensidig tillit og trygghet. Slik oppstart kan sees som læring i demokratiske prosesser (Amdam og Bergem, 2008) hvor hele kollegiet mobiliseres og gis rom for innspill til forming av samarbeidsrutiner undervegs. Dyrli og Odijk (2006) stiller imidlertid spørsmål om privat praksis kan bidra til å løse de lokale helseutfordringene. For å oppnå det, må de privatpraktiserende fysioterapeuter utvikle større grad av samfunnsperspektiv i tjenesten. Informantene viser tydelig et samfunnsengasjement og samfunnsperspektiv i hele kollegiet kan utvikles gjennom å legge til rette for demokratiske prosesser. Utfordringen er ofte å forankre utviklingsarbeidet hos formell leder (Hauger og Arntzen, 2003). I tillegg til å plassere ansvar handler det også om å få forståelse og støtte for ideer og framgangsmåte som velges. Dette viser behovet for enighet om og forankring i en utviklingsplan (Wøhni, 2007).

Det kan ta tid å utvikle gode relasjoner (Hauger og Arntzen, 2003), og et råd fra andre kommuner var å etablere faste samarbeidmøter med fast agenda. Informantene vektla edrulighet i forhold til bruk av tid, og anbefalte å benytte enhetens etablerte møtестruktur som samsvarer med råd for planlegging av medvirkning (Wøhni, 2007). Informantenes forslag til etablering av kontaktnett for samhandling med en kontaktperson fra hvert institutt, vil forenkle organisering av informasjon og medvirkning.

Informantene hadde konkrete forslag til hva felles samhandlingsprosess bør inneholde. Alle mente første steg var å gi god informasjon om muligheten for å henvise til frisklivssentralen. Likeledes anbefaler de at frisklivssentralens folk besøker instituttene for å skape god kontakt og lette videre samhandling om enkeltpasienter. 12 andre kommuner har gjennomført tilsvarende oppstart med god erfaring. Informantene vektla at det parallelt måtte lages en oversikt over eksisterende aktivitetstilbud. Slik oversikt vil kunne synliggjøre udekte behov, og informantene sa de kunne brukes som konsulenter i utvikling av nye treningsgrupper. Likeledes foreslo noen informanter at de etter hvert kunne bidra i andre forebyggende tiltak i samhandling med fastlønte fysioterapeuter innen hver bydel. Å engasjere privatpraktiserende fysioterapeuter i oppgaver utover takstplakatens rammer vil nødvendigvis kreve annen form for finansiering slik andre kommuner også kommenterer (vedlegg 1).

Informantene uttrykte også interesse for felles forskning, både i forhold til måloppnåelse for den enkelte pasient, men også i forhold til utvikling og effekt av samhandlingsprosessen. Dette støttes av Hauge og Ausland (2003) som mener at innføring av noe nytt og nye tiltak må forankres til noe ”gammelt” eller relæres og gjøre det gamle på en ny måte. Gjennom god dialog undervegs i oppfølgingen av pasienten vil verdifull erfaring kunne høstes og synliggjøre eventuelle behov for fagutvikling eller kompetanseheving.

Informantenes forslag viser en positiv innstilling til samhandling og at de ser nytten for egen praksis. Dette samsvarer med fysioterapeutene i Florø som vurderte felles fagutvikling og sikring av egen virksomhet som to sider av samme sak (Dyrli og Odijk, 2006).

Figur 11 viser områder og prosess for samhandling mellom fysikalske institutt og frisklivssentral (mesonivå).

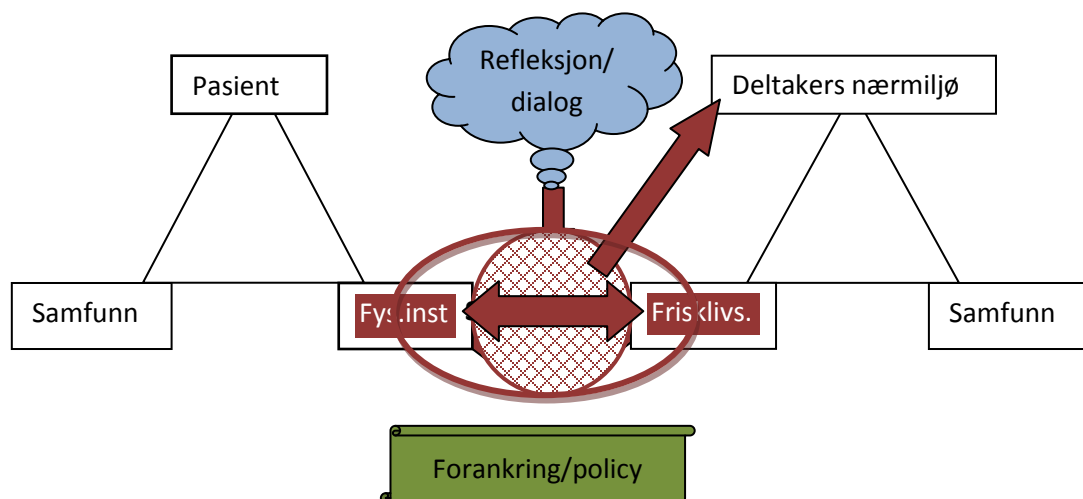


Fig. 11. Samarbeidsområder mellom avtalefysioterapeuter og frisklivssentral på mesonivå.

6.3.2 Innvirkning på arbeidssituasjon

Informantene mente tydeligste effekt ville være færre gjengangerpasienter. Som en konsekvens mener informantene at det kan gi kortere ventelister og økt kapasitet til henvisninger fra sykehuset og derved imøtekomme samhandlingsreformens intensjoner. Dette ble også uttrykt som sannsynlig effekt av samhandling mellom frisklivssentral og privat praksis fra andre kommuner (vedlegg 1).

Informantene uttrykker også at samhandlingen kan bidra til at privat praksis jobber mer forebyggende. Med samhandling ligger det bedre til rette for helhetlig tilbud, mer flyt og at

pasientforløpet blir fullført. Det støttes av Rønningen (2003) som sier at ”tverrfaglig samarbeid har vist seg å bidra til helhetstenkning, både om nærmiljø, om grupper og spesielt det enkelte individ. Tette faglige nettverk vil kunne avdekke behov for helhetlig innsats tidligere enn om hver tjeneste arbeider hver for seg rettet mot samme person” (Rønningen, 2003 s. 61).

En informant mente et samarbeid kan gi ugunstig virkning ved ”mangel på pasienter”. Dette samsvarer med noen frisklivssentralers uttalelse om at privatpraktiserende fysioterapeuter opplever frisklivssentralen som konkurrerende tjenester (Båtevik m.fl., 2008). Dette opplevdes særlig der det offentlige hadde gode og rimelige treningslokaler. Informantene tok opp behovet for lokaliteter og foreslo sambruk og rimelige treningslokaler. Selv om flere informanter mener ”mangel på pasienter” er lite realistisk, synes det viktig å reflektere over uttalelsen. Flere mener profesjonalisering kan være et hinder for mer helhetlig forståelse av sykdom og helse (Fosse, 1997, Stang, 2003). Fosse ser på profesjonaliseringen med tre perspektiver. Det funksjonalistiske perspektivet handler om at profesjon er forbundet med teoretisk kunnskap, utdanning og yrke. Det synes urealistisk å ha betydning her da frisklivssentralene med stor sannsynlighet vil ha fysioterapeut ansatt. Maktperspektivet som handler om å oppnå kontroll over og monopolisere et arbeidsmarked, kan være en forklaring, da frisklivssentralens tilbud er rimeligere for pasienter uten fullrefusjon. Men forklaringen synes likevel utilstrekkelig da frisklivssentralen ikke gir et fysikalsk behandlingstilbud. Det relativistiske perspektiv som handler om gjensidig avhengighetsforhold mellom profesjonene og omgivelsene, vil trolig kunne ha betydning. Privatpraktiserende fysioterapeuter har vært vant til å være selvrådene, og det er mulig at samhandling med frisklivssentral vil redusere denne følelsen. Men uttalelsen om at samarbeid kan gi ugunstig virkning, kan også være et uttrykk for usikkerhet for framtiden. Dette viser viktigheten av å skape tillit, klarlegge forventninger og den gode dialogen fra oppstart av samhandlingen (Fosse, 1997, Hauger og Arntzen, 2003), samt å reflektere sammen underveis over framgangsmåten for å sikre at ingen føler seg presset (Hauge og Ausland, 2003). Tross utfordringer i ulik organisering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009), nevner ikke informantene dette. Organiseringsvariabelen (fig.5) er ment å ivareta samarbeid på tvers av etablerte organisasjonsgrenser (Amdam og Bergem, 2008).

6.4 Diskusjon om metode

Ingen undersøkelse kan gi objektive, riktige og absolutte svar (Jacobsen, 2005). Å tilstrebe best mulig kvalitet på alle deler av en undersøkelse vil gi sikrere resultater. Studiens resultater får her en kritisk drøfting om de er gyldige (valide) og pålitelige (reliable).

Er resultatene gyldige?

Med intern gyldighet menes at resultatene kan oppfattes som riktige (Jacobsen, 2005). Resultatene kan kontrolleres ved å la informantene selv vurdere sannhetsinnholdet og sammenligne resultatene med relevante studier. De informantene som ønsket å se innsamlet datamaterialet fra sin gruppe fikk dette tilsendt. I tillegg fikk alle informantene tilsendt kapittel 5. Fenomen som flere informanter vektla, er gitt stor gyldighet. Samtidig som fenomen uttrykt av en informant, er gitt oppmerksomhet for å fange opp flest mulige fenomen. Informantenes spontane utsagn uttrykker tema de har et bevisst forhold til, og er derfor gitt større gyldighet enn utsagn som besvarer spørsmål. Til analyse av dataene og kategorisering, ble brukt god tid og ulike kategorier ble prøvd ut.

Det er ikke funnet studier med samme problemstilling. Problemstillingen og settingstilmærmingen har gitt resultater som favner vidt. En spissing av oppgavens fokus, ville trolig gitt større gyldighet. Siden studien representerer tema i ”upløydd mark”, mener jeg det var fordelaktig med et helhetsblikk som utgangspunkt. Aktuelle enkelttema for senere fokusering er synliggjort.

Med ekstern gyldighet menes om resultater kan generaliseres og eventuelt gjelder for alle avtalefysioterapeutene i Trondheim og kollegaer i andre kommuner. Mye tyder på at utvalget er representativt for kollegaer i Trondheim, foruten en overrepresentasjon fra institutt med treningssal. Videre er utvalget plukket ut fra potensiell liste ut fra leders kjennskap om interesse for tema. Jeg mener derfor at resultatet i detalj ikke kan representere andre enn informantene, men at deres syn og forslag angir tema og generelle retninger en kan ta fatt i videre, og tilsvarende vurderes generaliserbarheten til andre kommuner.

Er resultatene pålitelige?

Da kvalitativ metode er kontekstavhengig, er det umulig å gjenta samme studie og få de samme resultater. Kvalitetskrav må rettes til undersøkerens refleksjon over gjennomføringen (Jacobsen, 2005).

Både begrunnelse for metodevalg og rekrutteringsprosessen er beskrevet i kapittel 4. Sammensetning av heterogene grupper ble valgt for å legge til rette for intern diskusjon i gruppene. Jeg ser i etterkant at en homogen gruppe hvor deltagerne hadde psykomotorisk bakgrunn, kanskje kunne ha gitt mer spesifikke resultater ut fra et felles holistisk syn. Jeg mener likevel at heterogene grupper gav et bredest mulig tilfang av fenomener og kan derved i større grad representere relevante tema for hele faggruppen. Datainnsamlingen synes tilstrekkelig for å gi et helhetlig bilde av informantenes tanker om samhandling med frisklivssentral.

Bakgrunnsforhold som forforståelse og undersøkereffekt er gjort rede for i kapittel 4. Dataene mener jeg er troverdig, da de er basert på både båndopptak og egne notater underveis og etter intervjuene. Intervjuenes kontekst var lik og etter mitt skjønn uten nevneverdig effekt på resultatet. Gjennomføring av analyse og fortolkning er beskrevet og dataene er underbygget av annen litteratur.

6.5 Oppsummering

Funn i studien viser stor sannsynlighet for at en stor del av instituttpasientene er for lite aktiv, men at aktivitetsnivået er uklart. Befolkningsgrupper med lav sosioøkonomisk status er viktig å nå, men det er uklart om fysikalsk behandling opptrer som et reelt tilbud for disse. Informantene forteller at fysisk aktivitet er en naturlig del av behandlingen på fysikalske institutt, men å motivere til mer fysisk aktivitet som del av hverdagen utenfor instituttet, oppleves og praktiseres trolig ulikt mellom instituttene. Funn tyder på at manglende kompetanse på *positiv helse, medvirkning* og lite fokus på helhetlig pasientforløp, kan ligge til grunn. Generelt i samfunnet fokuseres fysisk aktivitet ofte som et middel og mål i ett, og ikke som del av helse. Dette gjør motivasjonsarbeidet vanskelig da sosiale faktorer er mest motiverende. Informantene mener at mange pasienter trenger kun deres motivering, råd og tips om aktivitetstilbud, men det er vanskelig da varierte lavterseltilbud er mangelvare i nærmiljøene. Manglende lavterskeltilbud kan være en av grunnene til at mange pasienter er faste kunder eller gjengangerpasienter. En annen forklaring kan være manglende faglig grenseoppgang mellom behandling og vedlikeholdstilbud på instituttene. En tredje forklaring antydes å være takstplakatens livsvarig fullrefusjon for en del diagnosetyper. Informantene ser

behov for frisklivssentraloppfølging for noen pasientergrupper og mulige henvisningskriterer er skissert.

Skal frisklivssentralen være et tilskudd til instituttbehandlingen, må den inneha kvalitetsmessig godt opplegg med bred kompetanse, være åpen for alle, lokalt plassert og koordinere utvikling av lavterskeltilbud.

I utvikling av samhandling må alle kollegaer inviteres. En oppstart må forankres og organiseres som læring i demokratiske prosesser hvor etablert møtstruktur benyttes og en handlingsplan/felles policy utformes. Informasjonsstrategi må planlegges med materiell, instituttbesøk og oppnevning av kontaktpersoner. Tett dialog bør etableres før, under og etter pasientoppfølging for å skape gjensidig læring, kompetanseutveksling og utvikling av samarbeidsrutiner. Kunnskapsbaserte treningsopplegg bør utvikles for pasientgrupper som mangler dette. Årlige samlinger med innspill og refleksjoner kan synliggjøre og inspirere til felles utviklingsoppgaver og i revidering av handlingsplan. Flere lavterskeltilbud i nærmiljøene må utvikles i *tverrsektorielt samarbeid* mellom myndigheter, fagpersoner, frivillige lag- og organisasjoner og pasienter/deltakere i deres nærmiljø. Mulig konkurrerende opplevelse synes ubegrunnet da tjenestene ikke er overlappende verken når det gjelder fysisk behandling eller oppfølging av livsstilsendring over tid. Informantene ser positivt på samhandling og muligheten for å jobbe mer forebyggende.

Resultatene fra denne studien og innspill fra andre kommuner indikerer at samhandlingen innehar et samfunnsøkonomisk potensial gjennom at mange instituttpasienter trolig vil bli mer fysisk aktiv, oppleve bedre helse og at dette vil resultere i færre gjengangerpasienter på instituttene. Av rammebetingelser pekes på takstplakaten som et hinder både til motivasjon og egenansvar til en del av pasientene, til privatpraktiserende fysioterapeuters valg av forebyggende tiltak og til prioritering av interne utviklingsprosesser.

7 Konklusjon

Denne masteroppgaven har bidratt med kunnskap på et felt det er forsket lite på. Privatpraktiserende fysioterapeuters rolle i samhandling med frisklivssentral har vært lite fokusert og til dels mytelagt som opplevelse av konkurrerende tjenester. Gjennom kvalitative intervju av 13 avtalefysioterapeuter og settingstilnærming har studien kommet fram til følgende:

Samhandling mellom privatpraktiserende fysioterapeuter og frisklivssentral kan utvikles gjennom en forankret planlagt prosess der hele faggruppen inviteres. Første trinn er god informasjon og besøk på instituttene. Videre må god dialog etableres rundt oppfølging av felles pasient/deltaker. Utvikling av lavterskelaktiviteter i nærmiljøene er sentralt og tverrsektorielt samarbeid må innarbeides. For at instituttpatientene skal bli mer fysisk aktive er motiveringsrollen sentral. Privatpraktiserende fysioterapeuter har en stor utfordring, men også en unik utgangsposisjon for å motivere mange inaktive blant pasientene. Funn tyder imidlertid på at privatpraktiserende fysioterapeuter trenger kompetansebygging i helsefremmende arbeid og at takstplakaten bør revideres i tråd med mer helsefremmende og forebyggende perspektiv. Medvirkning og læring i demokratiske prosesser vil trolig minimalisere eventuell opplevelse av konkurranse/usikkerhet hos noen kollegaer.

Egen forforståelse har preget mine forventninger til studiefunn. Anvendelsen av fysisk aktivitet i behandlingen var som forventet. Men at avtalefysioterapeutenes situasjon var så avhengig av omgivelsene og til dels innklemt av rammebetingelser, pasientenes forventninger og samfunnets påvirkning, var sterkere enn forventet. Informantenes bevissthets- og refleksjonsnivå i forhold til egen praksis var gledelige og gir optimisme med tanke på videre utviklingsarbeid.

Implikasjoner for framtiden

Samhandlingsreformen kan oppfattes at frisklivssentral skal bli kommunenes løsning på livsstilsendring. Dette er et tankekors. Da 76 % av befolkningen ønsker å bli mer fysisk aktiv, men er usikker og vil trenge motivering og endringshjelp, er det en umulig oppgave for frisklivssentralen i Trondheim. Samtidig vil trening og mosjon på fritiden ikke dekke kroppens behov for fysisk aktivitet, og fokuset må i tillegg rettes mot hverdagsaktiviteten i blant annet skole, arbeid og transport. Skal frisklivssentral bli bærekraftig, må konseptet etter

mitt syn utvides fra individrettet sykdomsforebygging til et helsefremmende perspektiv med å inkludere gruppe- og samfunnsnivå. Det vil således være behov for klargjøring av kommunens oppgave i å legge til rette for helsetjenestens ”åpne kanal til alle sektorer”.

Denne studien kan sees som en intervensjon – en pilot før mobilisering av hele faggruppen i Trondheim. Framlagte utviklingsområder er retningsgivende og en utviklingsplan betinger beslutning hos leder og faggruppen og bør innlemmes i revidering av Plan for fysioterapitjenester.

Andre kommuner oppfordres til selv å utvikle samhandling mellom frisklivssentralen og privatpraktiserende fysioterapeuter i egen kommune etter anbefalt framgangsmåte. Utvikling av samhandlingen bør følges (aksjonsforskning) og det hadde vært interessant å vite hvorvidt dette er i tråd med WHO's helsefremmende strategi ”reorientering av helsetjenesten”.

8 Litteraturliste

- Amdam, J. & Amdam, R. (2006) *Kommunikativ planlegging. Regional planlegging som reiskap for organisasjons- og samfunnsutvikling*. Oslo, Det Norske Samlaget.
- Amdam, R. & Bergem, R. (2008) *Kriterium for evaluering av partnerskap og planlegging i kommunalt folkehelsearbeid. Arbeidsrapport nr. 222*. Volda, Møreforskning Volda.
- Antonovsky, A. (2000) *Helbredets mysterium*. København, Hans Reitzels Forlag.
- Arnstein, S. R. (1998) A Ladder of Citizen Participation. *Journal of the American Planning Association*, 35(4), s. 216-224.
- Bahr, R. (2009) *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo, Helsedirektoratet.
- Bjørke, G. (2001) Fysioterapi som pedagogisk praksis. I: Stokkenes, G., Sudmann, T. & Sæbøe, G. (red.) *Fysioterapi på terskelen*, s. 35-55. Kristiansand, Høyskoleforlaget.
- Bracht, N., Kingsbury, L. & Russel, C. (1999) A Five-Stage Community Organization Model for Health Promotion: Empowerment and Partnership Strategies I: Bracht, N. (red.) *Health Promotion at the Community Level 2. New Advances*, s. 83. Thousand Oak, Sage Publications.
- Bringedal, B. (2006) Legers bruk og vurdering av grønn resept. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, (8), s. 126:1036-8.
- Bø, I. & Schiefloe, P. M. (2007) *Sosiale landskap og sosial kapital. Innføring i nettverkstenkning*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Bårdsen, A. & Thornquist, E. (2010) Må vi trene for å ha god helse. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, (15), s. 130:1487-8.
- Båtevik, F. O., Tønnesen, A., Barstad, J., Bergrem, R. & Aarflot, U. (2008) *Ein resept å gå for? Evaluering av modeller for fysisk aktivitet, røykeslutt og sunt kosthold. Arbeidsrapport nr. 225*. Volda, Møreforskning Volda.
- Clench-Aas, J. (2007) *Sosiodemografiske forskjeller i bruk og adgang til helsetjeneste i Norge: en kunnskapsoppsummering*. Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

- Dyrli, M. & Odijk, J. (2006) Prosjekt "Fysioterapimenyen". *Fysioterapeuten*(2), s. 22-25.
- Engelsrud, G. (2006) Bevegelse som erfaring - en utfordring for fysioterapien. I: Størksen, J. H., Granbo, R., Kolsrud, S. & Østerås, H. (red.) *Bevegelse - fysisk aktivitet - helse*, s. 31-43. Trondheim, tapir akademiske forlag.
- Enger, K. J., Dafinrud, H., Fuglesang, V., Skomsvoll, J. F. & Koksvik, H. S. S. (2007) Fysioterapi ved Bekhterev sykdom i Trondheim og omkringliggende kommuner. *Fysioterapeuten*, (8), s. 33-39.
- Enhet for fysioterapitjenester (2006) *Plan for fysioterapitjenester i Trondheim kommune 2006-2009. Privatpraktiserende og fastlønnende fysioterapeuter i Trondheim kommune*. Trondheim, Trondheim kommune.
- Enhet for fysioterapitjenester (2009) *Årlig kvartalsrapportering privatpraktiserende fysioterapeuter 2009*. Trondheim, Trondheim kommune.
- Eriksen, E. O. & Weigård, J. (1999) *Kommunikativ handling og deliberativt demokrati : Jürgen Habermas' teori om politikk og samfunn*. Bergen, Fagbokforl.
- Espnes, G. A. & Smeslund, G. (2009) *Helsepsykologi*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Festvåg, L., Sparre, M., Opheim, A. & Stanghelle, J. K. (2006) For utmattet til å trene? Qigong i behandling av personer med Myalgisk Encefalopati. *Fysioterapeuten*, (1), s. 14-18.
- Fosse, E. (1997) Profesjoner og profesjonalisering i helsefremmende og forebyggende arbeid. I: Alsvåg, H., Andersen, N., Gjengedal, E. & Råheim, M. (red.) *Kunnskap, kropp og kultur. Helsefaglige grunnlagsproblemer*, s. 169-184. Oslo, Gyldendal.
- Fugelli, P. (2001) Helse - slik folk ser det. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, s. 121: 3600-3604.
- Fugelli, P. & Solbakk, J. H. (2003) Forebyggende selvransakelse. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, nr 12, 2003; , s. 123: 1721-22.
- Hansen, K. J. (2001) Idrettsfysioterapi, fysisk aktivitet og trening. *Fysioterapeuten*, (1), s. 9-10.
- Hauge, H. A. & Ausland, L. H. (2003) Frihet og ansvar i forebyggende og helsefremmende arbeid: synliggjøring av handlingsrom med HENÆR-modellen. I: *Helsefremmende arbeid i en brytningstid: fra monolog til dialog?* , s. 229-250. Bergen, Fagbokforl.

- Hauger, B. & Arntzen, A. (2003) Brukermedvirkning som ideal og mulighet: om bruk av dialogkonferanse som metode i det helsefremmende arbeidet. I: Hauge, H. A. & Mittelmark, M. B. (red.) *Helsefremmende arbeid i en brytningstid: fra monolog til dialog?*, s. 174-192. Bergen, Fagbokforl.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2005) *Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009. Sammen for fysisk aktivitet*. Oslo, HOD.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007) *St.meld. nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Oslo, HOD.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009) *St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo, HOD.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2010) *Høringsnotat - Forslag til ny Folkehelselov*. [Internett].
Tilgjengelig fra:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer/hoeringsdok/2010/horing1.html?id=621026> [Lest 18.11.2010].
- Helsedepartementet (2003) *St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge: Folkehelsepolitikken*. Oslo, HD.
- Helsedirektoratet (2007) *Kartlegging av fysioterapitjenesten i kommunene. For perioden 1984-2005*. Oslo, HOD.
- Helsedirektoratet (2010a) *Fylkesvis oversikt over kommunale "Frisklivssentraler"*. [Internett].
Tilgjengelig fra:
http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00281/Fylkesvis_oversikt_281679a.pdf [lest 10.02.10].
- Helsedirektoratet (2010b) *Nasjonale mål og hovedprioriteringer for 2010. Rundskriv IS-1/2010*. Oslo, Helsedirektoratet.
- Høgskolen i Vestfold (2010) *Studieplan for MASTERGRADSSTUDIUM I HELSEFREMMEDE ARBEID*. [Internett]. Tilgjengelig fra:
<http://www.hive.no/getfile.php/Filer/Fakultet%20for%20Helsevitenskap/Studieplan-masterHEFA2010-14.pdf> [Lest 22.08.2010]

- Jacobsen, D. I. (2005) *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand, Høyskoleforl.
- Kolsrud, S. (2006) Bevegelse gjennom år. I: Størksen, J. H., Granbo, R., Kolsrud, S. & Østerås, H. (red.) *Bevegelse - fysisk aktivitet - helse*, s. 45-46. Trondheim, tapir akademiske forlag.
- Kommunenenes Sentralforbund (2010) *Fysioterapi - økte driftstilskudd*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.ks.no/tema/Arbeidsgiver/Lonns-og-arbeidsvilkar/Fysioterapi---okte-driftstilskudd/> [Lest: 03.09.2010].
- Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2009) *FOCUS GROUPS. A Practical Guide for applied Research*. California, USA, SAGE Publications, Inc.
- Kvale, S. (2001) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo, Ad notam Gyldendal.
- Laventure, B. (2001) The future: the clinical exercise practioner. I: Young, A. & Harries, M. (red.) *Physical activity for patients. An exercise precription*, s. 119-127. London, Royal College of Physicians.
- Loland, S. (2000) Kroppssyn, idrett og mosjon
Tidsskrift for Den Norske Lægeforening, (24), s. 120: 2919-21.
- Mengshoel, A. M. (2007) Bedring forstått i et medisinsk perspektiv - betydning for fysioterapi?
Fysioterapeuten, (11), s. 24-27.
- Miljøverndepartementet (2008) *LOV 2008-06-27 nr 71: Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plandelen)* Oslo, MD.
- Moe, S. (2009a) Et kroppsfenomenologisk perspektiv på fysisk aktivitet og bevegelse.
Fysioterapeuten, (4), s. 17-21.
- Moe, S. (2009b) Fysisk aktivitet og sosial ulikhet: Hvordan forstå ulik involvering i fysisk aktivitet.
Fysioterapeuten, (7), s. 17-22.
- Mæland, J. G. (2005) *Forebyggende helsearbeid - i teori og praksis*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Norsk Fysioterapeutforbund (2008) *MER FYSISK AKTIVITET*. Oslo, NFF

- Næss, Ø. (2003) Risikobegreper og folkehelse på to ulike måter - folkehelsemeldingen og WHO's årsrapport. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, (22), s. 123: 3245-7.
- Olden, T. (2008) *Fysioterapeuters møte med gjengangepasienten. Om utfordringer og læring gjennom deltakelse i fokusgruppesamtaler*. Institutt for Sosialt arbeid og Helsevitenskap. Masteroppgave, Norges Tekniske Naturvitenskaplige Universitet/Trondheim.
- Ommundsen, Y. & Aadland, A. A. (2009) *Fysisk inaktive i Norge. Hvem er de inaktive - og hva motiverer til økt fysisk aktivitet?* Oslo, Helsedirektoratet, Den norske kreftforening og Norges Bedriftsidrettsforbund.
- Poland, B. D., Green, L. W. & Rootman, I. (2000) *Settings for Health Promotion: Linking Theory and practice*. Thousand Oaks, California, Sage Publications, Inc.
- Rønningen, G. E. (2003) Nærmiljø: nostalgi - eller aktuell arena i forebyggende og helsefremmende arbeid? I: Hauge, H. A. & Mittelmark, M. B. (red.) *Helsefremmende arbeid i en brytningstid: fra monolog til dialog?*, s. 52-73. Bergen, Fagbokforl.
- Skøien, A. K. & Wilhelmsen, K. (2001) Fysisk aktivitet - noe mer enn trening? I: Stokkenes, G., Sudmann, T. & Sæbøe, G. (red.) *Fysioterapi på terskel. 13 perspektiver på faget*, s. 157-172. Kristiansand, Høyskoleforlaget.
- Sosial- og helsedirektoratet (2000) *Fysisk aktivitet og helse. Anbefalinger. Rapport 2/2000*. Oslo, Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005a) *...og bedre skal det bli! - Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005-2015)*. Oslo, Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005b) *Sosial ulikhet i helse som tema i helsekonsekvensutredninger. Verktøy og erfaringer i noen europeiske land*. Oslo, Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosialdepartementet (1993) *St.meld.nr. 37 (1992-93). Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*. Oslo, SD.
- Stang, I. (2003) Bemyndigelse: en innføring i begrepet og "empowermenttenkningens" relevans for ansatte i velferdsstaten. I: Hauge, H. A. & Mittelmark, M. B. (red.) *Helsefremmende arbeid i en brytningstid: fra monolog til dialog?*, s. 141-161. Bergen, Fagbokforlaget.

- Steihaug, S. (2005) Bydel stovner - 14 år med Grønn resept. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, (3), s. 125: 310-1.
- Sviland, R., Martinsen, K. & Råheim, M. (2007) Hvis ikke kropp og psyke - hva da? Holdning og bevegelse i selvtutfoldelse og tilbakeholdelse. *Fysioterapeuten*, (12), s. 23-27.
- Sørensen, M. & Graff-Iversen, S. (2001) Hvordan stimulere til helsefremmede atferd? *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, (6), s. 121:720-4.
- Sørensen, M., Graff-Iversen, S., Haugstvedt, K.-T., Enger-Karlsen, T., Narum, I. G. & Nybø, A. (2002) "Empowerment" i helsefremmende arbeid. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, (24), s. 122: 2379-2383.
- Thornquist, E. (2001) Blikk og klinikk. Utfordringer - holdepunkter - utfordringer. I: Stokkenes, G., Sudmann, T. & Sæbøe, G. (red.) *Fysioterapi på terskelen. 13 perspektiver på faget*, s. 231-252. Kristiansand, Høyskoleforlaget.
- Tones, K. & Green, J. (2004) *Health promotion: planning and strategies*. London, Sage Publications.
- Trondheim kommune (2007) *Plan for folkehelse for voksne og eldre*. Trondheim, Trondheim kommune.
- Trondheim kommune (2010) *Kommuneplan samfunnsdel 2009 - 2020*. Trondheim, Trondheim kommune.
- WHO (1986) *Ottawa Charter for Health Promotion*. Genève, World Health Organisation.
- WHO (1991) *Sundsvall statement on Supportive Environment for Health*. Genève, World Health Organisation.
- WHO (1997) *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*. Genève, World Health Organisation.
- Wøhni, A. (2007) "Virker medvirkning virkelig?" *Evaluering av planmedvirkning i storbyene. Sluttrapport*. Sandvika, Asplan Viak AS.
- Young, A. & Harries, M. (2001) *Physical activity for patients: an exercise prescription*. London, Royal College of Physicians.

Vedleggsoversikt

Vedlegg 1: Innspill fra andre kommuner: a, b og c.

Vedlegg 2: Invitasjon til fokusgruppe: a og b.

Vedlegg 3: Brev til informanter

Vedlegg 4: Samtykkeskjema

Vedlegg 5: Intervjuguide

Vedlegg 6: Godkjenning av NSD

Vedlegg 7: Kart over Trondheim

Vedlegg 1a: Innspill fra andre kommuner

Helsedirektoratets liste over kommuner med frisklivssentral eller lignende ble benyttet. Kommunene hadde selv meldt seg på listen via egen fylkeskommune. Spørreskjema (side 4) ble sendt elektronisk til de 82 kommunene i februar 2010. I løpet av 2 måneder med 1 purring kom svar fra 41 kommuner i 12 fylker i alle landsdeler. Svar ble sammenstilt og sortert i like og ulike meningsenheter og videre i undergrupper. Parallelt ble svarene under det enkelte spørsmål sammenholdt med hele besvarelsen fra en og samme kommune. Svaroversikt side 3. Svar fra 8 kommuner hadde ikke startet frisklivssentral, hvorav 7 ønsket samarbeid, og 3 kommenterte at de ikke har råd. 1 kommune hadde ikke avtalefysioterapeut ansatt i kommunen. 32 (av 41) kommuner hadde mulighet for samarbeid mellom frisklivssentral og avtalefysioterapeuter. 5 av disse hadde ikke samarbeid: 2 ønsket fokus på legene først, 2 begrunner det med at fastlønnende kommunefysioterapeuter har ansvar for frisklivssentralen og 1 kommune sier de ikke har følt behov, og at avtalefysioterapeutene ikke har uttrykt ønske om samarbeid. Av 32 potensielle kommuner 27 et samarbeid mellom frisklivssentral og avtalefysioterapeuter.

Igangsetting: I 12 kommuner kom samarbeidet i gang etter gjennomført informasjonsstrategi med enten utsending av materiell, fellesmøte, besøk på alle instituttene eller som oppstart av felles prosjekt. 7 kommuner hadde avtalefysioterapeut ansatt eller leid inn til bestemte oppgaver. Noen koordinerer sentralen, andre har stilling både i sentralen og som privatpraktiserende fysioterapeut. 1 kommune hadde øremerket driftstilskudd til grupper, en annen kjøper alle fysioterapitjenestene og 1 kommune har leid inn privatpraktiserende fysioterapeuter til ”trim på resept”. I 2 kommuner er sentralen og avtalefysioterapeutene samlokalisert, og 1 kommune har etablert samarbeid ut fra tidligere bekjentskap. I 2 kommune kom samarbeidet i gang på initiativ fra avtalefysioterapeutene. 1 kommune begrunnet ikke oppstart av samarbeidet.

Innhold: I 12 kommuner bestod samarbeidet av at avtalefysioterapeutene henviser pasienter. I 7 kommuner har avtalefysioterapeutene andre oppgaver i tillegg til å henvise, blant annet veiledning i treningsapparater og oppsett av treningsprogram. Avtalefysioterapeuter driver gruppetrening i 6 kommuner (noen i tillegg til det over), eksempelvis hjerte-/kar-gruppe, rygg-gruppe, gruppe for overvektige, trening for eldre, Aktiv på dagtid og diverse fokusområder som smerte, aktivitet, stavgang, bassenggrupper, trening til ansatte i kommunen. I 8 kommuner er avtalefysioterapeuter ansatt i sentralen og utfører alle oppgaver.

Uten samarbeid i 5 kommuner: I 2 kommuner var årsaken at fokus og ressurser har vært rettet på å få legene på banen, slik at det er jobbet mindre målrettet i forhold til andre samarbeidspartnere. Resterende sentraler har ikke startet eller sett behov for å starte samarbeid, og ser delvis økonomi som et hinder.

Råd fra 25 kommuner: Ta med fysioterapeuter i planleggingen av frisklivsentral. Oppsøk dem, gi informasjon, ved oppstart og underveis om at tilbudet eksisterer, send ut info om hva som ”skjer”, om aktiviteter og arranger felles kurs. Vis til samarbeidspartnere og fortell hva sentralen kan tilby av oppfølging. Det er viktig å selge seg som en samarbeidspartner, og ikke en konkurrent. Fordel oppgavene på forhånd, hvem har ansvar for hva, ha regelmessige samarbeidsmøter med klar agenda.

Gi dem mulighet til å henvise, skap en god dialog slik at de ser nytten av tilbudet, særlig med hensyn til pasienter med kroniske sykdommer som i noen tilfeller kan fjernes fra helsekøene dersom de kommer i gang med trening. Passer til pasienter som er for frisk til å gå til behandling, men for ”svak” til å komme i gang på egen hånd. Er et ”trinn to” for pasientene før de kommer i gang på egen hånd, og forhåpentligvis får aktivitet inn som en vane livet ut. Bruk fysioterapeutenes kunnskap om de aktuelle målgruppene. For eksempel leie plass i treningsrom hos fysioterapeuter, poengtere at man utfyller hverandre, ikke nødvendigvis er konkurrenter. Positivt dersom privat praktiserende viser vilje og engasjement til å bidra med for eksempel instruksjon av lavterskel grupper. Det er sikkert lurt å komme med tilbud om aktiviteter de kan lede. Kartlegg behov for hvilke type aktiviteter fysioterapeuter mener deres brukere trenger. Felles bruk av lokaler/ utstyr.

Viktig å ha andre samarbeidspartnere enn privatpraktiserende fysioterapeuter i forhold til gjennomføring av aktivitet, da avtalefysioterapeutene har venteliste og vanskelig for å prioritere dette. Sats på frivillige, idrettslag, treningskontakter og forsøk å forhandle frem gode avtaler (for brukerne) med andre kommersielle aktører i kommunen.

Det må ligge en finansiering der, så det ikke blir så kostbart for deltaker. Prisen har vært et lite problem her, så vi er ikke i stand til å benytte privat fysio så mye som vi kunne hatt behov for, da det blir for dyrt. Hvis prisen er for høy, må kommunen finne andre løsninger.

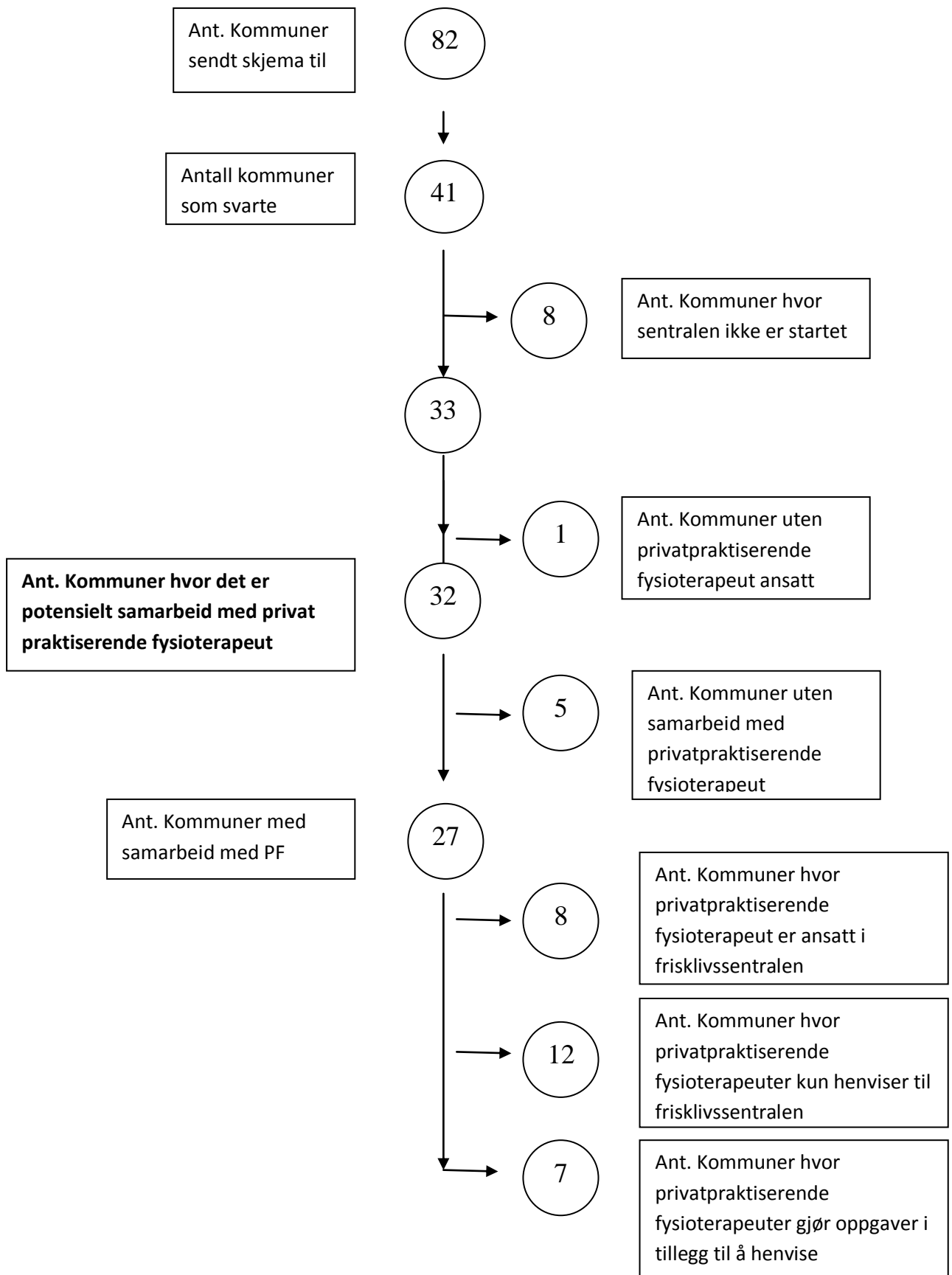
Avslutningsvis noen sitater:

”Mitt motto er: Gjør meg overflødig som passiv behandler.”

”Benyttet anledningen til å få mange av våre ”gamle kronikere” over til fysioteket.”

”Så har de etter hvert sett at dette ble et viktig verktøy for dem.”

Vedlegg 1b: Fordeling av antall kommuner med ulike svarkategorier.



Vedlegg 1c: Spørreskjema til andre kommuner

Spørsmål ifm master i Helsefremmende arbeid ved Høyskolen i Vestfold våren 2010

Oppgaven min omhandler privatpraktiserende fysioterapeuter og frisklivssentral i Trondheim. Denne e-posten sendes alle de 83 kommuner som har tilbud ift livsstilsendring, og som stod på oversiktslisten jeg nettopp har fått fra Helsedirektoratet. Svarene vil bli brukt i bakgrunnsdelen i oppgaven og beskrives som samlet status i andre kommuner i Norge. Jeg vil også bruke svarene som tips til hvordan et samarbeid kan etableres og utvikles til gjensidig nytte. Det enkelte svaret vil ikke bli sammenholdt med personnavn eller kommunenavn.

1. Er privatpraktiserende fysioterapeut/er på noen måte involvert i kommunens tilbud ift livsstilsendring med fokus på fysisk aktivitet? Merk det rette svaret: JA NEI

2. Hvis du svarte NEI: Kjenner du en begrunnelse, så vennligst beskriv den:

Svar:

Hvis du svarte JA: vennligst svar på resten av spørsmålene:

3. Hvordan startet involveringen?

Svar:

4. Hva består oppgavene av som de privatpraktiserende fysioterapeutene er involvert i?

Svar:

5. Ut fra din erfaring, hvilke råd vil du gi ved etablering av samarbeid med privatpraktiserende fysioterapeuter i forbindelse med oppstart av Frisklivssentral?

Svar:

Hvis jeg får lov til å ta kontakt med deg igjen ved en senere anledning, så vennligst oppgi e-postadresse og telefonnummer det er lettest å nå deg på:

e-post:

tlf.:

På forhånd mange takk for at du tok deg tid og lykke til videre med ditt eget arbeid.

Vennlig hilsen

Astri Heide Vaskinn,

astri-heide.vaskinn@trondheim.kommune.no tlf. 91666559 / 93663372



Vedlegg 2a: Invitasjon til fokusgruppe

TRONDHEIM KOMMUNE

Enhet for fysioterapeuter

NNN

Adresse....

70... Trondheim

Hei

Trondheim 19.02.2010

Jeg heter Astri Heide Vaskinn, og er ansatt i Enhet for fysioterapitjenester. Denne våren skal jeg fullføre master i Helsefremmende arbeid, og oppgaven omhandler utforming av Frisklivssentral i Trondheim. Jeg er veldig interessert i hva privatpraktiserende fysioterapeuter tenker om Frisklivssentral. Er det et tilbud som deres pasienter kan ha nytte av, og hvordan må det i så fall utformes? Enhetsleder Anne Hansen har anbefalt meg å ta kontakt med deg og håper du kan tenke deg å bidra med dine tanker og synspunkter i en fokusgruppe. Vedlagt info om Frisklivssentral.

For ca tre uker siden sendte jeg en generell invitasjon til institutt om å delta i fokusgruppeintervju. Det var da lagt opp til en metode med flerstegsfokusgruppe hvor deltakerne måtte møtes tre ganger. Jeg har nå endret designet til vanlig fokusgruppe slik at deltakerne møter kun en gang, i håp om at flere har anledning.

Det blir 5 deltakere i hver gruppe og i alt 3-5 grupper, alt etter hvor mange deltakere som melder seg. Fokusgruppene vil foregå i et møterom i 3 etasje på Leutenhaven (Erling Skakkesgate 40), fra kl 15.00 og varer 1 1/2 -2 timer. Det vil bli enkel servering og en godtgjørelse på kr 400 til hver deltaker. Dato for fokusgruppene er gruppe 1: tirsdag 9.mars, gruppe 2: tirsdag 16.mars, gruppe 3: onsdag 17.mars, gruppe 4: tirsdag 23.mars og gruppe 5: onsdag 24.mars.

Intervjuene vil bli tatt opp på bånd, men personnavn eller institutt navn vil ikke komme fram i det skriftlige materialet. Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste a/s har vurdert studien 05.01.2010. De fant at studien ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningsloven.

Har du lyst og anledning til å bidra, ber jeg om at du gir meg tilbakemelding senest mandag 1.mars og sier hvilke av de oppgitte tidspunkt som passer. Jeg vil så ta kontakt med deg i uke 9.

Vennlig hilsen

Astri Heide Vaskinn

tlf.91666559 / 93663372, e-post: astri-heide.vaskinn@trondheim.kommune.no

Postadresse:	Besøksadresse:	Telefon:	Telefaks:	Org.nr.:
TRONDHEIM KOMMUNE	Erling Skakkesgate 40	72540892		942 110 464
Enhet for fysioterapitjenester	Trondheim			

7004 Trondheim

E-post: .postmottak@trondheim.kommune.no

Internett: www.trondheim.kommune.no/

Vedlegg 2 b

Informasjon om frisklivssentral

Bakgrunn

St.meld. 16 (Helsedep., 2002-2003): Resept for et sunnere Norge (Helsedepartementet, 2003b) legger føringer for bedring av folkehelsen gjennom blant annet økt fysisk aktivitet hos utsatte grupper. Som tiltak i "Handlingsplan for fysisk aktivitet" (Helse- og omsorgsdep., 2005) er det laget en Aktivitetshåndbok (Bahr, 2009) (Bahr, 2001) som er sendt ut til alle legekantor og fysikalske institutt. Boken er ment som et verktøy for utskrivning av "frisklivsresept" (grønn resept). Hvordan fysioterapeutene bruker boken, er ikke undersøkt.

Hva det er en frisklivssentral og hva er status i Trondheim?

I Trondheim prøves modellen ut i Lerkendal bydel og heter "Fysisk aktivitet på resept". Lege, fysioterapeut, NAV, oppfølgingstjenesten og helse- og velferds kontor kan skrive ut resept. Reseptperioden er på 3 måneder og koster kr 300 for helsesamtale før og etter perioden, gruppeaktivitet 2 ganger i uken (1 dag inne og 1 dag ute) og temakveld med treningsprinsipper. I tillegg tilbys kurs i kosthold, endringsprosesser og etter hvert røykeslutt for kr 200 pr. kurs. Målet med reseptperioden er at deltakerne endrer sin livsstil og blant annet funnet lystbetont aktivitet de ønsker å fortsette med selv. FYSAK koordinerer tilbudet i Trondheim og kan bidra i utvikling av flere lavterskeltilbud i nærmiljøene. Vi tror behovet er stort blant mange målgrupper; inaktive, overvektige og kroniske syke/bevegelsehemmede. Det er planer om å utvide tilbudet til å gjelde hele byen fra 2011.

Frisklivsentraller er nå etablert i mange kommuner.

Modum etablerte den første frisklivssentralen på 90 tallet. På oppdrag fra Helsedirektoratet er det gjennomført en evaluering av tilsvarende sentraller i 40 kommuner (Båtevik, 2008). Evalueringsrapporten (Båtevik m.fl., 2008a) sier at tiltaket er vellykket, men at privatpraktiserende fysioterapeuter i liten grad henviser til dette tiltaket. De viser også til eksempler med konflikt og at de privatpraktiserende fysioterapeutene opplever tiltaket som konkurrerende. Det er også eksempler fra andre kommuner som forteller om positivt samarbeid mellom Frisklivssentral og fysikalske institutt. Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) (Helse- og omsorgsdep. 2008-2009) påpeker viktigheten av slik satsing på forebygging og tidlig intervensjon framover, og tar fram frisklivssentral som egnet modell. Les mer på www.helsedirektoratet.no/fysiskaktivitet

Kan vi sammen bidra til at en større andel av befolkningen blir fysisk aktiv?

Helsedirektoratets siste registrering viser at kun 20 % av befolkningen er fysisk aktivt i tråd med anbefalt nivå (30 min i snitt pr dag). Det er logisk å anta at mange av pasientene på fysikalsk institutt er blant de 80 % som ikke er aktiv nok. Så hvordan kan en frisklivssentral utvikles slik at den kan bidra overfor instituttens pasienter som et tilskudd til det fysioterapeutene gjør eller får til innenfor instituttets rammer?



TRONDHEIM KOMMUNE

Enhet for fysioterapeuter

NN
NN Fysikalske Insitutt

Trondheim 08.03.2010

Hei

Mange takk for at du vil stille opp i fokusgruppeintervju for å bidra i utforming av Frisklivssentral i Trondheim. Med hjelp av en intervjuguide vil jeg lede/sette i gang en samtale om behovene til deres pasienter i forhold til fysisk aktivitet, hva de får dekket på instituttet, og hvilke udekte behov som eventuelt en Frisklivssentral kan bidra med. Gruppen du er med i vil bli holdt:

Onsdag 24.mars

Fra kl 15.00 og maks 2 timer til kl. 17.00.

Leutenhaven: Erling Skakkesgate 40

Inngang som til betaling for parkeringskjelleren,

Gå opp i 3 etasje, på døren står det blant annet Enhet for fysioterapitjenester,

Ring på dørklokken, så åpner jeg.

Det vil bli en liten gruppe på 3-5 personer. Det vil bli en enkel servering og en godtgjørelse på kr 400 til hver deltaker. Skjema for informert samtykke er vedlagt. Jeg ber deg fylle det ut og ta det med.

Hvis du av en eller annen grunn ikke får til å komme, vennligst ring meg på 91666559 så snart som mulig.

Jeg ser fram til å møtes. Dette blir spennende.

Vennlig hilsen

Astri Heide Vaskinn

tlf.91666559 / 93663372,

e-post: astri-heide.vaskinn@trondheim.kommune.no

Postadresse:	Besøksadresse:	Telefon:	Telefaks:	Org.nr.:
TRONDHEIM KOMMUNE	Erling Skakkesgate 40	72540892		942 110 464

Enhet for fysioterapitjenester Trondheim

7004 Trondheim

E-post: .postmottak@trondheim.kommune.no

Internett: www.trondheim.kommune.no/

Vedlegg 4: Samtykkeskjema

INFORMERT SAMTYKKE

- Jeg er informert om masterstudien og samtykker i at opplysninger og eventuelt illustrerende sitater som kommer fram i intervjuet, kan brukes i studien.
- Jeg er informert om at jeg når som helst kan trekke meg uten at det får noen konsekvenser for meg.
- Sett kryss ved det alternativet som passer best:

1. Jeg er informert om at undersøkelsens karakter og hensikt i noen tilfeller kan gjøre det vanskelig å skjule aktørenes identitet i de data som bli publisert. Jeg samtykker i at informasjon fra intervjuet kan brukes på denne måten.

2. Jeg ønsker at min identitet ikke på noen måte skal fremgå i de data som blir publisert.

- Jeg er informert om muligheten til å få utskrevet intervjuet til gjennomlesning før data publiseres, og at båndene med intervjuopptak vil bli slettet umiddelbart etter at de er skrevet ut.

Ønsker du en slik gjennomlesning? Sett kryss:

Ja

Nei

- Jeg er informert om at jeg ikke får noen annen form for godtgjørelse for deltakelsen enn kr 400 for tapt arbeidstid.

.....

Sted

dato

navn

Trondheim (dato)

.....

Astri Heide Vaskinn

Vedlegg 5: Intervjuguide

Intervjuguide pr. 15.03

Innledning

Velkommen – enkelt måltid, te/kaffe, farris

Hensikt

Metode – etikk

Forskers rolle

Bruk av resultatene

Åpningsspørsmål: styrt runde

Fortell kort når du begynte å jobbe som fysioterapeut, hvor du har jobbet, og hva du gjør når du ikke er på jobb?

Overgangsspørsmål:

- 1. Hvilke tanker eller assosiasjoner får du når vi bruker termen/ordene ”fysisk aktivitet”?**

Nøkkelspørsmål:

STATUS Institutt

- 2. Hvordan benyttes fysisk aktivitet som del av behandlingen på instituttene i dag?**
 - a. I Individuell behandling og i gruppebehandling?
 - b. Hvilke målgrupper er det lett å jobbe med? / vanskelig – beskrive hvorfor
- 3. Hvilke pasienter tror dere kunne ha nytte av et tilbud utover det dere gir i dag?**
 - a. Hvorfor disse?
 - b. Hva trenger de?

FRAMOVER – rollen til frisklivssentral

- 4. Hvis dere fikk i oppgave å bygge opp en frisklivssentral, hvordan ville dere gjøre det?**

FRAMOVER – Rollen til institutt

- 5. Hvordan tror dere en FRISKLIVSSENTRAL kan virke inn på deres yrkesutøvelse? Positivt – negativt – ikke det hele tatt?**
- a. Hva skal til for å unngå konflikt?
- 6. Er det noe innen dette feltet du kunne tenke deg å jobbet mer med selv - på instituttet eller utenfor? Beskriv. (flyttes til siste nøkkelmål)**
- a. Hva er bakgrunn for det
 - b. Hva skal til, er det noen eventuelle barrierer? Beskriv

Avslutningsspørsmål:

SAMHANDLING – Fysikalsk institutt og Frisklivsentral

- 7. Ser du noen områder det kunne vært spennende å samarbeide om? hvilke?**
- 8. Hvordan ser dere for dere at frisklivscentral og fysikalske institutt kan samhandle rent praktisk?**
- a. Hva beskriver en drømmesituasjon for samarbeidet
 - b. Hva må til for å komme i gang?
 - c. Hvis dette skulle spres/informeres til andre institutt, hvordan vil dere foreslå at det gjøres?

Oppsummering

Hovedmomenter under hvert spørsmål – om jeg har oppfattet rett

Hva skjer videre

Mange takk



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

Björg Aase Sørensen
Avdeling for helsefag
Høgskolen i Vestfold
Postboks 2243
3103 TØNSBERG

Vår dato: 05.01.2010

Vår ref:23257 / 2 / KH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 16.12.2009. Meldingen gjelder prosjektet:

23257

Behandlingsansvarlig

Daglig ansvarlig

Student

Reorientering av helsetjenesten - en helsefremmende strategi?

Høgskolen i Vestfold, ved institusjonens øverste leder

Björg Aase Sørensen

Astri Heide Vaskinn

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Bjørn Henrichsen

Kjersti Håvardstun

Kontaktperson: Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53

Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Astri Heide Vaskinn, Overlege Brattsvei 7, 7026 TRONDHEIM



Ombudet kan ikke se at det foretas behandling av personopplysninger med elektroniske hjelpemidler eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten.

Det legges til grunn at opptak ikke behandles på pc samt at opplysninger anonymiseres ved transkribering ved at verken direkte eller indirekte personidentifiserbare opplysninger fremgår. Det innhentes opplysninger om navn og navn på arbeidsplass, men det legges til grunn at det ikke vil finnes en koblingsnøkkel som kobler transkripsjoner til informant, jf. opplysninger gitt i meldeskjema, punkt 10.

Enkelt personer vil ikke kunne gjenkjennes i oppgaven. Lydopptak og navneliste slettes innen prosjektslutt 02.10.10.

Vedlegg 7: Kart over Trondheim (et utsnitt)

