

Leger som folkehelsearbeidere,
praksisendring mot et helsefremmende
perspektiv? En studie med
fenomenografisk tilnærming

Jørgen Storebakken

Master of Public Health

MPH 2010:2



Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

Leger som folkehelsearbeidere, praksisendring mot et helsefremmende perspektiv? En studie med fenomenografisk tilnærming.

© Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.

ISSN 1104-5701

ISBN 978-91-85721-81-8



Master of Public Health – Examensarbete –

Examensarbetets titel och undertitel Leger som folkehelsearbeidere, praksisendring mot et helsefremmende perspektiv? En studie med fenomenografisk tilnærming				
Författare Jørgen Storebakken				
Författarens befattning och adress Folkehelserådsgiver, Fylkesmannen i Oppland, Helse- og sosialavdelingen, Serviceboks NO – 2626 Lillehammer				
Datum då examensarbetet godkändes 2010-02-19			Handledare NHV/Extern Karin C Ringsberg, professor NHV	
Antal sidor 66	Språk – examensarbete Norsk	Språk – sammanfattning Norsk/engelsk	ISSN-nummer 1104-5701	ISBN-nummer 978-91-85721-81-8

Sammanfattning

Bakgrunn: I senere år har det blitt en økende oppmerksomhet på forebygging av sykdom gjennom helsefremmende tiltak i forhold til livsstilsendring. Allmennpraktiserende leger er viktige samarbeidspartnere. Studier viser at en relativt liten del av befolkningen mottar slik rådgivning.

Mål: Studiet hadde til hensikt å beskrive de ulike erfaringene allmennpraktiserende leger med å arbeide som folkehelsearbeidere med et helsefremmende perspektiv med fokus på livsstilsintervensjon.

Metode: Studiet benyttet en kvalitativ og fenomenografisk tilnærming for innsamling og analyse av data. 26 allmennpraktikere ble strategisk valgt (kjønn, alder, arbeidserfaring, kommunistørrelse). Data innsamlet i 2007 fra seks fokusgrupper med utgangspunkt temaene livsstilsendring, motivasjon, pasienterfaringer og legenes egne erfaringer på området.

Resultat: Tre deskriptive kategorier framkom; (A) Dramatisk inngripen, (B) En travel hverdag og (C) Det gylne øyeblikk med to respektive fire underkategorier. I kategorien A fremkom det at allmennlegene oppfattet livsstilsintervensjon som et vanskelig område å diskutere med pasienten, og var opptatt av maktrelasjonen i forhold til pasienten. Mange av dem oppga usikkerhet i forhold til en slik oppgave. I kategori B beskrev legene utenforliggende årsaker som de oppfattet begrenset intervensjon i forhold til levevaner. I kategori C beskrev legene hvordan de griper fatt i de gode situasjonene for intervensjon. Gjennom en syntese av resultatene foreslås en modell for praksisendring.

Konklusjon: Den norske fastlegeordningen skaper et ”kjøper/selger forhold” mellom lege og pasient, noe som uheldigvis kan bidra til uklare maktrelasjoner. Mange av legene i studiet manglet kunnskap om folkehelse og helsefremmende perspektiv i sitt daglige arbeid. Modellen som beskrives, fokuserer på synergieffekten mellom behovet for å avgjøre hvilken prosess som reelt resulterer i helsefremmende arbeidet og en identifisering av de prosesser som legene anerkjenner som ”gylne øyeblikk”. Modellen kan benyttes som en diskusjon i nye fokusgruppediskusjoner med mål, å endre praksis mot et mer helsefremmende perspektiv.

Nyckelord allmennpraktiserende leger, livsstilsendring, livsstilsintervensjon, helsefremmende arbeid, fenomenografi



Master of Public Health

– Thesis –

Title and subtitle of the thesis General practitioners (GPs) as public health workers: modifying practice toward health promotion perspectives? A phenomenographic study.				
Author Jørgen Storebakken				
Author's position and address Adviser Public Health, Oppland County Governor, Serviceboks NO -2626 Lillehammer				
Date of approval 19 February, 2010			Supervisor NHV/External Karin C Ringsberg, professor NHV	
No. of pages 66	Language – thesis Norwegian	Language – abstract English	ISSN-no 1104-5701	ISBN-no 978-91-85721-81-8

Abstract

Background: In recent years attention have increased on disease prevention and health promotion through lifestyle intervention. General practitioners (GPs) are important partners in this effort. Different studies indicate that relatively few GP-patient-populations receive this type of advice.

Aim: The aim of this study was to describe GPs various experiences of working within the field of public health and especially from a health promotion perspective with focus on life style interventions

Methods: The study used a qualitative and phenomenographic approach to collecting and analyzing data. Twenty six GPs were strategically selected (gender, age, work experience, sizes of communities). Data was collected in 2007 from six focus group developed on the basis of lifestyle changes, motivation, patient experiences, and GPs' own experience with these subjects.

Findings: Three categories emerged: (A) Dramatic intervention, (B) Busy workday, and (C) The golden moment. In category A, the GPs describe how they experience lifestyle intervention as a difficult theme to discuss with their patients. They were concerned about the risk of disrupting the balance imbalance of power, thereby depreciating the patients. In category B, the GPs describe ulterior causes for limitations in intervention-strategy towards lifestyle changes. Category C describes how GPs seize the opportunity provided by optimal moments for intervention. Synthesizing the focus group results yielded a model for modifying current health promotion practice.

Conclusion: The Norwegian medical system uses a listing system to assign patients to a specific physician, a practice that gives the doctor/patient relationship an element of "purchase and sale" that unfortunately may influence the balance of power between GP and patient. Most GPs lacked sufficient knowledge of public health and health promotion in their daily work. The model described in this thesis focuses on the synergistic effects between the need to determine which processes actually result in health promotion and further identifying those processes GP recognizes as "Golden moment." The model described here can be used as a point of departure for new focus group discussions aiming to modify medical practice towards health promotion perspectives.

Key words GPs, life style change, lifestyle intervention, health promotion, phenomenography

Innholdsfortegnelse:

1. INNLEDNING.....	5
2. BAKGRUNN.....	5
2.1 Inaktivitet, tobakk og feilaktig kosthold – et samfunnsøkonomisk perspektiv....	6
2.2 Sosial ulikhet i helse og konsekvens for levevaner.....	6
2.3 Livsstil og fysisk aktivitet på resept.....	7
2.4 Den norske fastlegeordningen.....	8
2.5 Evaluering av intervensjoner på levevaneområdet.....	9
2.6 Rådgivning i allmenn praksis.....	10
2.7 Rådgivning og pasienter.....	11
3. TEORETISK RAMME.....	11
3.1 Motivasjon for endring av levevaner.....	11
3.2 Det salutogene møtet, lege-pasient.....	12
3.3 Helsefremmende arbeid.....	12
3.3.1 Et holistisk helsesyn.....	13
3.3.2 Empowerment i allmenn praksis.....	13
3.3.4 Peter F. Hjorts tankemodell for helsearbeid.....	14
4. PROBLEMFORMULERING,HENSIKT OG FORSKNINGSSPØRSMÅL.....	14
4.1 Problemformulering og forskningsspørsmål.....	14
4.2 Hensikt.....	15
5. METODE.....	15
5.1 Om metodevalg.....	15
5.2 Det kvalitative forskningsintervju.....	16
5.3 Fokusgruppediskusjon.....	16
5.4 Studiedesign.....	17
5.5 Validitet.....	18
5.6 Etiske overveielser.....	20
6. RESULTAT.....	21
Dramatisk inngripen.....	21
En travel hverdag.....	24
Det gylne øyeblikk.....	32
Syntese av resultat.....	41
7. DISKUSJON.....	42
Det helsefremmende perspektiv blant allmennpraktiserende leger.....	42
Maktrelasjon til pasientene, hva med empowerment.....	43
Ulik kultur, konsekvenser for livsstilsrelatert rådgivning.....	46
Intervensjon, et etisk dilemma?.....	47
Fastlegeordningen.....	48
Biomedisinsk forskning og tilnærming eller SOC?.....	50
Kommunikasjonsprosesser og målrettet samtale.....	50
7.1 Vurdering av studiedesign og metode.....	51
Konklusjon.....	52
Takksigelser.....	53
REFERANSER.....	54
VEDLEGG	

1. Innledning

I mange år har jeg vært engasjert i arbeidet med utvikling av lavterskelmodeller for personer som vil endre uheldige levevaner som et alternativ til medikamentell behandling. Gjennom mastergradsprogrammet ved Nordiska Högskolan för folkhälsovetenskap har jeg hatt mulighet til å følge utvikling og forskning på området innen levevaneendring som et alternativ til, eller som supplement til, medikamentell behandling. Forskningen på feltet er relativt ny, slik at det er ikke noen klart sammenfallende evidens på området. Liknende modeller er utviklet i de øvrige nordiske landene samt i andre land rundt om i verden. Oppslutningen om denne typen tiltak er økende og ledsages av mye spennende forskning. Noen allmennleger stiller seg positive til ordningen. Andre er mer tvilende til både effekten av slike tiltak og oppfatningen av disse som bidrag til helsefremmende tiltak. I et salutogent perspektiv kan disse modellene bidra til å utvikle kompetanse og personlige ferdigheter hos den enkelte bruker slik at brukeren selv foretar hensiktsmessige helsevalg i likeverdig samarbeid med legen.

2. Bakgrunn

WHO uttrykker en bekymring for økende inaktivitet og utvikling av folkehelsesykdommer knyttet til dette (1). Inaktivitet er en sentral risikofaktor for utvikling av hjerte- og karsykdommer og stoffskiftesykdommer, f.eks. type 2-diabetes (1,2). Derfor fokuseres det også i Norden, gjennom det enkelte lands folkehelsemeldinger, på tiltak som bidrar til å øke graden av fysisk aktivitet i befolkningen.

Den norske Stortingsmelding nr. 16 (2003 – 2004), *Resept for et sunnere Norge*, har satt følgende mål for det nasjonale folkehelsearbeidet:

- Flere leveår med god helse i befolkningen som helhet
- Å redusere helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn (3)

Helsetjenestene skal forebygge mer for å reparere mindre, og det forventes at allmennpraktiserende leger skal bli viktige partnere i folkehelsearbeidet. Fokus på livsstilspåvirkning og en styrking av forebyggende tjenester for barn, unge og familier er sentralt. Utfordringen blir å gjøre livsstilstiltak til et førstevalg hos legene istedenfor bare medikamentell behandling (3). Som en oppfølging av intensjonene i denne meldingen ble satsningen ”Grønn resept” utviklet (4). Livsstilsintervensjon fokuserer på tiltak som bidrar til å endre livsstilen hos enkeltpersoner og i befolkningsgrupper gjennom å forebygge sykdom og fremme helsen. Hensikten er å få folk til å foreta andre valg enn det de gjør i dag med hensyn til kosthold, alkohol, røyking, inaktivitet o.l. (5).

I et internasjonalt perspektiv er det mange land som har igangsatt tiltak med ”fysisk aktivitet på resept”, og forskning viser at denne typen intervensjon har positiv effekt for pasientens helse (6-8). I Norden er det nå lagt til rette for utvikling av forskjellige ordninger for å henvise pasienter med livsstilsrelaterte diagnoser til motivasjonssamtaler på levevaneområdene fysisk aktivitet, tobakk og kosthold. Videre blir det gitt tilbud om ulike former for lavterskeltilbud til lokale mottakssentraler (frisklivssentraler eller fysiotek). Helsedirektoratet igangsatte en evaluering av disse ordningene i Norge, og høsten 2008 ble det fremlagt en forskingsrapport, *Ein resept å gå for? Evaluering av*

modellar for fysisk aktivitet, røykeslutt og sunt kosthold, i regi av Møreforsk (9). Liknende forskning er for øvrig gjennomført både i Sverige og Danmark (8,10). Rapporten fra Møreforsk avdekket bl.a. at de fleste kommunene har problemer med å få legene til å henwise aktuelle pasienter. Det er nødvendig med stadige påminnelser og informasjon for at legene skal ”huske” resepten (9). I Norden er det forskjellige erfaringer med allmennpraktiserende legers involvering i denne typen livsstilsintervensjon.

2.1 Inaktivitet, tobakk og feilaktig kosthold – et samfunnsøkonomisk perspektiv

En stillesittende livsstil medfører høye kostnader for samfunnet, og det utgjør ca. 2,5 prosent av vestlige lands totale helse- og omsorgsbudsjetter (11,12). Globalt anslås det at ca. 60 prosent av befolkningen ikke er i tilstrekkelig fysisk aktivitet (1). En stillesittende livsstil er en av de ti ledende dødsårsaker og forårsaker anslagsvis 1,9 millioner dødsfall per år i verden (13). WHO oppgir feilaktig kosthold og lite fysisk aktivitet som en av de viktigste årsakene til sykdom i EU-landene (1). Fysisk inaktivitet er betraktet som den femte største risikofaktor for dødelighet i Europa (14). Antall dødsfall som skyldes røyking i Norge, er av Folkehelseinstituttet (FHI) beregnet til om lag 6 700 (16 prosent av alle dødsfall) (15). Andelen av dødsfall hos personer mellom 40 og 70 år som skyldes røyking, er beregnet til 40 prosent blant menn og 26 prosent blant kvinner. Hver andre til tredje person som røyker, dør på grunn av røyking og røykerelaterte sykdommer og mister i gjennomsnitt 15 år av sitt liv (16).

Epidemiologiske studier tyder på en kumulert risiko for sykdom og tidlig død ved kombinasjon av flere uheldige levevaner. En prospektiv populasjonsstudie (17) av over 20 000 kvinner og menn over 45 år viste en fire ganger lavere risiko for tidlig død for personer som ikke røyker, er fysisk aktive, har moderat alkoholinntak og har inntak av tilstrekkelig frukt og grønnsaker (minst fem om dagen), mot dem som ikke oppfyller noen av disse kriteriene. En dansk rapport (18) fra 2005 presenterer potensielle helseøkonomiske konsekvenser av fysisk aktivitet i den voksne befolkningen. Å oppfylle alle fire kriteriene tilsvarte å være 14 år yngre enn svarende til kronologisk alder. I konklusjonen fremheves det at man har flere leveår å vinne, og samfunnet kan spare store penger hvis den voksne befolkningen blir mer fysisk aktiv.

Statistikk viser at de totale helseutgifter per innbygger i Norge over en tiårsperiode er eskalerende (vedlegg 1) (19). Når det gjelder fordeling av forskjellige oppgaver i allmennlegetjenesten, ser man at oppgavene i høy grad knyttes til kurative tjenester, over 80 prosent på landsbasis. Kun 20 prosent av tjenesten benyttes til forebyggende helsetjenester og samfunnsmedisinske oppgaver. Innen helsefremmende arbeid blir dette en sentral utfordring når flere studier (2,7,20-22) viser positive effekter av intervensjon på levevaneområdene i allmenn praksis.

2.2 Sosial ulikhet i helse og konsekvens for levevaner

Utdannelsesnivå, inntekt og sosial tilhørighet utgjør noen av de viktige determinanter for helsevalg, dødelighet og livsstil (23), noe Marmot påviste i White Hall-studien. Disse forholdene bidrar til å skape sosioøkonomiske forskjeller i helse (24,25). Følgende tekst utdyper noe av kompleksiteten ved sosial ulikhet i helse: ”Where people

are on the social hierarchy affects the conditions in which they grow, learn, live, work and age, their vulnerability to ill-health, and the consequences of ill-health” (26).

Flere studier understreker ovennevnte, herunder sammenhengen mellom økt hyppighet av overvekt/fedme og eksponering for hjerte- og karlidelser med basis i utdannelsesnivå (27,28). En helseundersøkelse (35) gjennomført i fire fylker i Norge viser at personer med et høyere utdannelsesnivå ofte er mer fysisk aktive, har et sunnere kosthold og røyker mindre (vedlegg 2).

Sosial ulikhet påvirker også den personlige oppfatningen av helse, og her kan det vises til en undersøkelse gjennomført av Mackenbach m.fl. (29), der 11 vesteuropeiske land ble sammenliknet. Risikoen for selvrapportert dårlig helse var en og en halv til to og en halv ganger større i den nederste halvdel av den sosioøkonomiske rangstigen enn i den øverste.

2.3 Livsstil og fysisk aktivitet på resept

Det kan vises til flere vitenskapelige studier (2,6,13,30) som peker på at fysisk aktivitet spiller en viktig rolle i forebygging og behandling av mange livsstilssykdommer, herunder diabetes type 2, ulike kreftformer og hjerte- og karlidelser. Positive endringer innen ett levevaneområde kan medføre positive endringer også på de andre sentrale levevaneområdene (20,31). WHO's (1,16,32) intensjoner om å få folk til å endre livsstil kommer til syne gjennom kampanjer, ulike forbud og forslag til utforming av diverse former for helsetjenester. Dette arbeidet følges også opp av helsemyndighetene i de enkelte land (3,33)

Et eksempel på et slikt tiltak er ”Grønn resept”-ordningen, som ble innført i Norge i 2003. Ordningen omfattet en egen refusjonstakst for allmennpraktiserende leger der hensikten var å bidra til forskrivning av en ”grønn resept”. Dette innebar en systematisering av veiledning og tiltak innen kost og aktivitet for pasienter med moderat hypertensjon og diabetes type 2 (ikke medikamentbehandlet) (4). I 2005 ble legenes bruk og vurdering av ordningen evaluert gjennom utsending av spørreskjema supplert med intervjuundersøkelse. Et representativt utvalg på 1134 leger fikk tilsendt spørreskjema der 59 prosent responderte (4). I evalueringen fremkom det at målgruppen for refusjonstaksten oppfattes som for snever og ikke traff de pasientgruppene som har mest behov for endring av levevaner. 73 prosent av legene mente at ordningen også burde gjelde for pasienter som får medikamentell behandling for diabetes type 2 og hypertoni, og 67 prosent mente at det i tillegg burde inkluderes flere diagnoser. 76 prosent av legene hevdet at tiltaket var unødvendig fordi leger bør gi denne veiledningen uten taksten. Like mange anså ordningen først og fremst som en politisk markering. Mange reagerte på det de opplevde som et skjemavelde og en unødvendig byråkratisering. Evalueringen viste også at legene mente at en ”Grønn resept” ikke er en tilstrekkelig motivasjonsfaktor for pasientene. Det trengs videre oppfølging med hensyn til motivasjon og trenings- og kostholdsveiledning. De etterlyste derfor samarbeid med andre faggrupper i kommunen, som fysioterapeuter og ernæringssekspert.

I Norge ble det i 2004 inngått et samarbeid mellom Helsedirektoratet og fem fylker for å utvikle kommunale lavterskelmodeller. Alle fylkene har oppfølgingsprogrammer for

fysisk aktivitet. I varierende grad tilbys oppfølging av kosthold og røykeslutt (9). Et lavterskeltilbud beskrives på følgende måte:

- Gir direkte hjelp uten henvisning, venting og lang saksbehandlingstid
- Kan oppsøkes av brukere uten betalingsevne
- Er tilgjengelig for alle
- Kan tilby tidlige og adekvate tiltak, samt være en ”los” videre i systemet for brukere, pårørende, familier, nettverk og lokalmiljø
- Inneholder personell med kompetanse til å oppfylle tjenestens formål
- Har åpningstid tilpasset målgrupper og formål
- Høy grad av brukerinvolvering og aksept for brukerens ønsker og behov
- Fremstår som et synlig, tydelig, hensiktsmessig og tillitvekkende sted for innbyggerne å benytte (34)

Liknende ordninger med fysisk aktivitet som et alternativ til medikamentell behandling er igangsatt både i Norden (FYSS/FAR i Sverige, motion på recept i Danmark, Liikkumisresepti i Finland), og i land som Storbritannia, New Zealand og Australia (35,36).

Noen hovedtrekk ved de nordiske modellene:

- I alle landene kan annet helsepersonell enn leger fungere som henvisere til ordningen.
- Evalueringer tyder på at legene oppfatter ordningene som positive. 80 prosent av legene i fem prøvefylker i Norge mener ordningen dekker vesentlige behov hos brukerne (9). En svensk studie viser at henvisninger fra allmennpraktiserende leger utgjør et flertall (8).
- Hvert land har utviklet egne aktivitetshåndbøker for å fokusere på hvordan de ulike levevaneområdene har signifikant forebyggende effekt i behandlingen av en rekke diagnoser, og er ment som et alternativ til medikamentell behandling (10,37,38).
- Både Norge og Danmark har innført egne takster som legene kan benytte i arbeidet med å stimulere sine pasienter til endring av levevaner (39,40).
- Andelen med høyest fullføringsgrad i denne typen tilbud er personer på lavere utdannelsesnivå (31,41). Middelaldrene kvinner med sammensatte diagnoser utgjør et flertall (9,41,42) og er også de som statistisk signifikant har høyest sjanse for å øke sitt fysiske aktivitetsnivå gjennom denne typen oppfølging (43).

2.4 Den norske fastlegeordningen

Alle innbyggere i Norge har rett til å ha en allmennpraktiserende lege som sin faste lege. Denne har plikt til å prioritere pasientene på egen liste. I dag er ca. 90 prosent av fastlegene i Norge privatpraktiserende, de resterende cirka 10 prosent er ansatt i kommunen (44). Den norske fastlegeordningen skiller seg fra det systemet som praktiseres i Sverige, Danmark og Finland, der den enkelte lege lønnes direkte fra enten region eller kommune og er på den måten i større grad underlagt det offentlige system. Dog er det en prosess mot økt privatisering også i Sverige (44-46).

I Norge inngår kommunen individuelle driftsavtaler/fastlegeavtaler med allmennlegene. Antall slike avtaler som kommunen kan inngå, er ikke regulert ved lov eller av sentrale myndigheter. Den enkelte kommune må ansette personell eller inngå det antall

driftsavtaler som er nødvendig for å gi et faglig forsvarlig tilbud. I henhold til fastlegeforskriftens § 12 kan kommunen sette en rekke vilkår for inngåelse av individuell fastlegeavtale, fordi kommunen skal sikre befolkningen et tilbud om fastlege og tilgjengelighet til denne tjenesten, herunder forebyggende helsearbeid (44). Gjennom lov om helsetjenesten i kommunen fremkommer et tydelig krav om et forebyggende og helsefremmende arbeid fordi kommunen skal både fremme folkehelse og trivsel og søke å forebygge og behandle sykdom. Gjennom å spre opplysning skal tjenesten bidra til at det enkelte individ og befolkningen for øvrig øker interessen for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen. Kommunen har hovedansvaret, men helsetjenesten er ”verktøyet” som skal oppfylle denne lovfestede plikten (47,48).

I 2006 gjennomførte Sandvik en evaluering av reformen basert på både kvalitative og kvantitative data (49). Følgende hovedtrekk fremkom:

- Stor grad av pasienttilfredshet, men pasienter med mer komplekse problemer uttrykker mindre tilfredshet enn tidligere fordi legen oppfattes som travel og kan ikke belemres med tidkrevende problemer.
- Pasienter med lite behov er attraktive å ha på listene, mens personer med komplekse lidelser vil man helst unngå, og en strategi er å ha lukkede lister for disse.
- Fulle pasientlister medfører økt stress, rutinemessige oppgaver og marginal tid per pasient.
- Økonomisk stimulering kan medføre prioritering av andre områder enn levestandardene.
- Pasienten har mulighet til å skifte lege, noe som kan bidra til økt konkurranse mellom legene og større valgmuligheter for pasientene. En del pasienter opplever at friheten til å bytte lege ble begrenset gjennom regelen om at journalen skal følge pasienten. Lokale variasjoner i legetilgang er også en begrensende faktor.
- Legen skal fungere som pasientens hjelper, koordinator og portvakt til resten av helsevesenet, men konkurranseelementet gjør legene mer tilbøyelige til å tøyne egne faglige vurderinger og retningslinjer. Dette kan bidra til lojalitetskonflikt og uklare grenser for makt mellom lege og pasient, også når det gjelder henvisning til spesialhelsetjeneste.
- Dårlig kommuneøkonomi kan være en medvirkende årsak til at kommunene velger å begrense antall fastlegeavtaler, noe som medfører et økt press på de resterende leger. Potensialet for forebyggende medisin er ikke godt nok utnyttet, det er beregnet 7,5 timer per uke innenfor den enkelte hjemmel, og i praksis beregnes ca. fem timer per uke til denne typen arbeid.

For øvrig har Regjeringens gjennom ny helsereform intensjoner om ytterligere å forsterke oppmerksomheten rundt forebyggende arbeid samt i større grad samordnede tjenester for pasienten i kommunen (50).

2.5 Evaluering av intervensjoner på levestandardområdet

Evaluering av intervensjoner på levestandardområdet i helsetjenesten er fortsatt et relativt nytt forskningsfelt, og studier (7,51-54) viser blandede resultater av forskjellige typer intervensjoner. Området kan være vanskelig å evaluere, noe som kan medføre et dilemma fordi medisinsk forskning tradisjonelt har stilt krav til evidens. Manglende motivasjon og få tilbakemeldinger fra pasienter bidrar til å styrke skepsisen til denne

typen satsning (55). Imidlertid kan det vises til Cochrane-oppsummeringer (21,56), som viser positive effekter for endringer av levevaner gjennom oppfølging og råd fra allmennpraktiserende leger. McKee (57) hevder det er klar evidens for at enkle intervensjoner i forhold til røykeslutt er effektive. Når det gjelder de andre levevaneområdene, er evidensen noe mer mangelfull.

En nylig gjennomført oversikt som omhandler fysisk aktivitet i primærhelsetjenesten, viser til at det i for høy grad har vært fokusert på intervensjonseffekten og signifikant mindre på oppmerksomhet knyttet til implementering og helheter (58). Whitlock m.fl. (59) viser til at en enkel, validerbar modell ikke i seg selv er tilstrekkelig for å fange opp rekkevidden i de komponenter som preger intervensjon på tvers av risikoatferd/uheldige levevaner. Samtidig beskrives ulike rammeverk for evaluering som kan bidra til å sikre evidens.

2.6 Rådgivning i allmenn praksis

En studie (60) indikerer at i en utvalgt gruppe pasienter er det bare 35 prosent som får regelmessig rådgivning om fysisk aktivitet. Videre er det 42 prosent av overvektige pasienter som får råd om vektreduksjon, og kun 35 prosent av røykere som får anbefalt røykeslutt av sine leger (60). Likeledes viser det seg at kvinner i mindre grad enn menn screenes for sine risikofaktorer, og eldre pasienter i mindre grad enn yngre (61). Denne studien er til dels sammenfallende med en skandinavisk studie (62) som viser at en høy prosentandel leger mener at de ikke har rett til å ta initiativ til livsstilsintervensjon. Et par studier (63,64) viser at leger kan føle frustrasjon over den tradisjonelle, medisinske referanserammen fordi denne kan skape begrensninger i pasientbehandlingen. Når leger opplever seg "tengt" i syntesen mellom biomedisinsk, psykologisk og sosial informasjon, søker de den biomedisinske, velkjente verden (63). Noe av den samme tendensen fremkommer i allmennlegens arbeid med pasienter med uforklarlige medisinske symptomer (64). Legene søker i første omgang å diagnostisere sine pasienter gjennom biomedisinske diagnoser. Når ikke dette umiddelbart fungerer, søker de ulike copingstrategier, noen gjennom et sett av negative holdninger til pasienten.

I en studie med kvalitativ tilnærming (65) var hensikten å få dyptgående kjennskap til barrierene for at allmennpraktiserende leger skal innta et folkehelseperspektiv med henblikk på livsstilsråd. Resultatene skulle brukes til å identifisere metoder for å øke legenes potensial til å påvirke folkehelsen. Undersøkelsen avdekket at de fleste anså det som en legitim oppgave å promotere helsefremmende livsstil, men at de manglet tilstrekkelig trening i livsstilsveiledning. Dette førte til en manglende opplevelse av resultater når det gjaldt atferdsendring. Sosiale, kulturelle og miljømessige forhold er hoveddeterminanter for helse, og her har legene liten innflytelse gjennom livsstilsråd (65).

Også en annen studie med kvalitativ tilnærming (66) viser at en del allmennpraktiserende leger oppgir etiske betenkeligheter ved livsstilsintervensjon fordi de ikke ønsker bry seg med pasientens livsstil. Pasienten har en frihet til å foreta egne valg, og det blir et paradoks å fremme livsstilstiltak når pasienten daglig befinner seg i

et miljø som fremkaller sykdom. Tre nivåer påvirker allmennlegenes atferd på området; et helsepolitisk, et medisinsk profesjonelt og et individuelt pasientrettet (66).

2.7 Rådgivning og pasienter

Studier gjennomført i Danmark viser at pasienter har stor interesse av å delta i programmer som kan bidra til endring av uhensiktsmessige levevaner, og de stiller seg positive til både spørsmål og intervensjoner som berører deres livsstil (67,68).

Christensen m.fl. (69) påviser at pasientene forventer spontane råd om sykdomsforebyggelse, dette til tross for at det kan være andre årsaker til at vedkommende oppsøker legen. Helseundersøkelser som inneholder en helsepedagogisk intervensjon, har god effekt på biomedisinske helserisikoer (hjerte- og karproblematikk). Disse studiene viser at 70 prosent av danskene ville tatt imot et systematisk tilbud om forebyggende samtaler (69). Ovennevnte funn er sammenfallende med en studie gjennomført av Lauritzen m.fl., som viser at 65 prosent av de involverte pasientene i studien vil endre livsstil etter intervensjon (67,68).

3. Teoretisk ramme

Motivasjon for endring (70) fokuserer på empati og god kommunikasjon mellom lege og pasient, hvor det er vesentlig å fokusere på pasientens/mottagerens egne ressurser og sosiale påvirkningsfaktorer. Helsefremmende arbeid og en holistisk helsetilnærming er sentralt i arbeidet. Dette perspektivet utdypes gjennom Ottawa-charteret (71) som beskriver helsefremmende arbeid som *”den prosess som muliggjør for mennesker å øke kontroll over og å forbedre sin helse”*. Hjort har introdusert en tankemodell som ivaretar helhetsperspektivet gjennom en salutogen tilnærming i møtet mellom lege og pasient.

3.1 Motivasjon for endring av levevaner

Vaner og holdninger som skal endres, har sitt grunnlag i sosiale forhold, sosialt nettverk og tilpasningsevne. Å endre levevaner er derfor ingen enkel prosess (48).

Det finnes forskjellige teorier om hvordan motivasjonsprosesser for endring av atferd foregår (72). Prochaska og Di Clemente (73) har utarbeidet en modell for endring av atferd – transteoretisk modell. Modellen indikerer at en intervensjon ikke nødvendigvis er rettlinjet, fordi man kan ha meget forskjellig motivasjon for atferdsendring. Det dreier seg ikke bare om å bringe folk fra en ”ikke-parat-fase” til en ”stoppfase”, men en snirklete prosess med omveier og mellomstasjoner. Modellen kan bidra til forklaring på hvorfor man lykkes eller eventuelt ikke lykkes med livsstilsendring. Modellen deles inn i fem faser (72,74); før-overveielsesfasen, overveielsesfasen, forberedelsesfasen, handlingsfasen og fastholdelsesfasen.

Motiverende samtale (70) er en mye anvendt metode for å hjelpe mennesker til å endre levevaner. Samtalen har som mål å øke bevissthet, interesse og motivasjon for endring. I motivasjonssamtalen forblir ansvaret for forandring hos klienten. Her må ansvaret ligge, mener Miller og Rollnick. Dette innebærer respekt for pasientens autonomi og en empatisk innstilling. Pasienten står fritt til å motta rådgivning eller ikke.

En rekke funn (22,75-79) viser at motivasjonssamtalen, rettet mot aktuelle målgrupper, kan være et egnet verktøy for å endre levevaner. Dog forteller ikke alle undersøkelsene like klart hvilke levevaneområder som er lettest å endre gjennom bruk av motivasjonssamtalen. Langtidseffektene av metoden er heller ikke helt entydig dokumentert.

3.2 Det salutogene møtet, lege–pasient

Hjort (80) definerer god helse som de sosiale, personlige og fysiske ressurser som gjør at vi har overskudd til dagens krav. Helsebegrepet oppfattes som positivt hvor egne ressurser er i fokus. Hjorts definisjon ivaretar et salutogent perspektiv på helse og omhandler samtidig samfunnets ansvar for å legge til rette for mestring.

Antonovsky (81) beskriver at menneskene aldri er helt friske eller helt syke, men hele tiden beveger seg mellom disse to polene. Kjernen i hans modell er *sense of coherence* (SOC). SOC uttrykkes som evnen til å nyttiggjøre seg sin egen totale situasjon og egen kapasitet, og består av tre delkomponenter. SOC innebærer en vedvarende dynamisk tillit til at de stimuli som kommer fra indre/ytre miljøer, er strukturerte, forutsigbare og forståelige. Håndterbarhet dreier seg om i hvilken grad man opplever at det står ressurser (materielle, sosialt støttende miljø etc.) til disposisjon og som kan bidra med hjelp i forhold til de krav en stilles overfor. Meningsfullhet er motivasjonskomponenten i modellen, og understreker betydningen av å være delaktig i de prosesser som former ens liv og å oppleve dem som utfordringer verd å investere i. En styrket SOC er en sentral faktor for å opprettholde god helse og unngå helseproblemer, og det er klinikernes oppgave å bidra til bevegelse mot den friske polen. En salutogen tilnærming fokuserer på pasientens ressurser og muligheter i stedet for risiko og sykdom (81).

Hollnagel og Malterud (82) beskriver en slik salutogen prosess i møtet mellom lege og pasient, og mener at denne prosessen har vært undervurdert innen medisin. De fokuserer på både etiske og erkjennelsesteoretiske utfordringer knyttet til forhold som verdisyn, kommunikasjon, kunnskap og autonomi i risikoorientert epidemiologi. Ut fra dette er en teoretisk modell utviklet som bidrar til bedre balanse mellom helseressurser og risikofaktorer. Modellen tydeliggjøres ytterligere gjennom en salutogen tilnærming til allmennlegenes muligheter for å støtte pasienten (83). Det løftes frem at allmennpraktiserende leger gjennom sin kunnskap til pasienten, lokalsamfunnskunnskap osv., kan sette inn ekstra tiltak i en tidlig fase for pasienter med en passiv holdning i en ny livssituasjon. Legen kan gjøre situasjonen mer forståelig overfor pasienten ved å fokusere på pasientens ressurser og tilpasse målene til pasientens kapasitet. Ved at legens væremåte og handlemåte over tid er forutsigbar, konsistent og innbyr til medvirkning, kan pasienten styrkes.

3.3 Helsefremmende arbeid

I Norge defineres folkehelsearbeid som samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen (84). I dette ligger nødvendigheten av å styrke verdier som gir det enkelte individ og gruppe muligheter for ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv og situasjon. Definisjonen har vært førende for det offentlige folkehelsearbeidet, og har senere blitt integrert i aktuelle stortingsmeldinger (3,50,85). Å skape gode forutsetninger for å ta ansvar for egen helse er sentralt. Det stilles

forventninger til alliansebygging mellom individ, helsetjeneste, aktører i arbeids- og samfunnsliv og myndighetene. Å reorientere helsetjenesten mot et fokus på folkehelse er et sentralt element.

3.3.1 Et holistisk helsesyn

Mæland viser i sin artikkel til at Ottawa-charteret er et sentralt grunnlagsdokument for den offentlige folkehelsepolitikken i Norge (86). Imidlertid er det viktig å påpeke at helsefremmende arbeid (87) kan tolkes og defineres på forskjellige måter. Gjennom Rootman m.fl. (88) tydeliggjøres charterets holistiske syn på helse gjennom syv grunnprinsipper: likhet, rettferdighet, empowerment, delaktighet, helhetlig syn på helse, intersektorielt arbeid, langsiktig og multistrategisk arbeid gjennom bruk av ulike metoder. Disse grunnprinsippene for helsefremmende arbeid er godt integrert i den norske folkehelsepolitikken.

Som vist i Ottawa-charteret kan et helsefremmende arbeid skje på et individuelt nivå (48,71). Helse- og omsorgsdepartementet har klart uttalt at fokus må settes på sammenhengen mellom livsstil og helse og hva som kan gjøres for å redusere sosialt betingende helseforskjeller (3,50,85). Et helsefremmende arbeid skal være en integrert del i allmennlegenes arbeid fordi de i sin pasientkontakt har en unik mulighet til å fokusere på livsstilsrelaterte emneområder.

Til forskjell fra et holistisk helsesyn er den biomedisinske retningen oppfattet som reduksjonistisk (87). Helheter reduseres til sine enkelte deler, og innebærer at mennesket i seg selv reduseres til et biologisk vesen. I dette perspektiv beskriver Boorse (89) sykdomsbegrepet som en sykdom eller tilstand hos et individ som griper inn i normalfunksjon i et organ eller organsystem hos tilstandens bærer. I denne rammen inngår også forebygging fordi hensikten er å hindre eller begrense utvikling av sykdom eller skade (87). Berger m.fl. (90) viser til at den biomedisinske modellen både er praktikersentrert og autoritær. Det blir gitt informasjon. Motstand fra pasienten oppfattes som lite akseptert fordi det legges vekt på pasientens medgjørighet (*compliance*) i behandlingen.

Badcott (91) setter begrepet medisinsk paternalisme i fokus, og peker på to forhold som bør være avklart for å unngå dette, nemlig: (a) avklare når og innenfor hvilke rammer pasienten kan betraktes som en ekspert på egen helse, og (b) full aksept fra helsepersonell for å tillate at pasienten får en mer likestilt og positiv rolle. Et slikt perspektiv er ikke problemfritt og kan skape uklarheter, spesielt med hensyn til begrepene erfaringsbasert kunnskap og ekspertrolle. Kan pasienten betraktes som en ekspert med basis i den individuelle opplevelsen og erfaring av egen sykdom? Eller er legen eksperten med erfaring fra vitenskapelig, klinisk praksis? Å akseptere pasientens ekspertise kan dog ha fordeler for både pasienten og helseutøveren, forutsatt at det er opprettet en samhandlingsallianse som bidrar til å optimalisere utbyttet av medisinsk behandling.

3.3.2 Empowerment i allmenn praksis

Begrepet empowerment har sin opprinnelse utenfor helsevesenet. Freire utviklet en metode for kritisk læring og introduserte en tilnærming i problembasert dialog der alle

som deltar, oppfattes som likeverdige parter med gjensidig respekt, noe som omfatter både den ansvarlige part og deltageren (92). Begrepet har etter hvert fått økende innpass i det helsefremmende arbeidet (71).

Empowerment kan både være et mål i seg selv og en prosess og strategi der et sentralt element er å styrke pasientens egne krefter og å motvirke undertrykkende krefter (93). Dette er spesielt relevant som strategi hvis det ønskes grunnleggende endring i svake gruppers innflytelse og kontroll over eget liv og helse, samtidig som det bidrar til større likhet i helse. Satt inn i et psykologisk perspektiv innebærer det en mulighet for å styrke pasienters kompetanse og aktiv medvirkning ved beslutninger og målsetninger omkring medisinsk behandling og pleie (93). Et slikt ressursfokus innebærer at legen må avgi makt og styring slik at pasienten selv kan påvirke sin situasjon (94,95). Legen må ha kjennskap til seg selv for å unngå projisering av egne følelser og behov.

3.3.4 Peter F. Hjorts tankemodell for helsearbeid

Ottawa-charteret har vært kritisert for å mangle et klart teoretisk fundament, og det har derfor blitt hevdet at teorien om SOC er et viktig supplement i denne forbindelsen (96). Hjort har introdusert en tankemodell (vedlegg 3) for helsearbeid som kan bidra til å fange opp dette perspektivet. Samtidig kan modellen være anvendbar for praksis (97).

Tankemodellen beskrives som en intervensjonskjede for å sikre helse (97). Det salutogene synet på helse løftes frem i synergiprosessen (80). Modellen trekker ikke noen skarpe skillelinjer mellom sykdomsarbeid og helsearbeid. Det forebyggende arbeidet blir et stadium i prosessen mot helsearbeid, herunder helsefremmende arbeid, og kan betraktes som et kontinuum. I noen faser må det drives sykdomsarbeid. Her ivaretas kravene til behandling, f. eks. medisiner og de mer biomedisinske krav til evidens. I andre faser drives et helsefremmende arbeid (97). I denne fasen inngår begrepet kultur, og betraktes som det tilbudet som finnes i kommunalt arbeid (f. eks. kommunale lavterskeltilbud) og familiekultur (sosial bakgrunn, etnisitet), altså sentrale grunnprinsipper i helsefremmende arbeid (88).

4. Problemformulering, hensikt og forskningsspørsmål

4.1 Problemformulering

Økende fedme, inaktivitet og røyking utgjør store helsetrusler i dagens samfunn og utgjør et betydelig folkehelseproblem. De mest utsatte gruppene er den delen av befolkningen som har dårligst utdanning og lavest sosial status. Myndighetene i Norge og de øvrige landene i Norden tar disse utfordringene svært alvorlig. Det stilles forventninger til at helsetjenesten skal være en samarbeidspart i det helsefremmende arbeidet. For Norges del må det fastslås at den offisielle reseptmodellen med ”Grønn resept” ikke har fungert optimalt. Utgifter til kurative tjenester er økende, mens lite legeressurser har vært benyttet til forebyggende og mer samfunnsmedisinske oppgaver.

Forskning på ulike former for lavterskeltilbud anses som relativt ny med divergerende funn med hensyn til egnet metodikk og effekter over tid. Dette kan skape barrierer når krav til evidensbasert medisinsk forskning skal omsettes til praktisk handling.

Allmennlegene har en unik mulighet for rådgivning og oppfølging av pasienter i sin daglige praksis. Studier viser at ikke alle legene er like positive til tross for at livsstilsrelatert rådgivning anses å ha positiv effekt ut fra et folkehelseperspektiv. Ulike oppfatninger av begrepene sykdom og helse kan være medvirkende faktorer.

4.2 Hensikt

I et pågående arbeid med en stor helsereform i Norge vil perspektivet bli flyttet fra kurative tjenester til større oppmerksomhet på helsefremmende og forebyggende arbeid i primærhelsetjenesten.

Hovedhensikten med foreliggende studie er å øke forståelsen for hvordan legene oppfatter sin funksjon som folkehelsearbeidere, for en klargjøring vil kunne bidra til en praksisendring i retning av et helsefremmende perspektiv i pasientbehandlingen.

Et spesifikt mål for studien er å beskrive og belyse allmennpraktiserende legers oppfatning av oppfølgingstiltak på levevaneområdene og hva som motiverer dem til rådgivning på disse områdene. Et annet spesifikt mål er å diskutere om legene er fortrolige med de forventinger som stilles til dem som folkehelsearbeidere.

Forskningsspørsmål

- Hvordan erfarer og oppfatter allmennpraktiserende leger det å arbeide med folkehelse i et helsefremmende perspektiv?
- Hvordan beskriver allmennlegene faktorer som kan være relevante overfor pasienter der livsstilsrelatert rådgivning kan være aktuelt?
- Hvordan oppfatter de seg som bidragsyttere til motivasjon og endring i kontakt med pasienten?

5. Metode

En kvalitativ tilnærming metode ble valgt da målet var å få fatt i ulike variasjoner og kvaliteter basert på de oppfatninger og erfaringer som de forskjellige allmennpraktiserende legene kunne ha når det gjaldt det aktuelle fenomenet. Bruk av kvalitativ metode er hensiktsmessig for en avklaring av folkehelserelaterte problemstillinger, som i den aktuelle studien (98,99).

5.1 Om metodevalg

En fenomenografisk tilnærming ble valgt ved innsamling og analyse av data. Fenomenografi (100) er en kvalitativ forskningstilnærming som ofte tar utgangspunkt i empirisk materiale for å avdekke den kvalitative forskjellen mellom forskjellige fenomener eller aspekter av hvordan verden rundt oss oppleves, synliggjør seg eller forstås. Dette kalles for andre ordningsperspektiv. Marton (101), som er en av de som har utviklet tilnærmingen, presiserer at vi skal beskrive ”tingene” som de er, og vi skal prøve å karakterisere dem slik de fremstår for folk. I fenomenografi (102) skal man derfor verken fortolke eller legge til grunn andre meningsbærende elementer enn de data man har avdekket. Dette fordi fenomenografi kun har til hensikt å beskrive samme fenomen i den samme situasjon det er erfart og forstått på forskjellige måter av forskjellige personer. Gjennom fenomenografisk forskningstilnærming fremstår derfor kategoriene som er utviklet, mer beskrivende enn tolkende (103).

Ved en fenomenografisk tilnærming er man interessert i å analysere variasjoner (104). For å sikre en variasjonsbredde på området blir det derfor tatt utgangspunkt i et strategisk utvalg med variasjon i kjønn, alder, erfaring osv. Dermed sikres en kvalitativ variasjon i utvalget (103). Målet med den foreliggende studien var nettopp å beskrive de ulike erfaringer som de allmennpraktiserende leger har på området levevaner og livsstilsinformasjon.

5.2 Det kvalitative forskningsintervju

Et forskningsintervju har ifølge Kvale (105) som mål å innhente beskrivelsen av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av det beskrevne fenomen. Videre beskriver Kvale at forskningsintervjuet har en struktur og hensikt, og må betraktes som en faglig konversasjon som går dypere enn den spontane meningsutvekslingen som finner sted i de dagligdagse samtaler. Forskningsintervjuet har en mer systematisk tilnærming som har til hensikt å frembringe grundig utprøvet kunnskap. Det er forskeren som definerer og kontrollerer situasjonen. Dette blir altså ikke en konversasjon mellom likeverdige deltagere.

Innen fenomenografi (103) er et viktig formål med intervjuene å avdekke variasjonsbredden på området. Intervjuene organiseres gjennom forhåndslagde åpningsspørsmål som skal bidra til at informanten reflekterer over fenomenet det skal forskes på, ut fra sitt ståsted. Intervjuet utvikles gjennom semistrukturerte spørsmålsstillinger. Gjennom intervjuets gang inviteres informanten til å utdype mer om sin oppfatning av fenomenet, og intervjuene er i større grad dialogbaserte enn ved andre typer kvalitative intervjuer. Det legges vekt på å formidle informantens oppfatning av fenomenet uten å gjøre bevisste egne tolkningsvalg.

5.3 Fokusgruppediskusjon

Gjennom diskusjon i fokusgrupper kan det være mulighet for å få oversikt over et forskningstema relativt hurtig og effektivt, basert på deltagerens oppfatning innenfor området (106). Videre kan fokusgruppen også gi et læringsutbytte for deltagerne basert på den enkeltes erfaringer på det aktuelle området. Kommentarer fra den enkelte bidrar til å stimulere de andres mening, noe som bidrar til god gruppedynamikk (107). Videre er det lettere å oppnå praksisendring ved oppsøkende virksomhet enn ved en henvendelse per brev i form av spørreundersøkelse eller liknende (108,109).

Allmennpraktiserende legers arbeidssituasjon preges av travle arbeidsdager med krevende oppgaver. Å gjennomføre individuelle intervjuer med enkeltstående leger ville være en tidkrevende prosess, og det er usikkert om den enkelte lege ville ha tid og mulighet for å gjennomføre et individuelt intervju. Dette kunne medføre at man ikke var sikret tilstrekkelig antall intervjuer for å få den variasjonsbredden i utvalget som kreves for å ha troverdighet med en fenomenografisk tilnærming.

For å få til en god belysning av forskningsområdet var det hensiktsmessig å starte opp med fokusgruppeintervjuer sammensatt slik at maksimal variasjon kan oppnås på kort tid ved at gruppene er sammensatt av personer med forskjellige erfaringer og forskjellig bakgrunn. I den aktuelle studien ble det lagt vekt på at alle deltagerne i gruppene skulle

bidra aktivt. Det ble derfor lagt til rette for gruppediskusjon og ikke gruppeintervju, som i større grad er ledet.

5.4 Studiedesign

Studie ble gjennomført i et spesifikt fylke (län) i Norge som har tilrettelagt for lavterskelmodeller. Seks kommuner ble strategisk utvalgt av bisitteren, varierende når det gjaldt antall bosatte i kommunen, by- eller landkommune osv.

Fremgangsmåte

De aktuelle kommunene ble kontaktet i god tid før intervjuene, varierende fra 1–3 måneder på forhånd. Bisitteren rettet første kontakt til kommunelegen per telefon. Kommunelegen er den øverste administrative leder for den kommunale helsetjenesten. I enkelte tilfeller henviste kommunelegen videre til den allmennlegen som var leder av ”smågruppen” i kommunen. Det ble da tatt kontakt med denne lederen på telefon. Disse gruppene er et forum der legene i den enkelte kommune møtes jevnlig for å drøfte faglige spørsmål tilknyttet sin hverdag, som et ledd i å opprettholde sin allmennlegespesialitet. Smågruppene er ofte dannet på tvers av legekantorene i kommunen, slik at kollegaer med ulike praksisforhold møtes. Etter disse samtalene ble det også sendt et eget informasjonsbrev (se vedlegg 4) til enten kommunelegen eller lederen av smågruppene som klargjorde premisene for fokusgruppeintervjuene. Det ble også opprettholdt kontakt på e-post.

Utvelgelse av informanter

Informantene, 26 allmennleger, ble utvalgt strategisk og med en så stor variasjonsbredde som mulig, noe som også innebar at gruppene hadde en spredning i kjønn, alder og erfaring. To av legene hadde etnisk ikke-norsk bakgrunn, og to av legene hadde sin utdannelse fra land med en annen universitetspraksis enn den norske. I ett tilfelle var informantene et ektepar som delte praksis.

Tabell 1: Antall kommuner, spredning i innbyggertall, og antall deltagende leger, kjønn

Kommuner, antall	Innbyggertall	Antall leger (menn/kvinner)**
2	3–4000	4 (2/2)
2	12–14 000	12 (8/4)
2	28–30 000*	10 (7/3)

* Har bystatus

** Av det totale antall leger har 20 (13/7) mulighet for å henvise til lokale mottakssentraler for lavterskeltilbud på levevaneområdene

Tabell 2: Fordeling på kjønn, alder og praksisår (N = 26, 17 menn, 9 kvinner):

Kjønn	Alder År Median (range)	Praksis År Median (range)
Menn	51 (32–66)	21 (0,5–41)
Kvinner	41 (32–53)	7 (2–23)
Totalt	48 (32–66)	18,5 (0,5–41)

Datainnsamling

Det ble utarbeidet en semistrukturert intervjuguide med overordnede spørsmål med fokus på livsstilsendring, motivasjon, pasientforventing og sentrale begreper/føringer innen helsefremmende arbeid (se vedlegg 5). Denne ble imidlertid ikke benyttet ”slavisk”, og sentrale hovedområder ble utdypet med oppfølgingsspørsmål (107). Data ble innsamlet fra 6 fokusgruppediskusjoner. Jens Mørch (JM) var moderator og Jørgen Storebakken (JS) bisitter. Det ble benyttet tekniske hjelpemidler som Mp3-spiller og diktafon for å dokumentere diskusjonene i tillegg til skriftlige notater.

Alle diskusjonene ble gjennomført på pauserommet tilknyttet et legekontor, og utenfor de allmennpraktiserendes arbeidstid. I de fleste tilfellene var det tilrettelagt for servering av kaffe, te, mineralvann, småkaker, pizza eller liknende. Dette ble servert i intervjusituasjonen. Intervjuene foregikk i en fin tone med gode dialoger. Diskusjonene ble innledet med en kort presentasjon av studiens hovedhensikt og metode. Det ble samtidig innhentet samtykke til å gjøre båndopptak av diskusjonene. Deretter startet diskusjonene, som hadde en varighet på 80–120 minutter.

Analyse av data

Umiddelbart etter fokusgruppediskusjonene hadde moderator og bisitter en enkel ”debriefing” alene. Dagene etter hvert intervju ble avsatt til å transkribere det aktuelle intervjuet, med JS som ansvarlig. Dette ble gjort for å huske mest mulig av gjennomføringsprosessen ved intervjuet. Imidlertid har dette vært en svært tidkrevende prosess og har vist seg vanskelig å forene med travle arbeidsdager. Dette medførte et etterslep på transkribering, og siste intervju ble transkribert i juni 2008.

Den fenomenografiske analysen ble gjennomført gjennom slik Alexandersson beskriver metoden (110); gjennomlesing for å bli kjent med data og etablere et helhetlig inntrykk, identifisere forskjeller og likheter, oppdage deskriptive kategorier (disse skal kvalitativt være forskjellige og ikke overlappe hverandre) og undersøke den underliggende strukturen for de deskriptive kategoriene. Hovedresultatet av den fenomenografiske analysen er de beskrivende kategoriene (103).

5.5 Validitet

Kvale (111) hevder at validiteten i en studie er avhengig av ferdigheter og tiltro til forskeren, f.eks. med hensyn til dennes karakter, moralske integritet og yrkesmessige ferdigheter. I denne aktuelle studien er det derfor viktig å presisere de ansvarlige parter for forståelse på følgende måte:

- Moderator (JM): Lang erfaring som allmennpraktiserende lege, ansatt som kommunelege i full stilling, god kunnskap og faglighet i samfunnsmedisin og folkehelse.
- Bisitter (JS): Helsefaglig bakgrunn (sykepleier og helsesøster), lang erfaring med folkehelsearbeid i praksis, og masterstudent i folkehelsevitenskap.
- Veileder Karin Ringsberg (KCR): Helsefaglig og samfunnsvitenskaplig bakgrunn (sosionom og fysioterapeut), lang erfaring i primærhelsetjenesten, professor i folkehelsevitenskap.

I henhold til Kvale er validering i tilknytning til kvalitative studier en prosess med kontroll og spørsmål som begynner når forskningsspørsmålet er definert, og slutter når rapporten fra studien skrives. Den aktuelle studien er validert i syv stadier etter Kvales beskrivelse (105):

1. Tematisering

I den aktuelle studien har det vært gjennomført et søk på eksisterende forskning på området i aktuelle databaser som PubMed, Cinahl, Medline og Psych Info. I henhold til Malterud (98) ble søket gjort for å få en teoretisk referanse over forskning på området, før studien ble påbegynt. Det har vært forsøkt å la intervjuene være åpne ved innsamling og analyse av data, i og med at tilnærmingen har vært kvalitativ. Etter analysering har det blitt foretatt et nytt litteratursøk.

2. Planlegging

Hele forskningsdesignet har vært diskutert mellom KCR, JM og JS. Datainnsamling med fokusgruppediskusjon ble ansett som beste måte å få en oversikt over bredden i feltet på. Da tilnærmingen var fenomenografisk, ble det tilstrebet en variasjon med utvalget og ved analysen. En diskusjonsguide ble utviklet på forhånd, og nedskrevet. Den ble også evaluert fortløpende for å sikre bredde i dataene. Å sikre en slik bredde ble anbefalt gjennom samtaler med allmennleger i planleggingsfasen.

3. Intervjuing

JM hadde samme profesjonsbakgrunn som informantene, hvilket kan ha påvirket både diskusjonen og analyse av dataene. Debriefingen etter hver fokusgruppediskusjon sikret kvalitet og bidro til en kvalitetenheving til neste gang.

4. Transkribering

I henhold til en fenomenografisk tilnærming er alle diskusjonene transkribert så ordrett som mulig. I de situasjonene der det foreligger vanskelige dialekt ord og uttrykk, ble det valgt forenkling, eventuelt en ordforklaring for at informanten ikke skulle være sporbar ved et eventuelt sitat. Bruk av tekniske hjelpemidler (kombinert) supplert med skriftlige notater sikrer at de data som nå foreligger, betraktes som valide. I transkriberingsprosessen har det blitt lyttet til alt dette skriftlige materialet, og i tillegg er det foretatt en gjennomgang av notater. I en av de første diskusjonene ble kun diktafon benyttet, og denne viste seg å ha en teknisk svikt. Diskusjonen ble ikke tatt opp på bånd, men vurdert til å ha god fylde gjennom de nedskrevne notater. JM har lest igjennom og bekreftet innholdet i diskusjonen.

5. Analysering

Ved at det ble benyttet en semistrukturell diskusjonsguide, ble troverdigheten med informantene i selve fokusgruppediskusjonen sikret. I tillegg var både moderatoren og bisitteren til stede i diskusjonene og kunne rette opp eventuelle uklarheter. I henhold til fenomenografisk tilnærming skal teksten være av deskriptiv art, ikke tolkende.

6. Validering

Det har vært benyttet et valideringsskjema for å kontrollere om ”alle stemmer er hørt” (se vedlegg 6). Etter hvert sitat står det angitt hvilken lege (tallkode) som har uttalt seg,

for å vise at alle er sitert og for at leseren kan validere. Resultatet av analysen er validert av JM, slik at innholdet i hva som ble diskutert i fokusgruppene, er gjenkjennbart, samt at kategorier og sitater stemmer overens. Det har også vært en kontinuerlig diskusjon av resultatene mellom KCR og JS. Det ferdige resultatet av analysen er også sendt til kritisk lesning og validering ved tre medbedømmere (100,103). De har validert kategoriene på følgende måte: Kategorier og sitater har blitt lagt i to hauger, og medbedømmerne har blitt bedt om å finne "riktig sitat" til "riktig kategori". Stort sett var det enighet mellom JS og medbedømmerne.

7. Rapportering

Validiteten er sikret gjennom at det er foretatt kontroll i henhold til gjeldende valideringskriterier. Funnene er diskutert mot relevant litteratur. Det vil bli redegjort for funnene i en vitenskapelig artikkel og i foredrag.

5.6 Ethiske overveielser

I henhold til Kvale (105) skal det utøves etiske overveielser i alle fasene av en studie, og det bør utarbeides en etisk protokoll med tanke på de etiske spørsmålene som kan oppstå underveis. Sentralt her er kravet om å beskytte individene som deltar i forskningen, og innhenting av informert samtykke. I den aktuelle studien er Kvales kvalitetskriterier lagt til grunn i den etiske overveielser.

Studien anses å ha en allmenntilgjengelig verdi, i tillegg til aktualitet i forbindelse med en større helsereform der oppmerksomheten rettes mot en større opptatthet av helsefremmende og forebyggende tiltak i primærhelsetjenesten.

Det ble søkt om godkjenning av studien fra etisk regional komité i Norge. I tillegg ble Datatilsynet søkt om godkjenning av oppbevaring av datamateriale. Det ble utarbeidet et informasjonsbrev som ble sendt deltagerne før fokusgruppediskusjonene og intervjuene. Videre ble det innhentet informert samtykke fra informantene som deltok i studien.

I intervjusituasjonen ble det avklart hvilke roller JM og JS hadde, både i diskusjonen og i mer yrkesmessige forhold. Det er ikke ansett at samarbeidet mellom JM og JS har fått uheldige etiske konsekvenser, og heller ikke at JM har hatt et kollegialt forhold til intervjupersonene. De etiske sidene ved opplysningene som fremkom i diskusjonene, har blitt vurdert. Detaljerte opplysninger er holdt konfidensielle, og sitater er anonymisert slik at de ikke er sporbare ut fra kjønn, kommune og alder. Kun sitater som bidrar til å karakterisere de ulike kategorier er benyttet.

Som det fremgår, er det klart at transkribering til håndterbare data og datareduksjon kan medføre en fare for fortolkning. Samtidig stiller en fenomenografisk tilnærming krav til en formidling av informantenes oppfatning av fenomenet uten at det gjøres en bevisst tolkning. Videre har det blitt benyttet flere sitater fra forskjellige leger for å understøtte kriteriene, og validering er foretatt etter fenomenografiske kriterier for analyse.

Teorigrunnlag er søkt i relevante databaser og annen litteratur. Kildebruk gjengis korrekt etter gjeldende kriterier for oppgaveskrivning. Ved usikkerhet med hensyn til

kilder er det foretatt en dobbeltsjekk. I tillegg er Refworks blitt benyttet for å sikre korrekt system i kildene.

Datatilfanget har vært rikt, 200 sider, og anses å ha god kvalitet. Det vurderes å presentere resultatene på møter som vil være relevante for de allmennpraktiserende legene, uten at resultatene vil være sporbare til enkeltindivider.

6. Resultat

De tre kategoriene ”dramatisk inngripen”, ”en travel hverdag” og ”det gylne øyeblikk” med relevante underkategorier, representerer ulike beskrivelser av hvordan legene oppfatter sin funksjon som folkehelsearbeidere, og om de er fortrolige med de forventninger som myndighetene har på dette området. Videre beskrives legenes oppfatning av oppfølgingstiltak på levevaneområdene og hva som motiverer dem til rådgivning på disse områdene. Det stilles forventninger til at disse beskrivelsene vil kunne bidra til en praksisendring i retning av et helsefremmende perspektiv i pasientbehandlingen.

Tabell 3: Oversikt over kategorier og underkategorier

Hovedkategori	Underkategori
Dramatisk inngripen	• <i>Innblanding i folks liv</i> • <i>Usikker på rett svar og tilnærming</i>
En travel hverdag	• <i>Vurdering av kost/nytte</i> • <i>Kritisk til biomedisinske kriterier</i> • <i>Pasientens evne og vilje til endring</i> • <i>Politikk, grønn resept og lokale tilbud</i>
Det gylne øyeblikk	• <i>Øksa hengende over nakken</i> • <i>Eierforhold til ”øyeblikket” og alliansebygging</i> • <i>Legerollen</i> • <i>Suksesskriterier og skremselspropaganda</i>

Kategorien ”dramatisk inngripen” beskriver at dette var et vanskelig tema å følge opp i kontakten med pasienten. Legene ønsket ikke å bidra til å nedvurdere pasienten, og mange opplevde usikkerhet i dette arbeidet. De ”rette” svarene var ikke enkle å definere og evaluere. Dette førte til at legene bygget sine erfaringer på utenforliggende forhold som begrensende for intervensjon i levevaner, noe som beskrives i kategorien ”en travel hverdag”. Samtidig viser også kategorien hvordan legenes utdannelsessystem, herunder fokus på biomedisin, preget dem med hensyn til den behandling som ble gitt. I kategorien ”det gylne øyeblikk” beskrives de situasjonene der legene valgte å intervensjonere, og metoder for hvordan intervensjon skjedde.

Dramatisk inngripen

Å intervensjonere eller arbeide med pasienters livsstil ble oppfattet som dramatisk, både ut fra hvordan legene antok pasienten opplevde en slik intervensjon, og oppfatning av egen rolle i denne typen intervensjonsarbeid.

”... foreslå at dem skal endre livsstil, det synes vi er dramatisk inngripen.” (L3)

Å endre pasienters livsstil ble oppfattet som en invasjon av pasientens liv, flere beskrev dette som en krigshandling. ”Jeg syns vel at intervensjon, minner vel mer om litt sånn ... USA i Irak og sånn, altså. På grensen til invasjon, nesten ... og det går jo ikke så bra! Ikke sant, det er ikke så lett å forandre et fremmed styre når du kommer ... sånn, kommer sånn utenfra. Og særlig hvis du ikke er bedt, tenker jeg.” (L26)

Innblanding i folks liv

Flere av de allmennpraktiserende legene opplevde livsstilsintervensjon som en innblanding i folks liv. De uttrykte at livsstil er noe personlig, den enkeltes valg. Det ble uttrykt bekymring for å sykliggjøre friske mennesker, at man brakte vedkommende inn fra en forebyggende sfære og over i en sykdomssfære. Flere av de intervjuede beskrev livsstilsintervensjon som et følsomt tema, som de trodde at pasienten selv også opplevde som vanskelig. ”... og det er klart det at det ... eh ... at det er en som har et alvorlig problem som føler at en ikke mestrer skikkelig og så får et ... skapt et taperstempel til på deg, at 'nå greier jeg ikke engang å gjøre som doktoren sier heller', da ... da ødelegger vi ...” (L6)

Flere av legene beskrev ulike årsaker til hva som kunne oppfattes som atferdsmessige hindre eller en rollekonflikt for dem selv. En årsak de oppga, var manglende endringsvilje og en gammeldags oppfatning av hvordan legen skulle te seg overfor pasienten, nemlig ikke å intervensjonere før pasienten selv spør. ”Det å gå inn og ordne folks liv, omnipotent dobbeltroller – grenseoppgangen mellom det jeg synes jeg vil gjøre, burde gjøre og det en får gjort. Mestrer det vi er gode på – problemorienterte konsultasjoner.” (L11)

Imidlertid beskrev et par av legene et skille mellom rådgivning/dialog og intervensjon. De kunne bidra med råd og dialog, men ikke med intervensjon. En lege uttrykte at man ikke hadde noe med å fortelle pasienten om dennes dårlige levevaner såfremt hensikten ikke var å bistå i det videre endringsarbeidet.

Usikker på rett svar og tilnærming

De allmennpraktiserende legene beskrev ulike opplevelser av egen funksjon og rolle i møtet med pasienten når det gjaldt livsstil. ”... men jeg tror livsstil det har veldig mye med kultur å gjøre ... Du drar med deg skikkelig mye kultur, og kultur er vanskelig ... rett og slett.” (L17)

Flere beskrev at ulike kulturelle ståsteder mellom lege og pasient kunne skape problemer i forbindelse med formidling av livsstilsendring. Samtidig oppga en lege at man ikke må la seg blende av kulturelle merkelapper, fordi at det å skjønne en annens bakgrunn og kultur, er viktig i alle typer møter. Imidlertid kunne språkforskjeller skape utfordringer. En annen lege uttrykte ingen betenkelighet med å fungere som veileder til tross for at vedkommende hadde et annet erfaringsgrunnlag enn pasienten, og sa følgende: ”... det er klart at ... eh, man har et helt annet erfaringsgrunnlag med alt man har hatt selv, men heldigvis så skal vi ikke trenge å ha hatt alt før vi blir, kan bli veiledere, altså.” (L12)

En av legene oppga at de gjerne vil gi de rette svarene, at ”oppgavene” ble korrekt løst. Dermed var det lettest å forholde seg til pasienter med samme ståsted. Flere uttrykte at de ikke ønsket å såre pasientene, noe som kunne bidra til å skape usikkerhet i tilnærming til temaet. Flere oppga at de kanskje ikke var aktive nok i sitt arbeid og at de burde bli flinkere til å ta opp temaer rundt livsstilsorientert rådgivning. Å jobbe med å endre levevaner er noe de ikke hadde lært, og de var skeptiske til om ulike typer kurs vil endre dette, fordi et enkeltkurs ikke var tilstrekkelig til å endre legens atferd. Ved at legene ikke tok opp livsstilstematikk, mente noen at pasienten kunne oppleve seg sviktet. *”Men du vil ikke tro at de føler at vi svikter hvis ikke vi sier det da? Vet du altså, leger er veldig sann blyge, ikke sant ... Vi skammer oss litt for å være prektige, og så venter folk at vi skal ta kampen, ikke sant. Og når vi ikke gjør det, så tenker dem at vi svikta, altså.”* (L3)

En lege opplyste at han med årene var blitt mer tilbakeholden med å bedrive helseopplysning. Andre beskrev det som et problematisk og tungt arbeid å få folk til å endre levevaner bare ved å snakke med dem. *”Jeg vet ikke, at jeg synes på mange områder så er det veldig spennende faktisk fortsatt, men på akkurat dette området så synes jeg det faktisk er tungt ... De er ikke villige til å gå runder for å gjøre noe med – tilby liksom hjelp med røykeslutt, og intervensjoner.”* (L25)

En lege opplevde at å drive med livsstilsrådgivning kom i konkurranse med den informasjonstilgangen som finnes i dagens samfunn, og at pasientene selv velger hvilken informasjon de forholder seg til. *”Ja, jeg tenker at begrepet livsstilsintervensjon er et negativt ladet begrep, egentlig. Med ... altså jeg er på en måte ... når jeg skal gi en eller annen slags form for informasjon i den strømmen av informasjon som forefinnes i vårt samfunn, nå for tiden. I konkurranse med så mye annet, og folk tror jo egentlig absolutt hva de vil ... mye går på skremsel. Jeg gjør lite for det, for å være helt ærlig. Jeg er lite aktiv. I hvert fall i forhold til det å ta initiativ.”* (L21)

En del av legene var opptatt av maktrelasjonen overfor sine pasienter, i den forstand at de kanskje tillot seg selv for mye makt, eller hadde høyere forventninger til seg selv, noe som etter hvert førte til en mer resignert holdning. *”Så, jeg vet ærlig talt ikke, jeg – hvor, hvor mye vi som enkeltindivider kan påvirke dem. Det går fryktelig mye på deres egen motivasjon i utgangspunktet og evne og vilje til å tenke endring, så vi kan være med og på en måte minne dem på det, men det er jo valg de er nødt til å ta, altså.”* (L20)

Det ikke å virke moraliserende overfor pasienten, var det flere som oppga som sentralt. Man måtte ta utgangspunktet der pasienten er. Flere av legene uttrykte at valg av livsstil er opp til den enkelte pasient. Å intervenere i folks livsstil ble oppfattet som et etisk dilemma med tanke på pasientens frie valg, dog ble det uttrykt en viss uenighet. En lege sa: *”... hvis min intervensjon gjør at pasienten gjør etter mitt syn fornuftige valg i forhold til sin helsetilstand, så har jeg ingen moralske skrupler ved det.”* (L19)

Flere leger pekte på at en del pasienter kan ha sammensatte problemer og ”vondter” som kan hemme dem i hensiktsmessige helsevalg. Her oppga noen av legene en

avmaktsfølelse som kan føre til aggressivitet og manglende respekt for gitte pasientgrupper.

Det ble også uttrykt at man ikke skulle fremstå som skuffet eller bitter hvis pasienten ikke fulgte legens råd, men heller ha respekt for pasientens valg. ”... *men jeg ser det ikke som noe sånn personlig nederlag hvis det, hvis de da likevel fortsetter å røyke, at det er på en måte deres liv og at de, de gjør sine valg med mer eller mindre informasjon bak, men det, det er på en måte de som gjør de valgene og det, det tror jeg vi må avfinne oss med skal i hvert fall tenke seg litt om før man begynner å sette altfor mye tallmessige risikoer per 5 år på folk, altså. Det tror jeg ofte ikke har noe særlig livsforbedrende effekt.*” (L17)

En del leger opplevde det som utfordrende å drøfte endring av levevaner med pasientene, og samtidig skilte noen av dem mellom begrepene rådgivning og intervensjon.

En travel hverdag

Gjennom intervjuene ga de allmennpraktiserende legene subjektive uttrykk for forhold av kompleks art som bidro til å skape begrensninger for tilretteleggelsen av livsstilsrelatert rådgivning. ”... *i bønn ligger selvfølgelig erkjennelsen av at det vi kan gjøre med reseptblokken, det er bare en bit av den behandlingen som burde være den beste for den det gjelder. Og det er klart at, det å skrive resept er jo ganske kjapt gjort. Men det å gå inn på både argumentasjon på hvorfor er dette et lurt medikament å bruke, men ikke minst så, se på de andre delene altså, det har med livsstilen å gjøre. Det blir en mye mer tidkrevende, og, og sånn tankemessig og intellektuelt også, mye vanskeligere prosess å få i sving ... dette har med kultur og vaner å gjøre, og ikke minst innlevede levevaner, som er tunge å forandre.*” (L19)

Noen leger oppga også andre faktorer som kunne virke begrensende. Private forhold i legenes eget liv (små barn og belastende turnus) kunne påvirke muligheten for å ha tid og ork til å holde seg oppdatert ut over det som er forventet i normale legeplikter.

Vurdering av kost/nytte

Mange av allmennlegene ga uttrykk for at oppfølging av pasienter som har behov for endring av levevaner, var noe de opplevde som både tidkrevende og bortkastet tid hvis pasienten selv ikke ønsket dette. En hovedårsak var at mange av legene beskrev en travel hverdag preget av rutiner og tidspress. Mange forskjellige oppgaver skulle løses på kort tid, der viktige beslutninger skulle fattes. Rutinemessig papirarbeid og utfylling av søknadspapirer måtte ofte gjøres etter arbeidstidens slutt. ”*Og da sitter vi ikke og bruker en masse tid hvis det ikke virkelig er et genuint ønske fra pasienten om å få et råd, altså.*” (L24)

En del av legene beskrev også en opplevelse av frustrasjon når de hadde jobbet lenge for å endre en pasients levevaner uten å lykkes. Derfor oppga flere at de var selektive med hensyn til hvem de da valgte å gi råd om endringer av levevaner. De vurderte også om dette var noe de ville lykkes med. ”... *før eller seinere kommer du tilbake til journalen og så leser du at for ti år siden så spurte hun meg akkurat de samme spørsmålene. Og så har du prøvd å gjøre masse ting i mellomtiden og så står du på*

stedet hvil... da kan du si, da snakker jeg som en utbrent allmennpraktiker ... jeg gjør ikke det, altså.” (L2)

Et par av legene beskrev stresset med å dekke ulike forespørsler fra pasienten og dilemmaet som oppsto når en pasient plutselig, på slutten av konsultasjonstiden, kunne spørre om forhold som berører levevaneområdet. Å tilpasse det man skal si i en slik situasjon ble opplevd som tidkrevende. Dette fikk også konsekvenser for den begrensede tiden som var avsatt til de øvrige pasientene. ”... *det er ikke da du orker å ha hjerte til å begynne å gi en veldig grunnleggende, og god forebyggende samtale. Av og til så gjør du det, fordi du føler at det er vi... fryktelig viktig for den pasienten, der og da. Men da sitter jo alle andre og venter, ytterligere tjue minutter forsinka, og da kan i hvert fall ikke nestemann også komme med det spørsmålet for da, da har det helt skjært seg.*” (L23)

Imidlertid uttrykte flere av legene ulike former for løsning for å kunne avsette tid til å drøfte levevaner med pasientene. En lege oppga at hvis slike forhold dukker opp i en vanlig konsultasjon, kan man heller avtale ny tid til et slikt formål, gjerne i form av en dobbelttime. Å organisere grupper for pasienter som ønsker å endre levevaner, var noe som flere av legene beskrev som en god løsning. ”*Jeg tror kanskje vi kunne ha brukt tiden annerledes. At vi sitter veldig mye sånn, altså hvis vi hadde vært litt tøffere og flinkere ... vi sitter mye i en-til-en-situasjon. Hvis vi hadde klart å samle folk i grupper, og, og latt de jobbe sammen med, med oss. Hvis vi hadde lært den teknikken, og, og brukt den så tror jeg at det kanskje hadde vært mye mer fornuftig bruk av tid.*” (L20)

En annen begrensende faktor som legene påpekte, var dagens fastlegeordning og de finansieringssystemer som er tilknyttet denne. Flere av legene ga uttrykk for at dette systemet må endres, slik at ikke det helsefremmende og forebyggende arbeidet i den grad kommer i konflikt med den kurative delen som har et fokus på enkeltpasienter. Flere påpekte at finansieringssystemer som premierer pasientandeler, må fjernes (store pasientantall på listene). Fulle pasientlister ble beskrevet som dominerende for prioritering av arbeidsoppgaver. ”... *før var det et opplegg for diabetikere her... hvor legene tok på rundgang og underviste ... i sjukdommen deres ... og det har også sklidd ut. Men husk det at siden av midten av nittitallet, jeg er helt sikker på at vi kjører dobbelt så mange konsultasjoner per dag ... i forhold til det vi hadde da. Det har vært en vanvittig ...*” (L12)

Andre leger uttrykte mer tilfredshet med fastlegeordningen, og en lege beskrev det slik: ”... *om jeg ville ønsket å være mer samfunnsmedisinsk engasjert, så ville ikke jeg ønske det. Jeg synes det er fint å betjene listene mine, jeg. Jeg har ikke noe, jeg har ikke noen sånn ambisjoner om å gå over i noe mer samfunnsmedisinsk rolle.*” (L19)

Flere fremhevet hvordan bruken av takstsystemer bidrar til å sette fokus på prioriterte områder i pasientbehandlingen og vil dermed kunne virke begrensende på andre områder. I denne forbindelse viste de til tidstaksten som kan benyttes overfor enkeltpasienter når konsultasjoner strekker seg over tid. Noen av legene oppfattet slike ordninger som positive. Andre uttrykte mer skepsis. ”*Jeg har ikke noe tro på at man får*

endret doktorer rundt i dette landet og bruke enda mer tid på motivasjon fordi at det har kommet en takst, det har ikke jeg noe tro på.” (L14)

Skepsisen knyttet seg ikke bare til anvendelighet, men også til at det kunne oppfattes slik at denne typen takster blir benyttet av leger for egen økonomisk gevinst.

Kritisk til biomedisinske kriterier

Mange av legene beskrev faktorer i egen yrkesutøvelse og utdanning som kunne oppfattes som begrensende med tanke på å kunne bidra med livsstilsveiledning, og et mer helsefremmende perspektiv. *”Problemet med det helsefremmende arbeidet, at det lar seg ikke måle. ... at vi bidrar forgjeves.” (L11)*

Flere av legene oppfattet ulike biologiske parametere som grunnlagsgivende for vurderinger man foretar i den medisinske praksisen, herunder blodsuktermålinger, kolesterolmålinger osv. *”... det syns jeg er litt vanskelig, spesielt hos de som er ... målt en del ganger for høyt blodtrykk. Da tør, tør jeg rett og slett ikke å vente lenge med å starte med medisiner fordi at du vet, vet at komplikasjonene er så alvorlige at man føler at man har ikke råd til, til å bruke tid på mosjon, kosthold, ikke sant. Så det, ja ...” (L22)*

Noen oppga dette som statistiske, holdbare mål for indikasjoner på endringer i helsetilstand. Var disse endringene til det positive, ble det oppfattet som vellykket behandling. Flere leger uttrykte at det medisinske miljøet i Norge er delt når det gjelder en slik oppfatning, og at det hele også omfattet noe mer dyptgående. Dette ble beskrevet som holdninger til medikamentbruk, når en pasient regnes for syk eller frisk, ulike former for ritualeffekter osv. Et par av legene beskrev også en praksisforskjell mellom primærhelsetjenesten (allmennpraksis) og spesialhelsetjenesten (sykehus), ved at de opplevde at leger i spesialhelsetjenesten i større grad økte medikasjonen snarere enn å fjerne den, selv om det sistnevnte kunne være den allmennpraktiserendes ønske ved innleggelse av en pasient.

Mange av legene oppfattet disse målbare resultater som et viktig grunnlag for å kunne vurdere behandling av pasienten. Samtidig var det også en enkel måte å involvere pasienten i livsstilsendring på. Til tross for dette uttrykte noen av dem en skepsis mot å tillegge disse parameterne for stor betydning når det gjaldt å bedømme en pasients helse. En stadig økende opptatthet av disse parameterne kunne også bidra til å sykeliggjøre større grupper av befolkningen. *”... det er sånn at det, de absolutte verdiene når det gjelder blodtrykk – de går nedover og nedover og nedover, og vi sykeliggjør større og større del av befolkningen – og befolkningen lever seg jo syke, det vet vi jo... men, om vi skal kalle dem syke før de er helt syke – det – det er spørsmål om ... om holdning til det hele ...” (L12)*

I denne forbindelse viste en lege til hvordan pasienten selv uttrykte tilfredshet og glede ved livsstilsendring, selv om resultatene ikke nødvendigvis var målbare. Flere leger uttrykte også skepsis når det gjaldt medikamenter som en lettvinnt løsning fremfor råd om endring av levevaner. *”Slutte å røyke og ... før du begynner med statiner, for eksempel. Det hadde vært gunstig. Det er jo litt sånn ... det er helt gæærnt, vet du. Du*

kan få lov til å fortsette å røyke tjue om dagen, men statiner skal de ha. Det er et eller annet som ikke henger helt på greip der.” (L14)

Videre uttrykte de også skepsis til utstrakt/ukritisk medikamentbruk fordi det kunne bidra til å gjøre pasienter i risikozonen syke, til dels på grunn av bivirkninger i forbindelse med medikasjon. Medikasjon kunne også medføre et sykdomsstempel som gjorde at pasienten ikke følte seg frisk, til tross for positive endringer i pasientens biomedisinske parametere. Et par av legene ga uttrykk for glede når de kunne vise til effekt av livsstilsintervensjon med minst mulig medikasjon.

Mange av legene viste til en dreining fra kurativ behandling til mer krav om forebyggende behandling i allmennpraksis. Samtidig beskrev de ulike faktorer i sin medisinske utdannelse som skapte begrensninger når det gjaldt å intervenere i andres livsstil. En del av legene stilte også spørsmål ved hvilken type vitenskapsmetodikk de baserte sin kunnskap på, og også om denne kunnskapen alltid var like godt vitenskapelig fundert. ”... *noe i vår opplæring så har vi kun teknisk medisin, vi har ingen begreper om, om aktivisering og fysisk aktivitet. Det er bare sånn som vi har lært i avisen og sånn ... det er jo ... vi er helt amatører på det i virkeligheten ... det må vi jo bare erkjenne, ikke sant. Og kosthold har vi ikke peiling på i virkeligheten, det er nesten ingen av oss...*” (L3)

Et slikt utgangspunkt medførte at en del opplevde usikkerhet i om de kjente til pasientenes reelle behov, og stilte derfor spørsmål ved om man som lege vet hva den enkelte pasient setter som krav i sin hverdag. En helsesjekk blir bare et øyeblikksbilde som kan bidra til falsk trygghet for den enkelte. Videre vises heller ikke konteksten den enkelte pasient befinner seg i i det daglige. Derfor ga også noen av legene uttrykk for begrensede forventninger til seg selv når det gjaldt å intervenere. ”*Så jeg har vel ingen forventning til meg sjøl heller om at, om at jeg skal være, en, en som intervensjoner veldig eh ... i andres livsstil. Det er ikke vektlagt ... på studiet, syns jeg ... i altfor stor grad, da. Burde vi vært mer kursa, mer opplært i det, hvis vi skulle hatt forventninger til oss sjøl?*” (L18)

På grunn av manglende tilbakemeldinger fra pasientene følte noen av legene seg usikre når det gjaldt å gi råd. Samtidig henviste de til studier på området som konkluderte med at legene bagatelliserer effekten av rådene sine, for det er faktisk en god del pasienter som retter seg etter det legene sier. Det beskrives en diskrepans. ”... *fordi jeg tror folk forventer at vi skal være lærere for dem, selv om vi ikke er så gode på det ... så ... jeg tror at hvis folkehelseforskerne kunne legge frem noe sånn tallmateriale på den og den forventningen har den norske befolkning... vil du at doktor'n skal si det, vil du at'n skal si det oppfordra eller uoppfordra ... det tror jeg hadde vært veldig nyttig for legene.*” (L 3)

I tilknytning til dette fremkom det at legene hadde forskjellige oppfatninger av sin rolle ut fra et folkehelseperspektiv. En del av legene ga uttrykk for at de ikke anså det som sitt ansvar å drive folkehelseopplysning. Deres primæroppgave var å gjøre folk friske når de var syke, og eventuelt drive forebyggende arbeid gjennom individuell kontakt. ”*Men jeg tror dette, vi som enkelt leger, har veldig liten, har liten påvirkningskraft,*

altså. Det ... Her er det de store massene som må forandres, og det som folkehelse, man har mye større påvirkningskraft, mye mer tro på, på det at man gjør store forandringer i samfunnet, totalt sett ... Jeg tror hele, hele befolkningen må endre seg på den måten om skal man komme noen vei når det gjelder dette, dette med mosjon, i hvert fall.” (L20)

De fleste legene ga uttrykk for at hvis man skal lykkes i et folkehelsearbeid, må dette settes inn i et samfunnsmessig perspektiv, gjennom politiske prioriteringer som f.eks. prispolitikken for sukkervarer. Med utgangspunkt i intervjuene opplyste få av legene med praksis i byer og større tettsteder at de jobbet ut fra et samfunnsmedisinsk perspektiv, herunder tverrfaglig jobbing. Samtidig uttrykker noen av dem behovet for å jobbe mer tverrfaglig hvis man skal lykkes med å endre pasienters livsstil, både gjennom tidlig intervensjon i skole/barnehage, og ved å bruke mediene mer aktivt som et ledd i folkeopplysning. Når det gjaldt legene fra de mindre kommunene, ga de uttrykk for betydningen av å jobbe i team sammen med andre faggrupper. På den måten brukte de sin posisjon til å se mer helhetlige sammenhenger, også privat. ”Men, jeg synes det er et veldig all right avbrekk fra hverdagen å ha en dag hvor jeg driver med noe helt annet, altså. Det er nødvendigvis ikke så mye forebyggende, men det i hvert fall litt sånn samfunnsplanlegging, og litt, litt engasjerende i det. Det er det!” (L14)

Flere av legene beskrev helse og livskvalitet som et mer subjektivt begrep for den enkelte. ”Har vel skjønt mer at det er veldig mange fak ... små faktorer, små eller store faktorer som virker inn på dette her, jah! Det er ikke bare dette med sykdom ... eller fravær av sykdom, det er så veldig mye som spiller inn. Hvordan man oppfatter sin egen ... om man har god helse eller dårlig helse, eller ...” (L12) I den grad det ble brakt opp som et tema i intervjuene, fremkom det at legene beskrev ovennevnte begrep forskjellig.

Pasientens evne og vilje til endring

Flere av legene var opptatt av pasientens frie vilje og evne til å ta valg, og uttrykte at disse faktorene kunne være en begrensende faktor for livsstilsendring. En del av legene opplevde at pasientene manglet både en forståelse av hvorfor de hadde en uheldig helseatferd og en innsikt i hva de kunne gjøre for å endre levevaner. Når legene likevel valgte å snakke med pasienten om livsstil, beskrev de det som å ”snakke til veggen”. De opplevde det som om pasientene manglet initiativ og ikke tok egne valg, enten ved at pasientene selv tok opp temaet til diskusjon eller kom med en protest mot legens initiativ. ”Det er veldig sjelden at jeg tar opp det med røyking med folk, jeg altså ... hvis det ikke er, hvis ikke de ber om det. Alle veit ... Det er ingen opplyste mennesker i Norge i dag som ikke veit hvor farlig det er å røyke.” (L21) En annen lege karakteriserte denne gruppa som tapere.

Noen leger opplevde at pasientene tok bevisste helsevalg på tross av et annet kulturelt ståsted, men de fleste legene oppfattet dette som en kompliserende faktor når det gjaldt endring av levevaner. Selve begrepet ble beskrevet forskjellig. For noen omhandlet begrepet etniske forskjeller, herunder språk. For andre dreide det seg kun om at pasienten befant seg i en annen kontekst og hadde et annet referansegrunnlag enn legen. Samtidig opplevde mange at kulturen kunne begrense den enkelte pasients mulighet for valg av levevaner. ”... hvor mye av dette her er, eller hvor fruktbart og fornuftig er det å, å bruke begrepet valg, sånn at dette her, at det er et fritt valg, men man velger det

ene eller det andre. Altså ... en kvinnelig burka fra Irak, hva slags valg har hu i forhold til å, til å mosjonere veldig mye? Altså hvor mye betyr kulturen i forhold til det, og litt det samme med overvektige røykende lastebilsjåføren på en måte. Altså det er, sjølsagt er det et valg fordi det er, det er et bevisst element i dette her, men det forklarer ikke alt, og det forklarer kanskje det ikke så veldig mye, men, men for at det skal kunne skje en sånn grunnleggende endring i personen så må en jo ha en indre gnist.” (L17)

Samtidig uttrykte flere av legene at sosial status kan fungere som et hinder for hvor motivert pasienten kan være til å endre livsstil. Noen av legene beskrev hvordan denne statusen kan skape vanskeligheter med å ta rette helsevalg, f.eks. at dårlig økonomi begrenser mulighetene for sunne helsevalg fordi disse ofte er dyrere. Mange av legene opplevde også at folk med høyere sosial status oppsøkte dem hyppigere for helsekontroll, og at denne gruppa var mer motivert og åpen for endring av livsstil. Flere av legene opplevde at dette var en gruppe som det er lettere både å snakke med og nå frem med sine råd til. Imidlertid uttrykte ikke alle legene denne oppfatningen. ”*Nei, og her, vi er meget opptatt av at alle skal behandles likt, altså. Her er det, har ikke status noe avgjørende betydning.*” (L15)

Flere av legene uttrykte seg på liknende måte, en aktsomhet når det gjelder dette med sosial klasse. De beskrev på ulike måter hvordan de var seg bevisst å fungere mest mulig som likeverdige partnere. ”*... Altså jeg ... jeg synes det er en veldig viktig side med hvordan jeg er ovenfor henne, at hun ikke skal få henne til å føle seg enda dårligere enn hun gjør fra før av. Det er egentlig det aller viktigste i måten å møte henne på.*” (L4)

Noen oppga mer genetiske årsaker til at pasienter sliter med helsa, f.eks. fare for høyt blodtrykk og overvekt. En lege kalte dette genetisk uflaks og beskrev hvordan pasienter jobber med å endre livsstil uten å lykkes. Pasienten kunne oppleve denne situasjonen som lite helsebringende, noe som medførte både skyldfølelse og redusert livskvalitet. ”*... Så kommer du, og så får du en blodtrykksmedisin, også kommer tilbake, også er ikke blodtrykket gått ned, også er det pillen sin feil. Hvis du er en overvektig pasient som da kommer tilbake og skal prøve å gå ned, og han ikke har klart og gått ned, selv om han kanskje har prøvd ... så er det pasienten sin feil.*” (L14).

Flere av legene beskrev hvordan forskjellen mellom by og land kan bidra til sosiale forskjeller. Om forskjellene er tydeligst i byene eller på landet, fremkom ikke klart, og et par av legene fra mindre kommuner beskrev også statusforskjeller fra et sted til et annet i egen kommune. ”*Jeg tror det er større sosiale skiller i en by enn det er her hos oss ...*” (L14)

Et par av legene uttrykte også at kjønnsforskjeller kan være en faktor som begrenser livsstilsendring. Imidlertid fremkom det ikke entydig hvilket kjønn som enklest endrer livsstil eller om det er mannlig eller kvinnelig lege som er av betydning. ”*... damene går jo generelt mer til doktor’n enn menn, da. Sånn at ... men om dem er enklere å påvirke, det er jeg ikke sikker på ...*” (L13)

Det ble beskrevet forskjellige, individuelle årsaker til den enkelte pasients evne og vilje til endring. Men det ble oppgitt til dels sammenfallende meninger om hvordan pasientens sosiale status og kulturelle bakgrunn preget endringsviljen.

Politikk, grønn resept og lokale tilbud

Mange av de allmennpraktiserende legene oppga forhold utenfor sin daglige praksis, enten på lokalt eller statlig nivå, som de opplevde begrenset deres mulighet til å intervenere i pasienters uheldige livsstil. *”Alle disse tingene ... det er ting som vi har gjort massevis av år, veldig mye ... og den der følelsen av at nå skal det bli trødd noe ned over huet, der hvor politikerne har oppdaget noe nytt. Innfallet ... da blir jeg litt provosert.”* (L6)

Til tross for at flere av de allmennpraktiserende legene jobbet i folkehelsekommuner med politiske vedtak for å legge til rette for denne typen tiltak i både planlegging og praktisk arbeid, uttrykte mange av dem at lokale politiske forhold og manglende prioriteringer bidro til å skape begrensninger. Noen av legene viste til hvordan kommuneøkonomien hindret utvikling av folkehelse tiltak der de kanskje selv hadde vært initiativtagere, f.eks. til bedre treningsmuligheter for utsatte grupper, treningshallfasiliteter osv. Disse legene uttrykte at de etter hvert inntok en passiv holdning til det hele. Andre leger opplevde at de som legegruppe ikke ble rådspurt i politiske beslutningsprosesser eller at de ikke ble tatt med i kommunale planer. Å involvere seg i lokalpolitikk ble beskrevet av en som bortkastet tid. *”Har ikke kommunen en beslutning om at helse skal være et fremtredende argument ved alle politiske beslutninger. Jeg har ... men jeg har aldri sett det i ... Men jeg har aldri sett det i praksis. Ikke som jeg vet om, i hvert fall. Jeg har aldri sett noe argument for at dette er bra for helsa ... og aldri om jeg har blitt spurt. Som legegruppe, mener jeg.”* (L21)

Samtidig oppga flere av legene at man gjennom en-til-en-kontakt med politikere hadde mulighet til å påvirke. Legene beskrev også positivt ulike folkehelse tiltak som var igangsatt i kommunen. *”... så det har kommet etter hvert ... i forhold til utviklingen, men det er klart det har vært en positiv faktor at vi bor i denne ... og jobber i denne kommunen, ... der det blir lagt stor vekt på fysisk aktivitet ... som er på planen. Så det er jo, det virker det også.”* (L15)

Imidlertid var det legene i de mindre kommunene som ga uttrykk for i større grad å kunne påvirke i politiske prosesser. En av de andre legene som tidligere hadde praksis i en mindre kommune, uttrykte det slik: *”Jeg har jobbet i en liten kommune i tre år ... se hvor tett du sitter innpå politikerne og planlegging, og ja ... andre avgjørelser som blir tatt, så har du mye lettere for å påvirke da. Her er det forferdelige distanser til de vedtakene som blir gjort.”* (L20)

Flere av legene uttrykte skepsis og begrensede muligheter til å påvirke enkeltpasienter til å gjøre fornuftige helsevalg, og oppga at dette må settes inn et større perspektiv. Det ble beskrevet som politikernes ansvar, og at det må satses mer på forebyggende arbeid. En del oppga at de ikke skal fungere som endepunkt for politiske helsekampanjer, det ble for fjernt fra deres hverdag. Slikt materiell ble ofte kastet eller stablet bort. *”... og*

det er litt sånne som, som ser på oss som lissom kontaktskaper'n til befolkningen. Også sitter de rundt på hver sine tuer og har så mye store formål og kampanjer også kaster de ut lissom noe de trur, har mulighet i vår hverdag til å liksom distribuere videre og gjøre veldig mye fornuftig med, men det er ganske fjernt i fra allmennpraktikerens faktiske arbeidsforhold, altså.” (L17)

De fleste av legene uttrykte skepsis til ordningen ”Grønn resept”. Flere av legene beskrev ordningen som et politisk tiltak for å spare penger, og ikke som et legevitenskapelig tiltak. *”Grønn resept ... Det starta helt feil, ikke sant – det var jo egentlig en sånn politikersak hvor man skulle tjene masse kroner på, på å unngå å skrive ut dyre medisiner. Så jeg lurte på mange medisiner som satt inne og lagde den oppskriften, det lurte jeg på ... kontra hvor mange politikere som var med.” (L14)*

Flere av legene beskrev takstordningen som ledsaget grønn resept i utgangspunktet, som forledende, ”en provokasjon”, som en sa. Takstsystemer påvirket dem til å prioritere arbeid med spesifikke oppgaver og målgrupper. *”... jeg syntes den der ... taksten var en liten sånn 'flopp', fordi du blir liksom forledet til å tro at her skal du ha et, få et nytt verktøy som du kan bruke veldig og du til og med få honorar for å bruke det. Men i praksis så passer det ikke på nesten noen. Eh, og når jeg først brukte taksten, så følte jeg meg også forpliktet til å fylle ut møysommelig alle disse her rubrikkene.” (L23)*

Noen av legene ga uttrykk for at de hadde forhåpninger til ordningen, men at de var skuffet over hvordan den ble utviklet i praksis. *”... har det liggende i posen sin enda, jeg har ikke brukt det i det hele tatt, jeg leste igjennom og ble ... sørgelig skuffet, har enda i ... jeg har enda ikke skrevet ut en grønn resept, ikke brukt den taksten.” (L15)*

Legene oppfattet ordningen som svært omfattende fordi den inneholdt mange skjemaer som skulle fylles ut og mye brosjyremateriell som skulle deles ut. Dermed ble det hele ikke anvendbart i vanlig allmennpraksis. Flere av dem ga uttrykk for at ordningen rettet seg mot en for snever målgruppe. *”Det er jo, var jo veldig omfattende – med hvor mange minutter ditt og hvor mange minutter datt. Jeg tenkte jo at du skal sikkert ikke fylle ut alt sammen, men både side en og side to var jo ganske omfattende. Jeg føler nesten at du måtte hatt et dybdeintervju av pasienten, for å finne ut hva som var forandring eller ikke.” (L21)*

Noen av legene uttrykte et behov for lokale lavterskeltilbud som man kunne henvise aktuelle målgrupper til i forbindelse med ”Grønn resept”-ordningen. Til tross for at flesteparten av legene hadde praksis i kommuner med lavterskeltilbud, uttrykte flere at disse ordningene ikke fungerer optimalt. Dermed henviste de ikke pasienter til et slikt tilbud. Legene beskrev forskjellige forhold som skapte begrensninger, deriblant lite kontinuitet i stillingsressurser til ansvarlige, et for dårlig egnet tilbud til spesielle grupper, mangelfull informasjon, sviktende samarbeidsrutiner og manglende tilbakemeldinger. I tillegg opplyste noen av legene at de utførte samme jobb som de ansvarlige for lavterskeltilbudet gjennom selv å motivere pasienter til endring av levevaner. *”For meg så er det litt for diffust hva de driver med, og, og hva de sendes videre til. Så vi snakket så vidt om det her, tror jeg på et ... eh, en eller annen sammenheng. Og jeg savnet tilbakemeldinger fra, hva er det disse pasientene har gått*

videre til, så du kan få evaluert det på et vis. Sett at det virkelig har skjedd noe, og hva som har skjedd ...”(L 21).

Når det gjaldt brosjyremateriell og eksterne hjelpemidler som ble benyttet når legen ga pasientene veiledning/råd, henviste flere til at de delte ut enkle brosjyrer fra ulike interesseorganisasjoner, f.eks. Diabetesforbundet, eller at de selv hentet ut informasjon gjennom artikler i legetidsskrifter eller aviser. Mange opplyste at de også benyttet seg av NEL (Norsk elektronisk legehåndbok) i daglig praksis. *”I det daglige så er den, den er veldig grei å ..., så er det en del referanser der og nå med den internettløsningen som vi har nå kan du få skrevet litt ut på ... så det fungerer veldig bra.”* (L21)

En del av legene beskrev virksomheten på helsesenteret mer som en enhet som var isolert fra kommunen for øvrig. Det tverrfaglige samarbeidet de hadde, foregikk internt på senteret, gjerne ved at sykepleiere fikk ansvar for oppfølging av kost- og diabetespasienter. En del oppga at de manglet oversikt og informasjon om det som skjedde i kommunen, utenfor senteret. Å innhente mer informasjon, eller delta i tverrfaglig samarbeid ut over det daglige, ble beskrevet som noe de selv måtte ta initiativ til. En lege uttrykte det slik: *”Jeg syns jeg har hatt sånn noenlunde oversikt over hvilke samarbeidsparter vi har og noe av, noe av det de driver med. Men vi får i liten grad informasjon, og det utfordrer jeg dem på ... så jeg syns jo at det vi kan kreve av våre samarbeidspartnere er jo at de, litt sånn aktivt sender oss.”* Samme lege vendte tilbake til samme tema en stund senere og uttrykte følgende: *” ... men jeg tror nok at samarbeidet med andre grupper blir nok ofte mye lettere innad på kontoret, og sånn som du sier, diabetessykepleier innad på eget kontor. Der er det jo et veldig godt samarbeid. Der lager vi våre egne strukturer.”* (L23) Vedkommende lege beskrev deretter opplevelsen av ekstra arbeid, med selv hele tiden å måtte ta initiativ til å innhente informasjon eller legge til rette for samarbeid utenfor legesenteret.

Noen av legene beskrev hvordan kommunens servicetorg og lokale medier fungerte som en god informasjonskilde for pasientgrupper som kunne ha effekt av lavterskeltilbud.

Det gylne øyeblikk

Flere av legene omtalte ”det gylne øyeblikk” som et spesielt begrep. De beskrev det som en spesiell situasjon som oppsto der muligheten for å diskutere levevaneendringer med pasienten ble lettere. *”Ja, sånn som jeg ser det gylne øyeblikk er at det er, når det er ... skjedd et eller annet sånn litt grunnleggende i livet, og der man står i en valgsituasjon der man kan gjøre, der man kan gjøre ting annerledes enn man har gjort det før fordi ... det har vært en viktig hendelse, det at man har fått en viktig erkjennelse på en måte ... det kan jo være i mange sammenhenger...”* (L20)

De beskrev også andre faktorer som virket utløsende for at pasientens levevaner ble drøftet, eller som førte til en intervensjon angående dette. Disse faktorene blir beskrevet nærmere i de følgende underkategoriene.

Øksa hengende over nakken

En lege fortalte at han pleide å måle blodtrykket på nye pasienter, forutsatt at pasienten syntes det var greit. Eventuelle funn kunne være et tema som ble fulgt opp i videre

samtaler. Dette er sammenfallende med hvordan flere av legene beskrev hvordan blodtrykksmåling kunne bidra til å avdekke uregelmessigheter på flere av levevaneområdene. Gjennom oppsummering av status kan dette fungere som en innledning til en konstruktiv dialog der pasienten selv foretar sine livsstilsvalg. ”Så kan man jo summere opp og si til pasienten, at nå har du liksom ... det er bra med deg, og så er det som ikke er så bra. Og så kan vi jobbe med, eller du kan jobbe med det. Ja, hvilke vil du starte med og få en liten dialog på ting. Møter ofte forståelse og vilje da, synes jeg. Når de ser at vi ser dem som en person og ikke bare som et kolesterol eller høyt blodsukker” (L13)

Samtidig uttrykte noen av legene skepsis til ensidig bruk av en slik tilnærningsmetode. Slike metoder kunne bidra til å skape en falsk trygghet. En lege oppfattet blodtrykksmåling som en medisinsk tradisjon der pasienten får et nummer eller et tall å forholde seg til uten videre oppfølging. ”... synes liksom at et blodtrykk er så diffust for en pasient, for dem blir bare stilt ovenfor verdiene når du er hos legen, og det er legens sitt ansvar å ... å bestemme om dette er greit eller ikke ...” (L13)

Flere av legene oppga at de snakket med pasientene sine om livsstilsendring når de hadde klare biomedisinske parametere på sykdomsutvikling, og i oppfølgingsfasen etter at dette var påvist. En av legene ga også uttrykk for en kobling mellom atferdsendring og medikamentell behandling. Det hele må ha en medisinsk relevans, ikke bare som et ledd i et forebyggende arbeid. ”Det her, nå her prater vi om at du nå har blitt sjuk, og det kommer til å bli verre hvis du fortsetter. Det er på en måte viktig å si at, der kommer jeg i en helt annen klasse enn den derre rent forebyggende og friskfasen.” (L6)

Samtidig beskrev flere av legene det som at det var pasientene selv som tok initiativ til endring etter at de fikk stilt en diagnose på levevaneområdet. ”Det at folk vet at de har en farlig livsstil, men ikke gjør noe med den før de får en sykdom, og da er det jo da mange som klarer å gjøre noe med det da.” (L4)

Flere av legene oppga at et slikt utgangspunkt ga mulighet for å ta fatt i den situasjonen pasienten befant seg i, og en lege uttalte følgende: ”... hvis de liksom får den øksa hengende over nakken så er det noe helt annet en altså teoretisk, statistisk risiko altså.” (L3)

Imidlertid ble ikke dette nødvendigvis oppfattet som enkelt arbeid, fordi det knyttes usikkerhet til både effekt og pasientens mottagelighet for endring. Får man et gjennomslag her, beskrev flere av legene dette som et gyllent øyeblikk.

Blant de legene som enten hadde praksis i kommuner med landlig beliggenhet, eller hadde vært lenge i samme praksis, uttrykte også flere at kjennskap til pasientens levevaner eller pasientens familiebakgrunn med arvelige belastninger for levevanesykdom kunne være utløsende for intervensjon. ”... der jeg kjenner pasienten, og der jeg vet noe om familien ... vi vet jo å nå, kanskje mer enn før ... hvor mye arv har å si for spesielt det med hjerte/kar og til dels diabetes og. Sånn at det ... hvis vi da har en tung belastning familiært der, så sitter ikke jeg et halvt år og venter på at de skal gå ned fem kilo, altså ...” (L15)

Legene beskrev at biologiske parametere, manifest diagnose eller inngående kjennskap til pasienten kan være en utløsende årsak til intervensjon.

Eierforhold til "øyeblikket" og alliansebygging

Mange av legene beskrev sin posisjon som det å være motivator og veileder for sine pasienter i forbindelse med livsstilsendringer. Når det gjaldt motivasjon, utdypet de både forskjeller med hensyn til innholdet i begrepet, og til hvor aktivt de oppfattet sin rolle som motivator. *"... samtidig må folk oppsøke meg fordi de ønsker hjelp til livsstil så er det også en mye sterkere årsak til å hjelpe dem ... til det, å være en motivator enn å oppsøke dem selv, å be dem om å komme."* (L4)

En lege uttrykte at dagsform, situasjon og interesse for feltet er styrende for motivasjonsarbeidet. Hvis dette fungerte ble det gjort en god jobb. Hvis området ikke var så interessant, eller pasienten viste manglende interesse, påvirket dette motivasjonsarbeidet mer negativt. Samtidig oppga flere leger at de drev et aktivt motivasjonsarbeid der de spurte pasienten om hva de kunne bidra med for å gjøre pasienten mer motivert. *"... bare for at de ser seg selv eller merker at de får det bedre. Hvis de, bare får lirket dem litt utpå det der, så at de ... ser at jo, det nytter faktisk, det er jo en viktig motivasjonsfaktor for dem selv. For ... jeg, jeg ber pent om at de må prøve, bare litt. Og jeg er veldig opptatt av det at de ... ved å begynne med det som er overkommelig og gjennomførbart i hverdagen. Det er som det skal satses på."* (L15)

Legene beskrev flere årsaker til at de valgte å handle aktivt for å motivere pasienten til forandring på levevaneområdet. Troen på at det nyttet og tiltro til det enkelte tiltaket på levevaneområdet, f.eks. at mosjon har effekt, ble oppgitt som grunn til intervensjon. *"Og så fordi man tror på det, ikke sant, som ... man tror at det kan bedre helsen til den enkelte, og hvis man mener og tror det, så ville det vært galt å ikke prøve å påvirke det."* (L14)

Flere leger beskrev hvordan man gjennom pasientkonsultasjonen kunne benytte muligheten til å fokusere på pasientens uheldige levevaner og dermed sette i gang en motivasjonssamtale om endring. *"Eller hvis du sitter og tar et blodtrykk, så henger det sammen med røykinga, så lukter du at ... fordi da kommer du så nær innpå dem at du lukter at de røyker. Det er faktisk lettere med røyking enn overvekt."* (L4)

En lege beskrev hvordan pasientene selv var klar over at de har uheldige levevaner, gjennom et eksempel med overvekt. Å motivere dem til å bedre sin fysiske form slik at de ikke både er i dårlig form og er for tunge, ble oppgitt å være viktig. En annen lege viste da til hvordan en pasient som røykte, ble fulgt opp gjennom gjentatte konsultasjoner med røyk/røykeslutt som intervensjonstema. Legen stilte seg til disposisjon som motivator.

En lege uttrykte at å begrunne endringer i livsstil var av betydning, spesielt hvis dette kunne lanseres som et alternativ til medikasjon. *"... altså når vi sier at folk ikke skal røyke så kan vi kan vi vel kanskje kort begrunne hvorfor vi sier det, at det er ... jeg pleier å si det at folk med høye lipider og høyt blodtrykk og sånt, da vil det ha mye mer å si for din totale risiko om du slutter å røyke eller om, uansett om hvor mye piller vi*

putter på deg for å påvirke andre faktorer, så er det på en måte, eller det er sammensatt mindre verdi enn om du slutter å røyke eller ikke.” (L12)

Flere av legene uttrykte betydningen av motivasjonsarbeid når det gjelder røykeslutt. De ga ikke resept på nikotinerstatningspreparater med mindre pasienten selv var motivert.

Et par leger beskrev en tilbakeholdenhet med livsstilsintervensjon overfor pasienten. De pasientene som ikke etterspurte hjelp, eller ikke visste at de kunne etterspørre denne typen hjelp, mottok heller ikke et slikt tilbud. En lege uttrykte at virkelig motivasjon, eller det gylne øyeblikk, må være til stede. Hvis ikke, var det å kaste tid og krefter ”ut av vinduet”. Samtidig uttrykte flere av legene at gjennom kjennskap til sine pasienter visste de hvem som var motiverte og mottagelige for råd om livsstilsendring, og hvem som ikke var det. De pasientene legen beskrev som lite mottagelige, ble oppfattet som håpløse, og det var da liten vits å sette i gang denne typen rådgivning. *”Det er jo litt sånn, din personlighet som du, du har ... Du blir jo kjent med de pasientene du har på lista, du veit jo alltid liksom hva slags ressurser de har og omtrent hva slags evner de kan klare ... å få til.” (L21)*

Samtidig opplyste mange av legene at de i utgangspunktet la vekt på å behandle sine pasienter med respekt til tross for et forskjellig ståsted. Det ble ansett som sentralt, og at det var viktig å holde et slikt fokus over tid når man jobbet med livsstilsendring. *”Noe med tillitsforholdet. Må tørre å bruke oss selv. Må motvirke ovenfra-og-ned-kjøret.” (L11)*

Legene beskrev pasienten som bestilleren, men at de selv måtte bruke tid på å opparbeide et samarbeid, en relasjon, for å lykkes. *”Så der føler jeg at jeg har ... men jeg må bruke litt tid altså, sirkle det inn, å få – bygge en allianse.” (L2)*

Flere av legene uttrykte at det var viktig å ha realistiske mål med tanke på hva man kunne oppnå, og ikke fordele skyld eller virke moraliserende. Dette gjaldt spesielt i situasjoner der man ikke oppnådde det man hadde håpet på. Videre oppga et par av legene at man ikke skal oppfatte seg som mislykket hvis man ikke lykkes i intervensjonsarbeidet. En dag kunne pasienten være i rett modus for intervensjon, slik at dette er mer en gjentakende prosess. *”... eller i hvert fall gjør jeg ofte det. Spør om åssen det går med røykinga, ... ubedt. Eh, og jeg ... snakker om kosten når jeg måler blodtrykket, uten at det har begynt å bli noe spesielt høyt, så snakker jeg om at det kunne være lurt å gå ned i vekt og sånn. Så jeg slenger jo litt ut sånn, men, men jeg prøver å føle meg ... litt fram i forhold til hvor interessert er folk da til å gå videre på dette her, var dette dagens lille drypp i forhold til at kanskje jeg skal ... få inn den der ... motivasjonen som du snakker om.” (L23)*

En lege beskrev en tilnærmings- og jobbprosess som er forskjellig for menn og kvinner, i det aktuelle tilfelle, ut fra kosthold og overvekt. En annen lege oppga at hvis pasienten viste litt interesse eller slik interesse kom til uttrykk i pasientens kroppsspråk, ble sjansen for å gi råd benyttet. *”Selvfølgelig så krever det av meg at jeg også respekterer den jeg sitter ovenfor, på alle måter, og i den grad jeg har noe strategi, sånn allment opp i dette, så er det nettopp det å klargjøre for den det gjelder. Her har vedkomne et*

valg, også kan jeg komme med grunnlaget og litt bakgrunnsinformasjon og så videre, og så må jeg spille ballen over.” (L24)

Mange av legene uttrykte nettopp betydningen av at pasientene selv tok initiativ til et ønske om livsstilsendring, i større eller mindre grad. At andre familiemedlemmer tok kontakt med legen og ba om at livsstilsendring skulle drøftes med pasienten, var ofte mislykket. At pasienten selv var motivert, hadde en sentral betydning både for intervensjon og for å kunne lykkes med denne typen arbeid. En lege uttrykte at villighet til å sette av tid til et slikt arbeid i det daglige, avhang av pasientinitiativet, forutsatt at vedkommende lege ikke da var altfor forsinket. ”... vi har vel begrensa ressurser til den enkelte... hva er det som skal få oss til virkelig ... bli livlege, sånn som kongen har, ikke sant ... å gå hundre og ti prosent inn for det enkeltindividet ... det går på tid ... men at hvis du ... får litt grann, så gir du mer, altså ... så at, hvis det er noe ... en åpning for ja, dette har jeg tro på liksom, da får du til et samarbeid. Gir litt selv, så får du mye tilbake, altså ... Jeg tror det ligger mye der!” (L12)

Samtidig uttrykte flere av legene at de trodde pasientene hadde en forventning til at de som leger skulle drøfte pasientens livsstil direkte med pasienten selv. ”Jeg tror at hun har en forventning til meg om at jeg skal på en måte vise omsorgen der, for henne også og bry meg om at hun røyker ...” (L4)

En lege fra en mindre kommune opplevde at forventninger fra ulike pasientgrupper kunne få forskjellige konsekvenser, og beskrev det slik: ”... etter tretten år på et så lite sted, så, så vet en litt hva du står for... og kommer du til meg ... og er ... røyker..15 om dagen. Trur jeg nesten de forventer at jeg tar det opp, altså... hvis de... jeg tror nesten det altså. Jeg har pasienter som jeg tror unngår meg lite grann, fordi jeg pirker borte i røyking.” (L12)

I forbindelse med ”det gylne øyeblikk” uttrykte mange av legene at det hadde skjedd noe grunnleggende i livet til pasienten. Her befant pasienten seg i en situasjon der vedkommende måtte foreta et valg, gjøre noe som var annerledes enn det man hadde gjort tidligere. En lege beskrev dette som eksistensielle ting som lå utenfor legens påvirkningskraft, noe som var uavhengig av helsevesenet, en livshendelse. Samtidig kunne vedkommende lege ha vært med på å legge et grunnlag for at det skjedde endringer hos pasienten. En annen lege oppfattet det gylne øyeblikk som at da var pasientene allerede ferdigskremt og at de da var åpne for endring. ”... for da har du plutselig et sånt gyllent øyeblikk, da skjønner du at dette her er egentlig ikke en helsjekk selv om han formulerer seg sånn, det er en ... det er på en måte ... et ganske kraftig ønske om at nå må jeg gjøre noe for å hindre at jeg havner i samma ... grava som onkelen eller bestefaren eller hva det var for noe, gjorde ...” (L6)

Flere av legene beskrev situasjoner og hendelser som kunne føre til et slikt ”gyllent øyeblikk” og effekter i ettertid. En relevant situasjon var ofte i forbindelse med pasienter som ble fulgt opp etter at de hadde fått en livsstilssykdom (diabetes, hjerte- eller karproblemer). Disse ble fulgt opp gjennom jevnlig konsultasjoner, og her var det naturlig å snakke om livsstil. Pasientene ble ofte oppfattet som motiverte og var bekymret for det inntrufne. Legene oppga at en slik situasjon var et godt utgangspunkt

for livsstilsendring. Et par av legene beskrev også med pasienthistorier hvordan de hadde positive erfaringer med at pasienten la om sin livsstil for flere år siden. ”... *de går jo en time, disse tre damene hver eneste dag og det er jo bare fordi at de er blitt motivert og fortalt, ikke for det at de nødvendigvis lever lenger ... de merket jo selv at de fikk det bedre, ikke sant. Det er jo mange sånne eksempler på ...*” (L14)

Helsesjekk var en annen situasjon som av flere leger ble beskrevet som et ”gyllent øyeblikk”. Årsakene til at pasientene ønsket helsesjekk kunne være forskjellige. Noen leger oppga at de gjennomførte rutinemessig ”helsesjekk” som et ledd i et bedriftshelsetilbud, noe som arbeidsgiveren er pålagt ved et visst antall arbeidstagere. På den måten ble alle arbeidstagere i bedriften fulgt opp jevnlig. Andre leger opplevde at når pasienten møtte til helsesjekk, hadde vedkommende selv ønsket dette fordi en nabo eller slektning plutselig hadde blitt alvorlig syk. En slik sjekk var et godt utgangspunkt for en samtale rundt risikofaktorer. En lege opplyste at en del pasienter møtte til helsesjekk fordi de var i en aktuell alder for ulike former for sykdomsrisiko, og ville derfor prate med legen om helse og livsstil. ”*Har mange yngre på mine lister. Mange er redde og ønsker en ”sjekk”. Familiære forhold er utløsende årsaker for at de ønsker denne typen sjekk. Følger opp samtaler om kost, røyk og fysisk aktivitet i denne sammenhengen.*” (L7)

En annen dimensjon ved helsesjekk ble beskrevet av flere av leger som at de ble oppsøkt av pasienter som fryktet at det var noe galt med dem. Pasientene opplevde symptomer og ”vondter”. En helsesjekk kunne dermed bidra til å utelukke dette. ”*Og en del kommer for å få bekreftet at de er friske, og da pleier jeg å si at ... en sånn rask legesjekk, det gir ingen garanti om et langt liv, for å si det sånn. Og det er en sånn begrensing i det, men altså ... du kan jo bruke det til en del gode samtaler om sånne ting.*” (L17)

Ulike sider av det gylne øyeblikk, og hvilke situasjoner som kunne virke utløsende for at dette oppsto, har blitt beskrevet. Noen leger uttrykte at dette betinges av pasientens initiativ og motivasjon. Andre beskrev situasjoner som var utløsende for at de ville bistå i endringsprosesser, eller at de i større grad fungerte som motivatorer og initiativtagere til alliansebygging med sikte på endring av levevaner.

Legerollen

De fleste legene beskrev ulike faktorer i legegjerningen som hadde betydning for hvorvidt de intervenerte i pasientenes levevaner eller ikke. ”... *vi er jo pukka nødt til å prøve å livsstilsintervenere ... det forventes, det er jo jobben vår. Hvis ikke vi gjør det så risikerer vi jo nærmest å bli anmeldt for tjenesteforsømmelse i virkeligheten fordi det er jo rett og slett jobben vår.*” (L3)

Flere leger oppfattet det som sin plikt, eller sitt ansvar, å være på tilbudssiden og opplyse pasienten om en uhensiktsmessig livsstil. Et par uttrykte at de oppfattet det som en lovpålagt oppgave. Andre beskrev det som en del av rutinen der alle nye pasienter ble forespurt om sine levevaner. ”*Jeg mener, det at som doktor ... når man veit hva det betyr, om det er målbart eller ikke målbart, så, så mener jeg ... kommer det inn en*

annen risikopasient så er det vår plikt å prøve å gjøre noe med det, altså. Det bør ligge i våres gjerning.” (L14)

Mange av legene beskrev forskjellige sider ved legerollen og sin legeatferd som hadde betydning i konsultasjoner med de aktuelle pasientgruppene. En lege oppfattet at det å følge pasienten i tykt og tynt og komme med fornuftige innspill, var en del av legerollen. En annen lege beskrev sin oppgave som terapeutens oppgave, der mye ble preget av pasientenes ambivalens til endring, fra en overbevisning om behovet for endring på den ene siden, til en manglende vilje til å endre seg på den andre. Legens oppgave her ble å gripe inn mot denne ambivalensen og prøve å trekke den i retning av en positiv endring. Her kunne legen gjøre mye fornuftig, gjerne gjennom gjentakelser, litt om gangen. Samtidig beskrev en annen hvordan man i legerollen prøvde å gjøre det beste for pasienten, noe som innebar at legen fikk ulike tilbakemeldinger, også misfornøyde. Vedkommende lege stilte da spørsmål til hvordan slike tilbakemeldinger skulle oppfattes, som alvorlige eller ikke.

Flere av legene beskrev forskjellige faktorer i deres egen legerolle som kunne virke begrensende med hensyn til å intervensere i pasientens levevaner. En av legene uttrykte at personlig stil kunne ha noe å si for hvor pågående man var med intervensjon, og sammenliknet sin stil med en kollegas som var mindre pågående. En mer pågående stil sikret ikke nødvendigvis høyere suksessrate. ”... *vi må jo ha litt sann ydmykhet til vår egen ... kompetanse, og vite at vi må trekke sammen med andre ... i den livsstilsintervensjon altså. Det er jeg veldig dårlig på, for jeg er ikke akkurat opplært til det. Jeg er ikke vant til i det hele tatt å trekke sammen med andre, jeg er vant til å drive ... å gjøre det sjøl, ikke sant.*” (L3)

Flere av legene opplevde at de også hadde en autoritet overfor pasienten. En beskrev dette som autoritet i kunnskap. ”... *vi er det rette fordi vi har en autoritet hos folk i forhold til helse deres ...*” (L4)

En av legene påpekte at hvis legen henviste til et lokalt lavterskeltilbud, hadde dette en dobbelteffekt ved at pasienten fikk bekreftet at tilbudet ble ansett som nyttig. En lege beskrev at man som lege på et mindre sted var mer synlig i legerollen. Legen fikk en annerledes rolle og fremsto tydeligere, noe som ga rom for større påvirkningskraft.

En annen beskrev autoriteten som at man hadde en styrke i hva man sa til pasienten, men dette som en partner og ikke som en autoritetsperson. ”... *den autoritære legerolla, altså der legen definerer hva som er bra for pasienten og hva slags liv som er bra for pasienten. Den er jo på en måte ... i stor grad ute, eh ... jeg trur nok at det å innse at det er, at det er folk sjøl som på en måte sjøl definere livet sitt og hva som er et godt liv. Og vi kan jo være en, en ... samtalepartner i forhold til det.*” (L17)

Et par av legene oppfattet det som at den autoritære legerollen var på vei ut, og beskrev dagens legerolle som oppsplittet og udefinert. En lege uttrykte det som at legene hadde en annen oppfatning av sin status i dagens samfunn enn det omverdenen har. Legekollegiet oppfattet det som om at de har liten status i samfunnet, og at det er få som lytter til de råd som legen gir. Samtidig hadde samfunnet stor tro på det legen sa, og

dermed rangerte legens prestisje betydelig høyere enn legene selv. ” ... *sånn at vår opplevelse av virkeligheten er helt annerledes enn det folk egentlig mener, så jeg trur at vi egentlig ikke vet hva folk egentlig forventer, og jeg tror det trengs mer forskning på folks på forventninger til oss ...*” (L3)

Legene hadde forskjellige oppfatninger av hva legerollen innebar og hvilke forpliktelser og muligheter man som lege har når det gjelder livsstilsintervensjon.

Suksesskriterier og skremselspropaganda

Legene oppga forskjellige årsaker til at de valgte å ta opp disse temaene i situasjoner knyttet til livsstilsintervensjon og endring av levevaner, og hvordan de opplevde mulighetene for å lykkes. De beskrev også ulike konsekvenser og effekter av dette arbeidet. ”*Men det er jo litt sånn smitteeffekt, klarer vi å få en til å trimme så kanskje de får med seg en venninne. Får vi en til å legge om kostholdet så ... må gubben spise det samme som kjerringa...*” (L5)

Flere av legene oppga betydningen av selv å kjenne til metodene de anbefalte, f.eks. at man selv prøvde å være regelmessig aktiv. En lege oppfattet det som lettere og mer naturlig å anbefale noen man drev med selv og hadde kunnskap om. En annen beskrev hvordan man i egenskap av å være lege skulle fungere som rollemodell. Samtidig uttrykte denne legen en del tanker om troverdighetsprinsippet når det gjelder å gi kostholdsråd hvis man selv er overvektig. ”... *men jeg tror i hvert fall at i forhold til rollemodellene, så tror jeg vi må ha oss, både den erfaringen vi har, den kunnskapen vi har og den vi er, og så. Jeg tror ikke nødvendigvis, eller det er kanskje bare en rasjonalisering. Jeg tror ikke nødvendigvis at vi behøver å være helt sånn supersunne og friske og følge alle våre råd selv om vi likevel vet hva det betyr.*” (L23)

Flere av legene opplyste at de ikke benyttet noen bevisst motivasjonsteknikk i sitt motivasjonsarbeid, og noen av dem ønsket kurs i den motiverende samtale. Samtidig beskrev enkelte av dem individuelle metoder de benyttet seg av når de snakket om livsstil med sine pasienter. En lege understreket betydningen av å legge vekt på de individuelle behov og oppfatninger hos pasienten i rådgivningen. For noen pasienter kan pizza være en del av det daglige kostholdet, mens andre har helt andre oppfatninger av riktig kost. Samme lege uttrykte viktigheten av å ta en anamnese med hensyn til kosthold, aktivitet og røyk, slik at man fikk en oppfatning av hvordan man skulle utforme sin rådgivning. En annen lege beskrev hvordan data- og journalsystemet kunne benyttes som en påminnelse om å drøfte levevaner med pasienten, selv om pasienten kanskje ikke ønsket dette i første omgang. I neste konsultasjon kunne det kanskje være aktuelt med endringer.

Noen av legene beskrev de pedagogiske sidene ved denne typen arbeid. En lege likte godt å tegne for pasienten fordi det medførte en tilleggsinformasjon. Andre opplevde det som en utfordring. En lege beskrev viktigheten av å gjenta informasjon, gjerne på litt forskjellig måte og med forskjellig tilnærming. Samtidig var faren at pasienten oppfattet det hele som unyansert og unødvendig informasjon: ”*Det er en fare med det der med å gjenta ... det er klart at i pedagogikken ... men jeg syns det at skal man få noe til å gå inn mest mulig i en konsultasjon så det å få sagt samme ... på ... i hvert fall*

to vidt forskjellige måter ... en risikerer at folk føler at en sitter der og gjentar seg selv nesten, men den risikoen får en heller ta.” (L6)

Flere av legene beskrev ulike erfaringer med å bruke skremsel og direkte språk i forbindelse med livsstilsendring. De knyttet også pasienthistorier til slike fremgangsmåter. En del opplyste at å skremme pasienten kunne bidra til livsstilsendring. I den forbindelse beskrev to av legene hvordan man kan nå frem til pasienten på denne måten. Man måtte kjenne pasienten, og pasienter skulle behandles forskjellig. Et tidspunkt eller en bestemt situasjon kunne være utløsende for å bruke skremsel som taktikk, selv om det var vanskelig å definere hvordan. ”... *riktignok må behandle folk helt forskjellig, også må en vite når det er tid for å formulere et slagord ... altså jeg truer med det av og til ... at jeg sier jo ikke alle kommer til å dø av ... det må vite at en må senke det blodsukkeret, det at en ikke skal bli blinde og ikke beina skal råtne og at nyrene skal holde og at hjertet skal holde. Det sier jeg rett ut til nesten alle sammen, og det skjønner man ... det er lurt.*” (L3)

Samtidig var det flere av legene som uttrykte skepsis til skremseltaktikk. En oppga at pasientene kanskje ble litt skremt til å begynne med, men så glemte de det etter hvert. En annen lege opplevde at effektene av en slik taktikk var begrenset og vinklet informasjonen mot de positive nytteeffekter av endring. En tredje lege uttrykte at å være for opptatt av intervensjon ved første konsultasjon kunne bidra til å skremme bort pasienten. ”*Da sikrer vi livskvaliteten best både for pasienten og for doktoren og det du slipper å drive med masse skremselspropaganda som bare gir redusert livskvalitet, og det er egentlig negativ helsegevinst ...*” (L6)

Flere av legene hadde opplevd ulike suksesshistorier i sin pasientbehandling. Ingen av dem hadde noen vitenskapelig forklaring på hvorfor de hadde lyktes, men oppga forskjellige årsaker som kunne ha medvirket. En av legene beskrev sin tilnærming med fokus på å bruke tid og individuell tilpasning til den enkelte. En annen beskrev en suksesshistorie der vedkommende lege hadde bekreftet og utfylt en endringsvillig pasients tanker om endring akkurat i den gitte konsultasjonen. Dette var tilleggsmotivasjonen som skulle til for at pasienten endret en uheldig levevane. Et par av legene beskrev også slike suksesshistorier der man fikk flere pasienter til å endre levevaner gjennom en form for smitteeffekt, og at dette kunne skje i perioder. Legene oppga at de som utløste en slik effekt, var personer med et stort nettverk i sitt lokalmiljø. ”... *det som har skjedd med det, de som har slutta å..., å røyke så har det på en måte virka litt lett, men det trur jeg ikke er bare på grunn av ... oss på legekontoret, men fordi vi har da vært litt heldige med noen, og så har det vært en sånn smitteeffekt ... så det har spredd seg på en måte.*” (L14)

Legene beskrev forskjellige opplevelser og erfaringer med bruk av skremseltaktikk som en metode for livsstilsendring. De mente at suksesshistorier bidro til at de opplevde å ha lyktes med sin intervensjon, men det fremkom ikke noen klare forklaringer på hva som lå bak suksessene.

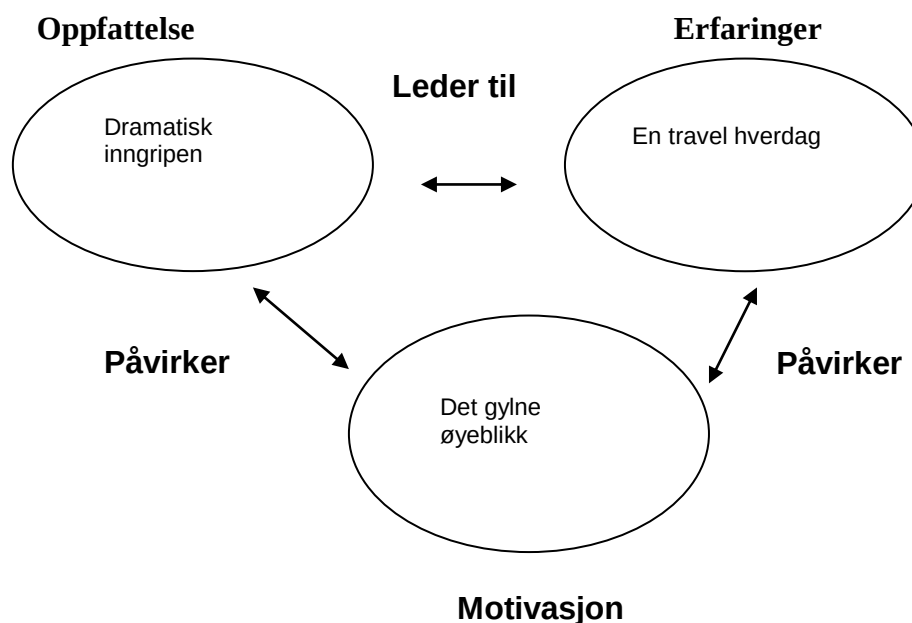
Syntese av resultat

Resultatene av fokusgruppediskusjonene viste at flere av de allmennpraktiserende legene oppfattet livsstilsintervensjon som en dramatisk inngripen i pasientens liv. De oppga ulike faktorer som er vanskelige og problematiske i dette arbeidet, herunder forskjellige kulturelle ståsteder, maktrelasjonen overfor sine pasienter og et etisk dilemma. Samtidig ble en uklarhet når det gjelder begrepene intervensjon og rådgivning beskrevet.

En travel hverdag beskrev de utenforliggende forhold som legene erfarte virket begrensende for intervensjon i levevaner, så som vurdering av kost/nytte-effekter, travle arbeidsdager, tungvinte systemer og rutiner samt legenes utdannelsessystem som en utenforliggende faktor. Deres faglige ståsted preget dem i de avgjørelser som ble fattet med hensyn til behandling av pasienter i det daglige. Livsstilsintervensjon innebær bruk av helsefremmende prinsipper som ikke alltid biomedisinsk evaluerbare. Dette medførte en usikkerhet i effekten av intervensjon. Intervensjon skjer primært i en sekundærforebyggende fase.

Samtidig oppga de at det finnes gylne øyeblikk, og kategorien ble beskrevet med karaktertrekk i et helsefremmende arbeid. Hvilke faktorer som utløste slike øyeblikk, og hvem som tok initiativ, oppfattet legene som mer tilfeldig. En syntese av resultatene har blitt gjort og beskrives i nedenstående modell.

Figur 1: Modell for praksisendring



Modellen beskriver at et økt fokus og større bevissthet rundt de positive situasjoner som bidrar til intervensjon, "Det gylne øyeblikk", kan påvirke positivt de andre faktorene som legene beskrev som en dramatisk inngripen og en travel hverdag. Faktorene i "Det gylne øyeblikk" kan motivere for en positiv praksisendring som påvirker legenes individuelle oppfattelse av dramatisk inngripen i pasientens liv. En tydeliggjøring av

faktorer som oppfattes dramatiske kan igjen lede til å forklare ulike faktorer i hva legene erfarte i kategorien ”En travel hverdag”.

Som det fremkommer av fokusgruppediskusjonene, er alle former for evidens (kvalitativt/kvantitativt) viktige grunnlagsfaktorer som bidrar til å skape ”Det gylne øyeblikk” fordi det kreves at denne kategorien skal fungere som en sentral motivasjonsfaktor i endringsarbeidet. I kategorien ”Det gylne øyeblikk” beskrev også legene suksesskriterier for sitt intervensjonsarbeid, og flere oppfattet dette som en prosess som foregår i et tidsspenn. Dersom det legges større vekt på det kvalitetsmessige innholdet i kategorien, kan ”Det gylne øyeblikk” blir en planmessig prosess som ivaretar syntesen av et likeverdig pasient–lege-forhold med et salutogent perspektiv.

7. Diskusjon

Hensikten med studien har vært å beskrive og belyse allmennpraktiserende legers oppfatning av hvordan oppfølgingstiltak på levevaneområdene fungerer og hva som motiverer legene til rådgivning på området. Videre har det vært sentralt å beskrive allmennpraktiserende legers ulike erfaringer av å arbeide som folkehelsearbeidere og å jobbe ut fra et helsefremmende perspektiv med fokus på livsstilsintervensjon. Ved en syntese av resultatene er en modell utarbeidet for praksisendring og kan bidra til å utdype studiens hensikt. Det er relevant å knytte modellen til anvendbar teori på området.

Legene synes å oppfatte livsstilsintervensjon som et negativt ladet begrep. Samtidig oppga flere av dem at de ikke hadde betenkeligheter med å gi pasienter råd om å endre livsstil. Begrepet intervensjon er flertydig, men oppfattes som en mer aktiv handling innen helse- og sosialfaget for å få en pasient til å endre uheldig atferd. Denne intervensjon skjer tidlig i en problemutviklingsprosess før det foreligger en manifest diagnose som krever behandling (112). Veiledning (113) kan i større grad oppfattes som et paraplybegrep som også omfatter rådgivning. Hensikten med veiledning er å stimulere til læring og utvikling gjennom en toveisprosess som innebærer delaktighet fra impliserte parter. Med dette perspektivet stilles det således spørsmål ved om tidlig intervensjon kan betraktes som en del av det helsefremmende arbeidet.

Coreil m.fl. (114) viser til at begrepet livsstil er problematisk å definere og har heller ikke noe entydig innhold. Det kan benyttes både i en mer snever forstand til å betegne helserelaterte levevaner, og som en bredere betegnelse på individets verdimessige orientering – handlingsmønstre. Det innebærer ulike former for atferdsrutiner, vanemessige handlinger som preger individet i det daglige (48). En mer sosiologisk oppfatning av livsstil (115) innebærer at begrepet er et uttrykk for sosial tilhørighet og sosial kapital. Dette gjør at bruken av begrepet bidrar til at legene hadde ulike oppfatninger og dermed ulike tilnærmingemetoder til å arbeide med livsstilsendring.

Det helsefremmende perspektiv blant allmennpraktiserende leger

Gjennom fokusgruppediskusjonene fremkom det at mange av legene opplevde en dreining fra kurativ behandling til krav om mer forebyggende behandling i allmennpraksis. De fleste legene uttrykte at hvis man skulle lykkes i folkehelsearbeid,

måtte dette settes inn i et samfunnsmessig perspektiv der hovedansvaret legges på politikerne. Når det gjaldt individrettede arbeidet, ga en del av dem uttrykk for at de ikke anså det som sitt ansvar å drive folkehelseopplysning. Deres primæroppgave var å gjøre folk friske når de var syke. Samtidig uttrykte flere usikkerhet til om de kjente til pasientens reelle behov. Funnene fremstår som komplekse og bør utdypes med utgangspunkt i relevante studier.

Jacobsen m.fl. (66) viser i sin studie at hvis man skal få til en endring i allmennpraksis, må både den medisinske profesjonen og de ansvarlige for utformingen av helsepolitikken ha en felles forståelse av mål, verdier og arbeidsforhold. Også McKinley har funnet at legenes oppfatning av helsefremmende arbeid under pasientkonsultasjoner er uklar, og de ga uttrykk for både usikkerhet og ambivalens. Manglende tid og mangel på evidens syntes å være sentrale barrierer for å ha et slikt perspektiv i praksis (116).

Bruce og Burnett (117) viser at legene er usikre på sine evner til å bidra til effektiv forebygging i forbindelse med livsstilsrelaterte sykdommer i et befolkningsperspektiv. Noe av usikkerheten skyldes at disse sykdommene er spredt rundt i befolkningen og er i høy grad preget av sosiale normer. Manglende relevant materiale og klare retningslinjer bidrar til mindre prioritering av forebyggende helsearbeid. Liknende funn beskriver Lawlor m.fl. i sin studie (65), som også viser at allmennpraktiserende leger i liten grad har et befolkningsperspektiv i sin livsstilsrådgivning, men heller foretrekker en høyrisikotilnærming. Det konkluderes med at mye ressurser eventuelt må benyttes for å overbevise legene om å innta et tydeligere befolkningsperspektiv i sin praksis.

Som tidligere vist kan begrepet helsefremmende arbeid defineres og tolkes på forskjellige måter, noe som innebærer ulike oppfatninger av om den helsefremmende intervensjonen bør skje på samfunns- eller individnivå (87). På individnivå innebærer det at legen skaper forutsetninger for at pasienten kan ta ansvar for egen helse (71,88). Derfor stilles det også forventninger fra sentralt hold om at helsefremmende arbeid skal være en integrert del i allmennlegenes arbeid, ut i fra at de i sin pasientkontakt på et individuelt nivå har gode forutsetninger til å kunne ta opp livsstilsrelaterte emneområder (3). Johansson m.fl. (116) viser i sin studie til at en del leger faktisk stiller seg positive til et slikt perspektiv. Lawlor m.fl. (65) fant derimot at legene tvilte på om deres innsats var virksom med hensyn til den generelle folkehelsen. De hadde i større grad et fokus på sekundærpreventive tiltak. Studiet avdekket også at legene mente at en folkehelseilnærming kan bidra til medikalisering av sosiale problemer med fare for å gi den enkelte pasient skylden (*victim blaming*). Slike holdninger ble også uttrykt fra et par av legene gjennom fokusgruppediskusjonene.

Maktrelasjon til pasientene, hva med empowerment?

Legene var opptatt av maktrelasjonen i forholdet til pasientene. De mente at de kanskje tillegger seg selv for mye makt, eller har høyere forventninger til seg selv i disse relasjonene enn samfunnet og pasientene har. Det kunne etter hvert føre til en mer resignert holdning ved at en del leger ikke ga pasienter råd om endring av livsstil såfremt ikke initiativet kom fra pasienten selv. Samtidig uttrykte også en del av legene frustrasjon over at pasientene ikke fulgte råd som ble gitt, og opplevde derfor at det ikke

hadde noen hensikt å gi råd til pasienten om livsstilsendring. Noen leger nevnte også faren for å bli utbrent hvis de fordypet seg i denne typen arbeid.

Det vises til forskjellige studier (68,69) der pasienten kan ha stor interesse av å delta i programmer som kan bidra til endring av u hensiktsmessige levevaner. Pasientene stiller seg positive til både spørsmål og intervensjoner som berører deres livsstil i større grad enn legene er klar over (68,69).

Når legene likevel valgte å gi råd om livsstilsendring, beskrev en del at de baserte sine råd på mer tilfeldig allmennkunnskap (aviser, tv osv.). Legenes kunnskap kom i konkurranse med den øvrige informasjonsstrømmen i dagens samfunn som pasientene også har tilgang til. Dermed kan pasientene selv velge det de anser som hensiktsmessig informasjon. Videre fremkom det at legene stilte høye krav til sin medisinske kunnskap. De anså det som viktig å vite mer enn pasienten for å ikke svikte pasientens ulike behandlingsbehov.

Legene har en biomedisinsk utdannelsesbakgrunn som tar utgangspunkt i sykdomsbegrepet (89,90). Å jobbe med endring av livsstil tar utgangspunkt i et helsefremmende perspektiv (88,118). Det hele kan bidra til et spenningsforhold, og et dilemma kan oppstå som ikke alltid løses profesjonelt av legene (63,64). Ifølge Goodyear-Smith m.fl. (119) er makt et uunngåelig aspekt ved alle former for sosial kontakt. De mener at legene trenger makt for å utføre sine obligatoriske plikter ikke bare overfor den enkelte pasient, men også ut fra et samfunnsperspektiv. Pasienten på sin side trenger makt for å formulere behov og ønskede helseeffekter. Selv om det ikke alltid er mulig å sikre empowerment for alle parter i en gitt situasjon, vil et viktig prinsipp være i størst mulig grad å bistå i utviklingen av et likeverdig forhold basert på autonomi og samarbeid. Et slikt prinsipp vil være i samsvar med aktuelle etiske kriterier. Mangel på samarbeid mellom lege og pasient kan bidra til uklarheter med legen i en ”dobbeltrolle” overfor både pasienten og samfunnet for øvrig. Uklarheter kan oppstå, noe Badcott (91) beskriver som en del av medisinsk paternalisme.

Flere forfattere (120,121) beskriver en ny generasjon pasienter som i økende grad har tilgang til detaljert og kompleks informasjon gjennom internett. Dette innebærer en radikal endring fra krav om eksklusiv til delt kunnskap, noe som også kan virke utfordrende på den biomedisinske tankemodellen der legene tradisjonelt har hatt ekspertrollen. McGregor (120) påpeker at den kulturelle oppfatningen av medisin er i endring, men hvis den nye agendaen skal ha en reell mening og fremskritt, må dette aksepteres i alle samfunnslag. Videre forutsettes det at pasienten får større kontroll over sin situasjon, hvilket innebærer at legen må avgi makt og styring (94,95). I henhold til Gorin og Arnhold kan dette medføre et paradigmeskifte innen helsevesenet, fra et sykdomsperspektiv til et mer helsefremmende perspektiv (122).

I henhold til vitenskapsteoretiker Kuhn (123) skjer et paradigmeskifte når strukturer i et system endres, hvor oppdagelsen av at de fakta som virker signifikante og u diskutabelt sanne, ikke nødvendigvis kan forklares gjennom en bestemt modell. Et sentralt element for et slikt skifte er sterk stimulans og raskt endrede omgivelser. Partene som er mest involvert, er ofte de siste som oppfatter at dette skiftet har oppstått. Schon og Stanley

(124) viser til en pågående debatt om et paradigmeskifte innen evidensbasert medisin. De hevder at det vil være nyttig å diskutere innholdet og verdien av evidensbasert medisin, spesielt på systemnivå. Dette kan medføre en forskyvning av maktprinsipper fra en biomedisinsk tilnærming til empowerment, som f.eks. beskrives av Berger m.fl. (90). Et slikt prinsipp bør også få innpass i de medisinske utdannelsessystemene.

Flere studier (125,126) beskriver ulike effekter av maktskiftet mellom lege og pasient, med fokus på mer makt til pasienten og mer likeverdige avgjørelsesprosesser vedr. behandling. Spesielt når det gjelder fastlegereformen er disse funnene interessante. Leger som er positivt innstilt til et likeverdig forhold, henviser i mindre grad til spesialhelsetjenesten (125,126). Ved at pasienten har fått mer makt ser det ut som legenes rolle som portvokter til spesialisthelsetjenesten har blitt forminskert (126). Carlsen m.fl. (127) påpeker videre at det er viktig å ha en forståelse for sammenhengen mellom bruk av økonomiske insitamenter, styringsprosesser i helsetjenesten, økt pasientmakt og legenes villighet til å bidra til effektiv og likeverdig ressursfordeling. Legenes evne til å ta til seg kliniske retningslinjer er varierende. For å øke bruken av disse bør primærhelsetjenesten bli mer involvert i utformingen av dem, og prosessen bør være klar og fokusert når det gjelder både krav til evidens og økonomiske betraktninger (128).

Gjennom analysen av fokusgruppediskusjonene fremkom det at noen av legene la vekt på viktigheten av å bygge allianser med pasienten gjennom likeverdighet og samhandling. I en del situasjoner ble positive gjennomslag for endringer beskrevet. Pasienten hadde tatt ansvar. Dette er viktige prinsipper for empowerment, og det er grunn til å spørre om hvorfor ikke alle de allmennpraktiserende legene legger prinsippet for empowerment klarere til grunn i sin daglige praksis. Mc Kay m.fl. (129) påpeker at empowerment i allmennpraksis kan være med på å hindre stress, frustrasjon og utbrenthet hos legen fordi den enkelte lege ofte har en forventning til seg selv om å ville hjelpe til med alt og å påta seg et totalansvar som i praksis er umulig.

Empowerment kan medføre endring i pasientens selvbylde (93). Nettopp gjennom å styrke pasientens egne krefter bidrar man til å motvirke undertrykking på ulike plan, altså en salutogen prosess (82). I denne sammenhengen vil begrepet *self efficacy* være sentralt. Det innebærer tiltro til egen evne til å gjennomføre en handling (48). I henhold til Ottawa-charteret forutsetter dette et *bottom up*-perspektiv med stor grad av *adherence*, altså en motsetning til den biomedisinske tilnærming. Laverack (130) løfter frem at et helsefremmende arbeid ofte bidrar til en spenning mellom handlinger og tiltak mellom *bottom up* og *top down*, der førstnevnte begrep ofte kobles til empowerment i helsespørsmål. *Top down*, derimot, er mer koblet til sykdomsforebyggende arbeid og biomedisinske indikatorer. Laverack beskriver spenningen mellom disse to forholdene som uløselig og foreslår dermed å utvikle en tilnærming hvor begge perspektiver ivaretas.

Hjorts tankemodell (97) for helsefremmende arbeid bidrar til å klargjøre at det ikke nødvendigvis går noen klar skillelinje mellom sykdomsrelatert arbeid og helsefremmende arbeid. Her gis et bredt spekter av handlingsalternativer i møtet med den enkelte pasient. I den ene ytterligheten (*sykdomsarbeid*) er det behov for behandling

og rehabilitering, altså en mer biomedisinsk tilnærming, mens i den andre ytterligheten (*helsearbeid*) settes mer befolkningsrettede strategier i fokus, ved at pasienten settes inn i en mer sosial kontekst, helsefremmende arbeid. Hjorts tankemodell ivaretar et salutogent overbyggende perspektiv (80).

Ulik kultur, konsekvenser for livsstilsrelatert rådgivning

I studien fremkom det at flere av legene opplevde det som om de selv og pasienten hadde et forskjellig kulturelt ståsted. Dette ble beskrevet som vanskelig og begrensende når de skulle formidle betydningen av å endre livsstil. Begrepet kultur ble oppfattet forskjellig av legene avhengig av etnisitet, kjønn, yrke og sosial tilhørighet. Flere av legene uttrykte at sosial status kunne fungere som et hinder for hvor motiverte pasientene var for endring. Mange av legene opplevde at folk med høyere sosial status oppsøkte dem hyppigere for helsekontroll, og var samtidig mer motiverte og tilgjengelige for endring av livsstil. Noen av legene beskrev dette som en lettere gruppe å snakke med. En gruppe der de også opplevde å lykkes med sine råd.

Disse funnene underbygges av ulike studier der det vises til at sosiale og kulturelle omgivelsesfaktorer er avgjørende for den enkeltes helse og livsstilsvalg (63,117). Likeledes viser andre studier hvordan hensiktsmessige helsevalg ofte er betinget av utdannelsesnivå (27,28). Kark og Rasmussen (27) og Kivimaki m.fl. (28) viser i sine studier at det er en sammenheng mellom sosiale ulikheter og eksponering for ulike helserisikoer i samfunnet. Det kan påvises en sammenheng mellom økt hyppighet av for eksempel overvekt/fedme og eksponering for hjerte- og karlidelser med basis i utdannelsesnivå. Funn (31,41,43) viser at andelen med høyest fullføringsgrad i ulike typer lavtterskeltiltak er representert ved personer på lavere utdannelsesnivå. Disse har statistisk sett signifikant høyest odds for å øke sitt fysiske aktivitetsnivå gjennom denne typen oppfølging. Likeledes viser funn at gruppen som nyttiggjør seg tilbudet, er middelaldrene kvinner med sammensatte diagnoser (9,41,42). Det er derfor uheldig at legene er usikre på effekt av et endringsarbeid som innebærer helsefremmende prinsipper fordi de anser at pasientens sosial tilhørighet som en begrensende faktor (63,117).

Det fremkommer også forskjeller mellom kjønn, sosial status og hyppighet når det gjelder legekontakt. Vedsted m.fl. (131) gjennomførte en studie med både mannlige og kvinnelige pasienter der hensikten var å avklare om det var noen forskjell i hyppighet når det gjaldt legekontakt. Det var antatt at hyppige besøk ofte var betinget av et dårligere sosialt nettverk. For menn var økt hyppighet betinget av manglende jobb og bo alene. For kvinner var hyppigheten betinget av manglende utdanning og manglende jobb. Eakin m.fl. (132) har funnet at de gruppene i befolkningen som hyppigst mottar råd om endring av levevaner, oftest er menn og personer med høyere utdanning. Menns sykdom og lidelser blir i større grad prioritert enn kvinners (133). Når det gjelder funn i foreliggende studie, skilte ikke legene klart på om det var noen forskjell i behandlingen av menn og kvinner. Imidlertid oppga en del leger at folk med lavere sosial status oppsøkte dem når det var for seint, dvs. når en lidelse hadde blitt manifest.

Ulikt kjønn og sosial klasse er en kompliserende faktor i kommunikasjonsprosessen mellom lege og pasient. Ogden (72) utdyper dette, og en sentral faktor er pasientens

compliance. Oppfattelse av det som blir sagt, at man forstår det, påvirker tilfredshet og evne til samarbeid. Det er også viktig at legen forstår problemet og følger dette opp. Charles m.fl. (134) viser til at ulike kulturelle nivåer og oppfatning av kultur fungerer som en underliggende faktor i møtet mellom lege og pasient. Oppfattelsen (72) av at det er pasientenes egen skyld at de har kommet i en uhelsesituasjon, at de ikke vil motta råd (*victim blaming*), kan oppstå. Dette kan også underbygges med funn i foreliggende studie, der et par av legene beskrev røykende pasienter som tapere.

Berger m.fl. (90) viser et skille mellom biomedisinsk tilnærming og empowerment innenfor sentrale områder i pasient–lege-kommunikasjonen. Tidligere var det forventet at pasienten skulle ha *compliance* til legens råd. Når behandlingen mislyktes, ble ansvaret ofte lagt på pasienten. Overtalelse og manipulering var en del av strategien (135). Rollnick m.fl. (136) viser til at dette sjelden er effektivt, spesielt når det gjelder pasienter som kan være ambivalente til endring eller mangler selvtillit for å gjøre dette. Det kan i stedet bidra til at pasienten velger å forsvare seg. Empowermentmodellen innebærer *adherence*, en form for avtale mellom partene om et likeverdig ansvar for å oppnå forhåndsavtalte endringer. Det innebærer at legen har en forståelse for pasientens situasjon og ståsted.

Intervensjon, et etisk dilemma?

Flere av legene betraktet det å intervenere i folks livsstil som et etisk dilemma. De var opptatt av pasientens frie vilje og evne til å ta valg, og uttrykker dette som en begrensende faktor for livsstilsendring. Legene ønsker ikke å virke moraliserende overfor pasienten. Imidlertid fremkommer det i fokusgruppeintervjuene at en del velger en mer aktiv tilnærming til livsstilsintervensjon, herunder både bruk av skremsler og direkte tale.

Funnene er forenlige med en dansk, kvalitativ studie (66) der det fremkommer at en del allmennpraktiserende leger oppgir liknende etiske betenkeligheter ved livsstilsintervensjon. Innen biomedisinsk etikk beskrives fire etiske hovedprinsipper som legges til grunn innen kurativ medisin, nemlig respekt for autonomi, lovlighet, velgjørenhet og rettferdighet (137). Getz m.fl. (138) oppfatter disse prinsippene som statiske og lite egnet som verktøy for fremtidig planlegging, målsetting og prioriteringer og som overordnede koordinatore for medisinsk behandling. Prinsippene viser seg også vanskelig omsettbare innen mer forebyggende medisin, noe som kan bidra til at det oppstår nye og uvante etiske dilemmaer på området. Dette fordi det nå i økende grad er større politisk opptatthet av forebyggende medisin. Dermed bør kritisk selvrefleksjon bli ansett som en innlysende aktivitet innen enhver profesjon (138).

Bremberg og Nilstun (139) utførte en studie som omfattet allmennpraktiserende legers håndtering av, og hvilke tanker de legger til grunn i, situasjoner der det er en mulig spenning mellom forpliktelsen til å respektere pasientens rett til selvbestemmelse og legenes forpliktelse til å bedre deres helse. Yngre og eldre leger har en ulik tilnærming til pasienter som motsetter seg forskjellige former for behandling. De fleste legene responderte på at pasientens rett til å bestemme selv har prioritet. Men hvis de finner at intervensjon er nødvendig for å bedre helsen, ville de ha jobbet for det. Eldre leger fant det mer hensiktsmessig å overtale pasienten til å oppsøke dem på nytt i forbindelse med

denne typen behandling, mens yngre leger i større grad var negative, med henvisning til manglende medisinsk utbytte, vanskelige pasienter, selvforsvar og rettferdighet. Bremberg og Nilstun konkluderer med at i forbindelse med denne typen etiske konflikter som oppstår i daglig praksis, kan det diskuteres om etikkreglene i medisin blir for kategoriske til å virke veiledende, hvilket er sammenfallende med Gertz m.fl. (138). Resultatene i den foreliggende studie tyder på at det er de samme mekanismene som beskrives når en del av legene vegret seg for å intervenere når det gjaldt livsstilsendring. Imidlertid fremkom det ikke spesifikt om det er yngre eller eldre leger som benyttet denne taktikken, fordi dette varierte noe fra fokusgruppe til fokusgruppe. Det fremkom heller ikke klare kjønnsforskjeller.

Fastlegeordningen

Levevanesykdommer på global basis vekker bekymring med hensyn til økt mortalitet, tidlig død og økte helseutgifter (1,11,12,14-16). Det er klart at et slikt perspektiv vil få konsekvenser for den enkelte kommunes helse- og sosialbudsjett. Sandviks evaluering (49) viser at det tidligere har vært fremmet ønsker fra allmennleger om at mer av det forebyggende arbeidet burde foregå på fastlegens kontor, slik det ofte er i andre land med liknende ordning. I motsetning til hva som er tilfellet i offentlig allmennmedisinsk arbeid, kan fastlegene ikke pålegges samfunnsmedisinske oppgaver (miljørettet helsevern, smittevern osv.), og det er vanskelig å få disse legene til å ta større del i tverrfaglig arbeid. Samtidig må det understrekes at også kommunen har et lovfestet ansvar for å ivareta folkehelseperspektivet i sin helsetjeneste, ikke bare den enkelte lege (47).

Flere av legene i fokusgruppene opplevde fulle pasientlister og manglende tid til mer rådgivende arbeid som en stressfaktor, og dette ble også en konkurrent til rutinemessige oppgaver. Imidlertid uttrykte andre leger alternative løsninger for å slippe "tidsklemma", herunder å sette opp ny tid, dobbelttime osv. En del av legene i gruppene beskrev pasientene sine gjennom en form for kategorisering (enkle pasienter/vanskelige pasienter). De vanskelige pasientene mottok ikke råd om livsstilsendring. Samtidig fremkom det i fokusgruppediskusjonene at mange av legene brukte mye tid til omsorg og oppfølging av de mer komplekse pasientene.

Ovennevnte evaluering viser stor grad av pasienttilfredshet (49). Imidlertid uttrykker pasienter med mer komplekse problemer mindre tilfredshet med denne ordningen enn med tidligere ordninger fordi legen oppfattes som travel og ikke kan belemres med tidkrevende problemer. Legen på sin side melder her at takster og egenandel skaper begrensning overfor denne gruppen. Samtidig er tilgjengelighet for grupper med spesielt store konsultasjonsbehov vanskelig, særlig der legene har lange lister. Av evalueringen fremkommer det at man helst vil unngå personer med komplekse lidelser, og en strategi er å ha lukkede lister for disse. Pasienter med mer komplekse problemer blir dermed uønskede pasienter. Dette kan innebære større ulikheter i helse, noe som strider mot nasjonale satsninger (85). Mangel på tid synes å være en begrensende faktor for å kunne drive mer forebyggende helsearbeid, noe som styrkes av andre studier (117,140).

Flere av legene i fokusgruppediskusjonene uttrykte ulike oppfatninger av fastlegeordningen og det finansieringssystemet som er tilknyttet denne. De mente at

dette systemet må legges om slik at det helsefremmende og forebyggende arbeidet ikke kommer i konflikt med den kurative delen. Det ble fremhevet i diskusjonene at takstsystemer kunne bidra til å sette noen prioriterte områder i pasientbehandlingen i fokus og dermed virke begrensende på andre områder.

I fokusgruppediskusjonene oppga flere av legene at de hadde mange ”faste” pasienter. Et par av legene opplyste at de hadde hatt pasienter som var misfornøyde med tjenestene de ytet. Det registreres et økende antall fastleger etter at reformen ble innført (49), noe som i prinsippet medfører økt konkurranse mellom legene og større valgmuligheter for pasientene. Imidlertid er det lokale variasjoner når det gjelder legetilgang. Pasientene har mulighet til å skifte fastlege hvis de er misfornøyde, men en evaluering av fastlegereformen viste at noen pasienter opplevde at friheten til å bytte lege ble sterkt begrenset gjennom regelen om at journalen skal følge pasienten. Da kunne de ikke unnsnippe tidligere legers ”dom”. Legene på sin side skal prioritere sine lister, noe som fører til at ”fremmede” pasienter oftere blir avvist. Dette kan begrense valgmuligheter for legeskifte i kommuner med mer marginal legedekning.

Intensjonen med ordningen er at legen skal fungere som pasientens hjelper, koordinator og portvakt til resten av helsevesenet (49). Tanken her er at behandling og oppfølging skal skje på laveste effektive omsorgsnivå. Paradokset er at legene oppgir at de blir mindre aktive i rollen som portvokter ved at de er mer tilbøyelige til å tøye sine egne faglige vurderinger og statlige retningslinjer for å gjøre pasientene fornøyd. Samtidig kreves i større grad oppdatert kunnskap og oversikt over ”hele kroppen” for å ivareta ovennevnte funksjon. Flere av legene i fokusgruppediskusjonene mente at livsstilsintervensjon kunne medføre en fare for å ”skremme bort” pasienten hvis dette ble tatt opp, altså elementer av et konkurranseforhold og krav til service. Gjennom sin ”portvokterfunksjon” kan en del av legene ha ekskludert pasienter fra lokale lavterskeltiltak fordi den enkelte lege manglet kunnskap eller var lite fornøyd med rutiner og tilbud tilknyttet de lokale lavterskeltilbudene. Graham m.fl. (55) har funnet liknende resultater når det gjelder portvokterfunksjonen. I den foreliggende studien fremkom det at når det gjelder legenes henvisning til disse tilbudene (frisklivssentraler el.), skjedde dette på en usystematisk måte. De uttrykte også blandede meninger om sin betydning for pasientens eventuelle aktivitetsendring.

Med basis i evalueringen som er foretatt, vises det til at i småkommuner er det gode samarbeidsrelasjoner til kommuneadministrasjonen, og potensialet for forebyggende medisin utnyttes bedre (49). Å ha gode lavterskeltilbud tilgjengelig i nærmiljøet kan være en investering i folkehelse (17,18). Funn i foreliggende studie viser at en del av legene i de mindre kommunene hadde et klarere folkehelseperspektiv. De opplevde sterkere tilknytning til kommuneadministrasjonen enn de andre legene. Legene i de større kommunene og byene uttrykte en distanse mellom sin legepraksis og det øvrige tilbudet i kommunen. Et par av legene i denne studien hadde også en form for mistillit til de politiske avgjørelser som ble fattet i kommunen. Det er en utfordring å skape en forståelse for sammenhengen mellom bruk av økonomiske insitamenter tilknyttet styringsprosesser i helsetjenesten (127).

Biomedisinsk forskning og tilnærming eller SOC?

Gjennom fokusgruppediskusjonene fremkom det klart at flere av legene mente det var vanskelig å evaluere det helsefremmende arbeidet. Flere av legene oppfattet at ulike biologiske parametere er basis for de vurderinger som ble foretatt i den medisinske praksis. Denne skepsisen kan utdypes gjennom ulike studier. Evaluering av intervensjoner på levevaneområdet i helsetjenesten er fortsatt et relativt nytt forskningsfelt, og studiet på området viser blandede resultater på ulike typer intervensjoner innen aktuell sektor (7,51-54). Mc Kinley m.fl.(116) har påvist at manglende evidens i helsefremmende arbeid bidrar til skepsis. Det er problematisk å gi gode råd når man ikke kan støtte seg til klare diagnoser, veldokumenterte risikofaktorer og erfaring med effektive intervensjoner (141). Enda vanskeligere er det å påvirke pasientens hverdagsvaner (142,143). Som det fremkommer, kan det ikke umiddelbart appliseres et krav om evidens innen det helsefremmende arbeidet.

Det fremkom også av fokusgruppediskusjonene at legene hadde forskjellige oppfatninger av hva vellykket behandling innebar, noe som kan skape grunnlag for en verdikonflikt. Flere av legene uttrykte skepsis når det gjaldt både å tillegge biomedisinske kriterier for stor betydning og bruk av medikamenter som en lettvinnt løsning. De oppfattet pasientens tilfredshet og glede ved endret livsstil som en parameter for vellykket intervensjonsarbeid.

Ashenden m.fl. (144) påpeker at det er behov for ytterligere omfattende forskning på feltet hvis det skal settes inn offentlige ressurser på at et helsefremmende arbeid skal implementeres i legenes praksis. Barry (145) påpeker at det finnes overbevisende argumentasjon for å bruke multiple metoder for datainnsamling. Dette bidrar til å klarlegge data som ikke umiddelbart fremkommer. Også McKee (57) løfter frem disse utfordringene, men oppfordrer til tross for dette profesjonelle helsepersonell til i større grad å bli talsmenn for det helsefremmende arbeidet istedenfor bare å bli en del av et ”reparasjonsteam”, slik tradisjonelle helsetjenesten kan oppfattes.

Det er viktig å utvikle helsefremmende forskningsmetoder for å tydeliggjøre Ottawa-charterets hovedinnhold, å muliggjøre prosessen som fører fram til at mennsker kan få et godt liv (96). Innen helsefremmende forskning finnes det ulike metoder for å fremskaffe evidens. Antonowsky anså SOC som en målbar verdi (81). Eriksson og Lindström (146,147) beskriver SOC som en hovedfaktor for å forklare helse. Samtidig kan det også benyttes som en indikasjon for å forutsi helse. SOC anses som en sentral faktor for å påvirke livskvalitet. Ifølge Eriksson og Lindström anses SOC-skalaen å ha det tydeligste fokus på helsefremmende arbeid, og er et anerkjent og valid instrument for å måle helse og livskvalitet (146,147). I tillegg finnes det andre standardiserte målemetoder innen helsefremmende forskning. SF-36 er et spørreskjema som kan benyttes for å kartlegge livskvalitet (148).

Kommunikasjonsprosesser og målrettet samtale

Legene opplyste at de benyttet ulike metoder for å drøfte livsstilsendring med sine pasienter. Noen la til grunn en langsiktig og likeverdig tilnærming. Samtidig var det mange som mente at de hadde manglende kunnskap om samtaleteknikk og ønsket opplæring i mer målrettede metoder.

En metode kan være bevisst bruk av motivasjonssamtalen (MI). MI innebærer respekt for pasientens autonomi. Pasienten står fritt til å motta rådgivning eller ikke (70). MI kan implementere *stages of changes* som en planleggingsteori for endring rettet mot aktuell målgruppe (74). Stadiene som fremkommer i denne teorien, kan benyttes til å kartlegge hvor motivert pasienten er for å endre livsstil, hvilket nivå personen befinner seg på og hvorvidt det skjer noen endring i pasientens atferd. Blom viser også hvordan disse endringene er målbare (41). Dermed blir kravet til evidens innen helsefremmende arbeid ivaretatt. Imidlertid er det ulike oppfatninger av hvor effektiv denne metoden er (21, 70-74). Atferd styres ikke alltid av kognitive variabler slik man forestiller seg innen de dominerende sosiale kognitive læringsmodellene (145). Kun et begrenset antall nøkkelfaktorer for helseatferd er vesentlig overlappende for mange av forestillingene (149). Conner og Norman påpeker derfor et behov for utvikling av nye sosiale kognitive læringsmodeller som omfatter nye stadiemodeller som spesielt uttrykker oppfatningen av de faktorer som bidrar i endringsprosessen fra intensjon til atferd (149).

7.1 Vurdering av studiedesign og metodikk

En kvalitativ tilnærming ble valgt ut fra oppgavens hensikt og den utvalgte studiepopulasjonen. Tilnærmingen egner seg for beskrivelse og analyse av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved den medisinske virkeligheten (150,151). Fenomenografisk tilnærming ble valgt fordi studien hadde til hensikt å avdekke variasjonsbredden på et gitt område der det var lagt vekt på å formidle informantens oppfatning av fenomenet uten å gjøre bevisste egne tolkningsvalg (103). Kvaless premisser (105) for evaluering av validitet har blitt fulgt, og fokusgruppediskusjonene betraktes som korrekt gjennomført (150).

Deltagerne i fokusgruppediskusjonene kan ha selvsensur hvis moderatoren ikke har samme bakgrunn som deltagerne, jf. den faglige konfidensialiteten (105). I foreliggende studie er dette ivaretatt gjennom at JM selv er allmennfaglig lege. Hans yrkesmessige ståsted bidro til å skape en atmosfære av kollegialitet og faglig innsikt. En utfordring i diskusjonene var at noen av deltagerne var mer dominerende enn andre. Dette kunne bidra til at de mindre dominerende deltagerne la en sensur på egne uttalelser. Samtidig bidro JM til å trekke alle parter med i intervjuene. Det må påpekes at innsamlede data kunne ha fått et annet preg hvis det ble gjennomført individuelle intervjuer.

Dårlig lyd kvalitet på opptaksmateriell kan skape skjevheter. Imidlertid har det blitt lyttet til både Mp3-opptak og kassettopptak, noe som vurderes å ha bidratt til god meningsfylde i de nedskrevne data. Det er innhentet litteratur om prinsipper for systematiske review-undersøkelser (152). En del artikler ble hentet fra referanselister i andre studier som virket relevante.

En mulig svakhet ved studien er at det kunne vært benyttet triangulering for å belyse studiens indre/ytre validitet (153). Et eksempel er at det i studien kunne ha vært benyttet mer kvantitative data, f.eks. oversikt over hvor mange tilfeller av tidstakst som innrapporteres til NAV, for å kunne gi en indikasjon om ekstra tid som er benyttet til rådgivning. Videre kunne interaksjonen i gruppene vært studert, noe som ikke ble gjort. Robson (107) beskriver ulike former for trianguleringsprinsipper, herunder

observasjonstriangulering (mer enn én observatør i studien) og teoritriangulering (bruk av multiple teorier eller perspektiver innen et gitt område) (108).

Generaliserbarhet

Den foreliggende studien har en kvalitativ tilnærming, noe som innebærer at informanter, valg av kommuner osv. er basert på et strategisk utvalg. Videre er det få informanter i studien, slik at funn ikke statistisk sett kan gjøres gjeldende for en hel populasjon. Imidlertid har studien blitt validert etter gjeldende kriterier for kvalitativ forskning, og anses dermed å ha høy validitet. Resultatene som fremkommer, kan overføres til liknende forskning i Norden og forhåpentligvis bidra til en dypere forståelse av det undersøkte fenomenet. Det er håp om studien har bidratt til mer grunnleggende kunnskap om hvordan legene oppfatter sin funksjon som folkehelsearbeidere, og en klargjøring vil kunne bidra til en praksisendring i retning av et helsefremmende perspektiv i pasientbehandlingen.

Konklusjon

Det registeres en økende utvikling med privatisering av legetjenestene i flere nordiske land, og funn i aktuelt studie kan være overførbare. Erfaringene fra den norske fastlegeordningen kan tyde på at det skapes både uklarheter i maktrelasjonen mellom lege/pasient og i legens portvokterfunksjon, noe som bidrar til et ”kjøper–selger-forhold”. Stort arbeidspress bidrar til nedprioritering av både statlige og lokale folkehelsesatsninger. Gjennom ny helsereform skal fastlegeordningen styrkes, og her forventes større delaktighet fra legene i det forebyggende arbeidet.

Det er viktig å fremheve at mange av legene i fokusgruppene viste en betydelig omsorg for sine pasienter med hensikt å tilby dem optimal behandling. Men som det fremkom i denne studien, manglet de fleste legene et folkehelseperspektiv i sitt arbeid. Det var tydelig at deres utgangspunkt var patogenetisk, med liten opptatthet av forebyggende arbeid. Manglende kjennskap til empowermentprinsipper og manglende opplæring i samtale- og motivasjonsteknikk gjør at rådgivningsarbeidet blir lite strukturert og kan bidra både til en uheldig maktstruktur og en kulturkonflikt mellom lege og pasient. Imidlertid fremkommer det at allmennlegene i mindre kommuner ser sin funksjon som folkehelsearbeidere klarere.

Å sikre økt legitimitet til folkehelseforskning, og tillit til andre måter eller metoder til å fremskaffe evidens, er en utfordring. Dessverre virker det som om biomedisinske kriterier setter en ”gullstandard”. Både medisinske fagmiljøer og ansvarlige myndigheter bør samarbeide for at det blir lagt mer vekt på og gis større aksept for helsefremmende forskning i medisinsk grunnutdanning.

Det vil være aktuelt med flere studier med fokus på allmennleger og deres kontakt med pasienter på levevaneområdet. Samtidig bør slike studier forsterkes av pasientintervjuer for å få frem pasientenes opplevelser av samtaler med leger når det gjelder livsstilsintervensjon og i hvilken grad de synes at konsultasjonen bidrar til et likeverdig maktforhold. Det introduseres en modell som fremstiller synergieffekten av et sterkere fokus på forskning og innhold i ”det gylne øyeblikk”. For å bidra til praksisendringen

hos legene vil det være hensiktsmessig å drøfte modellen med dem, og at man i samarbeid vurderer tiltak som forsterker innhold og betydning av ovennevnte kategori.

Takksigelser

Å utvikle studien har vært en lang, krevende, men spennende prosess. Til å virkeliggjøre den har jeg hatt mange gode medspillere. Først og fremst takk til Anne Marie, kona mi, for tålmodighet og avlastning i en travel hverdag. Takk til min far, Per, for konsise kommentarer og kritisk gjennomgang. Takk til min arbeidsgiver, Fylkesmannen i Oppland, for økonomisk støtte og permisjoner. Uten gode samarbeidspartnere i folkehelseprogrammet "Opplandsresepten" hadde studien vært vanskelig å gjennomføre. En spesiell takk til Jens Mørch, for hans engasjement og klokhet som moderator. Takk til legene i egenskap av informanter. Det har vært en stor ære å få benytte materialet til Peter F. Hjort, professor emeritus, som også personlig har bidratt med kloke innspill og kommentarer. Hans bidrag innen helsefremmende forskning er fortsatt svært aktuelt. Sist, men ikke minst, tusen takk til min veileder Karin Ringsberg, professor ved Nordiska Högskolan för folkhälsovetenskap. Hennes tålmodighet og kunnskap har vært en sentral drivkraft for at jeg endelig har fullført studien.

Referanser

- (1) Organization WH. The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life (World Health Reports). : World Health Organization.
- (2) Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N.Engl.J.Med.* 2001 May 3;344(18):1343-1350.
- (3) Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge, Folkehelsepolitikken. 2003.
- (4) Bringedal B, Aasland OG. Doctors' use and assessment of a fee-for-service life-style advice scheme. *Tidsskr.Nor.Laegeforen.* 2006 Apr 6;126(8):1036-1038.
- (5) Nylenna M. Livsstilsintervensjon. Available at: http://www.snl.no/.sml_artikkel/livsstilsintervensjon.
- (6) Pedersen BK, Saltin B. Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. *Scand.J.Med.Sci.Sports* 2006 Feb;16 Suppl 1:3-63.
- (7) Hillsdon M, Foster C, Thorogood M. Interventions for promoting physical activity. *Cochrane Database Syst.Rev.* 2005 Jan 25;(1)(1):CD003180.
- (8) Kallings LV, Leijon M, Hellenius ML, Stahle A. Physical activity on prescription in primary health care: a follow-up of physical activity level and quality of life. *Scand.J.Med.Sci.Sports* 2008 Apr;18(2):154-161.
- (9) Båtevik FO, Tønnesen A, Barstad J, Bergem R, Aarflot U. Ein resept å gå for? Evaluering av modellar for fysisk aktivitet, røykeslutt og sunt kosthald. 2008.
- (10) Pedersen BK, Saltin B. Fysisk aktivitet--håndbog om forebyggelse og behandling. København: Sundhedsstyrelsen. ; 2003.
- (11) Katzmarzyk PT, Gledhill N, Shephard RJ. The economic burden of physical inactivity in Canada. *CMAJ* 2000 Nov 28;163(11):1435-1440.
- (12) Kjaer M, Andersen LB, Hansen IL. Physical activity--what minimal level is sufficient seen from health perspective? *Ugeskr.Laeger* 2000 Apr 10;162(15):2164-2169.
- (13) United States. Surgeon General's Office. Physical activity and health: a report of the Surgeon General. : US Department of Health and Human Services Public Health Service; 1996.
- (14) Ezzati M, Rodgers A, Lopez AD, Vander Hoorn S, Murray CJL. Mortality and burden of disease attributable to individual risk factors. Comparative quantification of health risks.Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors 2004;2:2141-2166.
- (15) Vollset S, Selmer R, Tverdal A. Nasjonalt folkehelseinstitutt.Hvor dødelig er røyking? Rapport om dødsfall og tapte leveår som skyldes røyking. 2006(Rapport 2006:4).
- (16) WHO. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2008: The MPOWER package. Available at: http://www.who.int/tobacco/mpower/gtcr_download/en/index.html, 2008.
- (17) Khaw KT, Wareham N, Bingham S, Welch A, Luben R, Day N. Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: the EPIC-Norfolk prospective population study. *PLoS Med.* 2008 Jan 8;5(1):e12.
- (18) Sørensen J, Horsted C, Andersen L. Modellering af potentielle sundhetsekonomiske konsekvenser ved øget fysisk aktivitet i den voksne befolkning. 2005. Odense: CAST, Syddansk Universitet .
- (19) Helsedirektoratet. Nøkkeltall for helsesektoren 2008. Available at: http://www.google.no/search?sourceid=navclient&aq=h0&oq=N&ie=UTF-8&rlz=1T4SUNA_enNO276NO279&q=Nøkkeltall+for+helsesektoren,+2008+-+helsedirektoratet.no, 2009.
- (20) Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N.Engl.J.Med.* 2002 Feb 7;346(6):393-403.

- (21) Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst.Rev.* 2005 Apr 18;(2):CD001292.
- (22) Elley CR, Kerse N, Arroll B, Robinson E. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2003 Apr 12;326(7393):793.
- (23) Marmot MG, Smith GD, Stansfeld S, Patel C, North F, Head J, et al. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet* 1991 Jun 8;337(8754):1387-1393.
- (24) Næss Ø, Rognerud M, Strand BH. Sosial ulikhet i helse, En faktarapport. Oslo: Folkehelseinstituttet 2007.
- (25) Mesrine A. Les différences de mortalité par milieu social restent fortes (Differences in mortality according to social class are still important). *Données sociales* 1999:228-235.
- (26) World Health Organization. Achieving Health Equity; from root causes to fair outcomes. Commission on Social Determinants of Health (CSDH), 2007.
- (27) Kark M, Rasmussen F. Growing social inequalities in the occurrence of overweight and obesity among young men in Sweden. *Scand.J.Public Health* 2005;33(6):472-477.
- (28) Kivimäki M, Lawlor DA, Davey Smith G, Kouvonen A, Virtanen M, Elovainio M, et al. Socioeconomic position, co-occurrence of behavior-related risk factors, and coronary heart disease: the Finnish Public Sector study. *Am.J.Public Health* 2007 May;97(5):874-879.
- (29) Mackenbach JPea. Socioeconomic inequalities in health in Europe: an overview. In: Mackenbach, J.P.; Bakker, M., eds.; *Reducing inequalities in health: a European perspective.* : Routledge; 2002.
- (30) Lindström J, Louheranta A, Manninen M, Rastas M, Salminen V, Eriksson J, et al. The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS): Lifestyle intervention and 3-year results on diet and physical activity. *Diabetes Care* 2003 Dec;26(12):3230-3236.
- (31) Roessler K, Ibsen B, Saltin B, Sørensen J. Fysisk aktivitet som behandling, Motion og Kost på Recept i Københavns kommune. : Syddansk Universitetsforlag; 2007.
- (32) WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity, Diet and physical activity for health. Promoting physical activity for health - a framework for action in the WHO European Region, Steps towards a more physically active Europe. 2006;EUR/06/5062700/10(Istanbul, Turkey, 15 - 17 November 2006).
- (33) Department of Health and NHS. Choosing health. Making healthy choices easier. London: UK , 2004; Available at: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4094550.
- (34) Helsedirektoratet. Psykologer i kommunene- barrierer og tiltak for økt rekruttering. 2008;IS-1565.
- (35) Bull FC, Schipper EC, Jamrozik K, Blanksby BA. Beliefs and behaviour of general practitioners regarding promotion of physical activity. *Aust.J.Public Health* 1995 Jun;19(3):300-304.
- (36) Eakin EG, Brown WJ, Marshall AL, Mummery K, Larsen E. Physical activity promotion in primary care: bridging the gap between research and practice. *Am.J.Prev.Med.* 2004 Nov;27(4):297-303.
- (37) Statens folkehelseinstitutt. FYSS 2008: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, yrkesföreningar för fysisk aktivitet (yfa). http://www.google.no/search?sourceid=navclient&ie=UTF-8&rlz=1T4SUNA_enNO276NO279&q=Fyss+2008 ed.: Statens folkehelseinstitutt; 2008.
- (38) Bahr R(a. Aktivitetshåndboken, Fysisk aktivitet i forebygging og behandling. http://www.google.no/search?sourceid=navclient&aq=h0&oq=aktivitets&ie=UTF-8&rlz=1T4SUNA_enNO276NO279&q=Aktivitetshåndboken ed.: Helsedirektoratet; 2009.
- (39) Den norske legeforening. Normaltariffen, fastlegetariffen 2008. 2008.
- (40) Lægeforeningens portal.dk. Landsoverkomsten, Aftalt forebyggelseskonsult 01-04-2006.

- (41) Ellen Eimhjellen Blom. "Trening på resept": evaluering av et kommunalt, tre måneders individuelt rettet oppfølgingsprogram for pasienter som er blitt henvist til "trening på resept" : en prospektiv intervensjonsstudie med ett års oppfølging. Oslo 2008: Masteroppgave, Norges Idrettshøgskole; 2008.
- (42) Øverbø Helsesportsenter. Partnerskapsavtale i folkehelse: Opplandsresepten, Fysiotekmodellen. Årsrapport 2008.
- (43) Droomers M, Schrijvers CT, Mackenbach JP. Educational level and decreases in leisure time physical activity: predictors from the longitudinal GLOBE study. *J.Epidemiol.Community Health* 2001 Aug;55(8):562-568.
- (44) Helse- og omsorgsdepartementet. Informasjon om fastlegeordningen. Available at: www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/helse-og omsorgstjenester i kommunene/Fastlegeordningen.
- (45) Glenngård AH, Bankauskaite V. Health Systems in Transition. : World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2005.
- (46) Strandberg-Larsen M, Nielsen MB, Vallgård S, Krasnik A, Vrangbæk K. Health Systems in Transition.
- (47) Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om helsetjenester i kommunene. LOV-1982-11-19-66.
- (48) Mæland JG. Forebyggende helsearbeid: i teori og praksis. : Tano Aschehoug; 1999.
- (49) Sandvik H. Evaluering av fastlegereformen 2001-2005. Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter. Norges Forskningsråd (Oslo) 2006.
- (50) Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld. nr. 47 (2008-2009) - regjeringen.no; Samhandlingsreformen, Rett behandling-på rett sted-til rett tid. Available at: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>. Accessed 7/30/2009, 2009.
- (51) Morgan O. Approaches to increase physical activity: reviewing the evidence for exercise-referral schemes. *Public Health* 2005 May;119(5):361-370.
- (52) Sorensen JB, Kragstrup J, Skovgaard T, Puggaard L. Exercise on prescription: a randomized study on the effect of counseling vs counseling and supervised exercise. *Scand.J.Med.Sci.Sports* 2008;18(3):288.
- (53) Sorensen JB, Skovgaard T, Puggaard L. Exercise on prescription in general practice: a systematic review. *Scand.J.Prim.Health Care* 2006 Jun;24(2):69-74.
- (54) Harrison RA, Roberts C, Elton PJ. Does primary care referral to an exercise programme increase physical activity one year later? A randomized controlled trial. *J.Public.Health.(Oxf)* 2005 Mar;27(1):25-32.
- (55) Graham RC, Dugdill L, Cable NT. Health professionals' perspectives in exercise referral: implications for the referral process. *Ergonomics* 2005 Sep 15-Nov 15;48(11-14):1411-1422.
- (56) Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst.Rev.* 2008 Apr 16;(2)(2):CD000165.
- (57) MCKee M. Health promotion - A new core element in the Health Care Sector, In: The Evidence of Health Promotion Effectiveness - Shaping Public Health in a New Europa. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. Second edition ed.: ECSC-EC-EAEC, Brussels - Luxembourg; 2000.
- (58) Eakin EG, Smith BJ, Bauman A. Evaluating the population health impact of physical activity interventions in primary care—are we asking the right questions. *Journal of Physical Activity and Health* 2005;2:197-215.
- (59) Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. *Am.J.Prev.Med.* 2002 May;22(4):267-284.

- (60) Aspy CB, Mold JW, Thompson DM, Blondell RD, Landers PS, Reilly KE, et al. Integrating screening and interventions for unhealthy behaviors into primary care practices. *Am.J.Prev.Med.* 2008 Nov;35(5 Suppl):S373-80.
- (61) Coups EJ, Gaba A, Orleans CT. Physician screening for multiple behavioral health risk factors. *Am.J.Prev.Med.* 2004 Aug;27(2 Suppl):34-41.
- (62) Helgason AR, Lund KE. General practitioners' perceived barriers to smoking cessation--results from four Nordic countries. *Scand.J.Public Health* 2002;30(2):141-147.
- (63) Nielsen JM, Dehlholm-Lambertsen B, Maunsbach ME, Olesen F. Illness perception in general practice--in relation to patients with somatization disorder. *Ugeskr.Laeger* 2002 Nov 11;164(46):5372-5376.
- (64) Ringsberg KC, Krantz G. Coping with patients with medically unexplained symptoms: work-related strategies of physicians in primary health care. *J.Health.Psychol.* 2006 Jan;11(1):107-116.
- (65) Lawlor DA, Keen S, Neal RD. Can general practitioners influence the nation's health through a population approach to provision of lifestyle advice? *Br.J.Gen.Pract.* 2000 Jun;50(455):455-459.
- (66) Jacobsen ET, Rasmussen SR, Christensen M, Engberg M, Lauritzen T. Perspectives on lifestyle intervention: the views of general practitioners who have taken part in a health promotion study. *Scand.J.Public Health* 2005;33(1):4-10.
- (67) Lauritzen T, Leboeuf-Yde C, Lunde IM, Nielsen KD. Ebeltoft project: baseline data from a five-year randomized, controlled, prospective health promotion study in a Danish population. *Br.J.Gen.Pract.* 1995 Oct;45(399):542-547.
- (68) Lauritzen T, Nielsen KD, Leboeuf-Yde C, Lunde IM. The health project Ebeltoft: health check ups and discussions in general practice. Basic data from a 5-year, prospective, randomized, controlled population study. *Ugeskr.Laeger* 1997 Jun 16;159(25):3940-3946.
- (69) Christensen B, Lauritzen T. Life style counseling--what can be done in general practice? *Ugeskr.Laeger* 2002 Apr 15;164(16):2139-2142.
- (70) Miller WR, Rollnick S. *Motivationssamtalen*. : Hans Reitzel; 2004.
- (71) Ottawa Charter for health promotion. First International Conference on Health Promotion; 1986.
- (72) Ogden J. *Health psychology, a textbook*. : Open University Press Buckingham; 2000.
- (73) Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J.Consult.Clin.Psychol.* 1983;51(3):390-395.
- (74) Kamper-Jørgensen F, Almind G, Forebyggende sundhedsarbejde, 2. udg. København, Munksgaard 1993.
- (75) Uutela A, Absetz P, Nissinen A, Valve R, Talja M, Fogelholm M. Health psychological theory in promoting population health in Pajjat-Hame, Finland: first steps toward a type 2 diabetes prevention study. *J.Health.Psychol.* 2004 Jan;9(1):73-84.
- (76) Johanson M, Larsson US, Saljo R, Svardsudd K. Lifestyle in primary health care discourse. *Soc.Sci.Med.* 1995 Feb;40(3):339-348.
- (77) Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *J.Consult.Clin.Psychol.* 2003 Oct;71(5):843-861.
- (78) Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br.J.Gen.Pract.* 2005 Apr;55(513):305-312.
- (79) Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. *Annu.Rev.Clin.Psychol.* 2005;1:91-111.
- (80) Hjort PT. Helse for alle. Foredrag og artikler 1974 - 93. ;Utredningsrapport nr. U-1994, Statens institutt for Folkehelse.
- (81) Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health*. 1987. : Jossey-Bass: San Francisco; 1987.

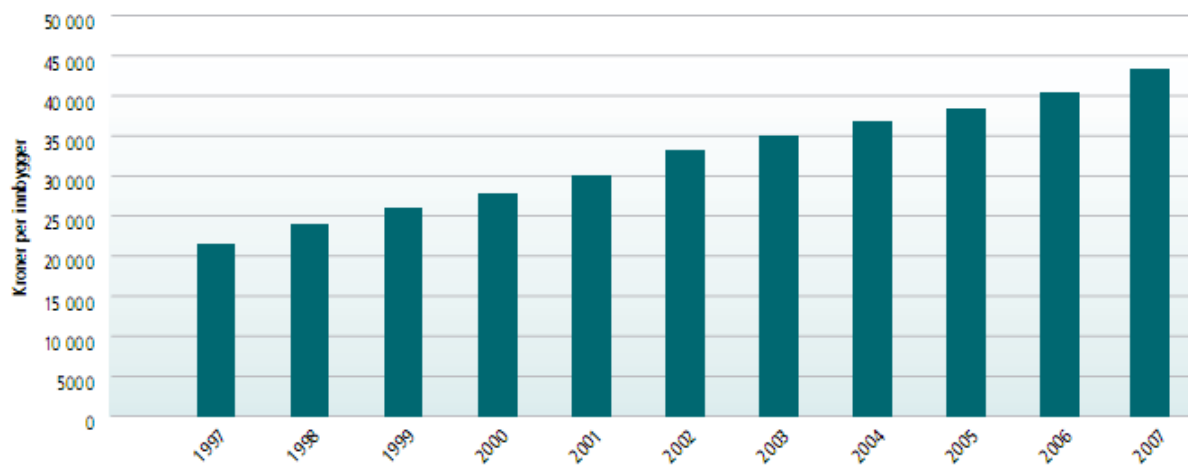
- (82) Hollnagel H, Malterud K. Dialogues on risks and health resources in general practice. *Ugeskr.Laeger* 2002 Nov 4;164(45):5225-5229.
- (83) Walseth LT, Malterud K. Salutogenesis and empowerment in the perspective of general practice. *Tidsskr.Nor.Laegeforen.* 2004 Jan 8;124(1):65-66.
- (84) NOU 1998:18. Der er bruk for alle (Everybody is wanted), Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene. 1998.
- (85) Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld. nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. 2007.
- (86) Mæland JG. Folkehelsemeldingen-fra prat til plan. *TIDSSKRIFT-NORSKE LAEGEFORENING* 2003;123(9):1174-1174.
- (87) Medin J, Alexanderson K. Begreppen hälsa och hälsofrämjande: en litteraturstudie. : Studentlitteratur; 2000.
- (88) Rootman I. Evaluation in health promotion: principles and perspectives. : WHO Regional Office Europe; 2001.
- (89) Boorse C. Health as a theoretical concept. *Philosophy of science* 1977;44(4):542.
- (90) Berger B, Anderson-Harper H, Kavookjian J. Patient empowerment. Auburn University website: <http://pharmacy.auburn.edu/pes/download/empower.html>. Accessed 2002;22.
- (91) Badcott D. The expert patient: valid recognition or false hope? *Med.Health Care Philos.* 2005;8(2):173-178.
- (92) Fossum B, Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet. Communication in the health service: Two examples. : Karolinska inst.; 2003.
- (93) Hvas AC, Thesen J. To strengthen patient's own power and to counteract oppressive forces: Empowerment in a medical perspective. *Ugeskr.Laeger* 2002 Nov 11;164(46):5361-5365.
- (94) Thesen J. From oppression towards empowerment in clinical practice--offering doctors a model for reflection1. *Scand.J.Public.Health.Suppl.* 2005 Oct;66:47-52.
- (95) Malterud K, Nessa J, Stensland P, Thesen J. Thesen,J.;Nessa,J; Når pasienten ikke er som oss IN: *Legekunst i praksis: kommunikasjon lege-pasient.* : Universitetsforlaget; 2006.
- (96) Eriksson M, Lindstrom B. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health.Promot.Int.* 2008 Jun;23(2):190-199.
- (97) Hjort PT. Tankemodell for helsearbeid. Etter samtale med opphav, 2009.
- (98) Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget 2003.
- (99) Karlberg I, Hallberg L, Sarvimäki A. Introduction and aims of the book* health, public health and research on public health. *Qualitative methods in public health research: Theoretical foundations and practical examples* (pp.13Å38).Lund: Studentlitteratur 2002.
- (100) Sjostrom B, Dahlgren LO. Applying phenomenography in nursing research. *J.Adv.Nurs.* 2002 Nov;40(3):339-345.
- (101) Marton F. Phenomenography: Exploring different conceptions of reality in Fetterman D (ed) *Qualitative approaches to evaluation in education. The silent scientific revolution.* 1988.
- (102) Pang MF. Two faces of variation: on continuity in the phenomenographic movement. *Scandinavian Journal of Educational Research* 2003;47(2):145-156.
- (103) Lepp M, Ringsberg K. Phenomenography--a qualitative research approach. *Qualitative methods in public health research: Theoretical foundations and practical examples.*Lund: Studentlitteratur 2002:105-29.
- (104) Barnard A, McCosker H, Gerber R. Phenomenography: a qualitative research approach for exploring understanding in health care. *Qual.Health Res.* 1999 Mar;9(2):212-226.
- (105) Kvale S. *Det kvalitative forskningsintervju.* : Ad Notam Gyldendal; 1997.
- (106) Boljén S. *Det fokuserende gruppeinterview.* I Lunde, IM og Ramhøj (red): *Humanistisk forskning for sundhedsvidenskab.*København: Akademisk 2001:169.
- (107) Robson C. *Real world research: a resource for social scientists and practitioner-researchers.* : Blackwell Publishers; 2002.

- (108) Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet* 2003;362(9391):1225-1230.
- (109) Flottorp S. Best possible practice: a cluster randomised trial of tailored interventions to support the implementation of guidelines for urinary tract infections and sore throat. : Faculty of Medicine, University of Oslo; 2003.
- (110) Alexandersson M. Metod och medvetande [Method and awareness]. Goteborg: Acta Universitatis Gothenburgensis 1994.
- (111) Kvale S, Brinkmann S. Interviews: An introduction to qualitative research interviewing. : Sage; 2008.
- (112) forebygging.no - Tidlig intervensjon. Available at: http://www.forebygging.no/fhp/d_emneside/cf/hApp_101/hPKey_10636/hParent_8/hDKey_1. Accessed 9/20/2009, 2009.
- (113) Lauvås P, Handal G. Veiledning og praktisk yrkesteori. Cappelen Akademiske forlag, Oslo 2000.
- (114) Coreil J, Levin JS, Jaco EG. Life style—An emergent concept in the sociomedical sciences. *Cult.Med.Psychiatry* 1985;9(4):423-437.
- (115) Bourdieu P, Prieur A, Østerberg D. Distinksjonen: en sosiologisk kritikk av dømmekraften. : Pax; 1995.
- (116) McKinlay E, Plumridge L, McBain L, McLeod D, Pullon S, Brown S. "What sort of health promotion are you talking about?": a discourse analysis of the talk of general practitioners. *Soc.Sci.Med.* 2005 Mar;60(5):1099-1106.
- (117) Bruce N, Burnett S. Prevention of lifestyle-related disease: general practitioners' views about their role, effectiveness and resources. *Fam.Pract.* 1991 Dec;8(4):373-377.
- (118) McQueen DV. Critical issues in theory for health promotion. *Health & modernity.The role of theory in health promotion* 2007:21–42.
- (119) Goodyear-Smith F, Buetow S. Power issues in the doctor-patient relationship. *Health Care Anal.* 2001;9(4):449-462.
- (120) McGregor S. Roles, power and subjective choice. *Patient Educ.Couns.* 2006 Jan;60(1):5-9.
- (121) Sadan B. Patient empowerment and the asymmetry of knowledge. *Stud.Health Technol.Inform.* 2002;90:514-518.
- (122) Gorin SS, Arnold JH. Health promotion handbook. : Mosby St. Louis; 1998.
- (123) Kuhn TS. The structure of scientific revolutions. University of Chicago Press 1996.
- (124) Sehon SR, Stanley DE. A philosophical analysis of the evidence-based medicine debate. *BMC Health Serv.Res.* 2003 Jul 21;3(1):14.
- (125) Carlsen B, Aakvik A, Norheim OF. Variation in practice: a questionnaire survey of how congruence in attitudes between doctors and patients influences referral decisions. *Med.Decis.Making* 2008 Mar-Apr;28(2):262-268.
- (126) Carlsen B, Norheim OF. Introduction of the patient-list system in general practice. Changes in Norwegian physicians' perception of their gatekeeper role. *Scand.J.Prim.Health Care* 2003 Dec;21(4):209-213.
- (127) Carlsen B, Norheim OF. "Saying no is no easy matter" a qualitative study of competing concerns in rationing decisions in general practice. *BMC Health Serv.Res.* 2005 Nov 9;5:70.
- (128) Carlsen B, Norheim OF. "What lies beneath it all?"--an interview study of GPs' attitudes to the use of guidelines. *BMC Health Serv.Res.* 2008 Oct 22;8:218.
- (129) McKay B, Forbes JA, Bourner K. Empowerment in general practice. The trilogies of caring. *Aust.Fam.Physician* 1990 Apr;19(4):513, 516-20.
- (130) Laverack G. Empowerment and health promotion programming. *Gesundheitswesen* 2008 Dec;70(12):736-741.
- (131) Vedsted P, Olesen F. Social environment and frequent attendance in Danish general practice. *Br.J.Gen.Pract.* 2005 Jul;55(516):510-515.

- (132) Eakin E, Brown W, Schofield G, Mummery K, Reeves M. General practitioner advice on physical activity--who gets it? *Am.J.Health Promot.* 2007 Mar-Apr;21(4):225-228.
- (133) Johansson K, Bendtsen P, Akerlind I. Advice to patients in Swedish primary care regarding alcohol and other lifestyle habits: how patients report the actions of GPs in relation to their own expectations and satisfaction with the consultation. *Eur.J.Public Health* 2005 Dec;15(6):615-620.
- (134) Charles C, Gafni A, Whelan T, O'Brien MA. Cultural influences on the physician-patient encounter: The case of shared treatment decision-making. *Patient Educ.Couns.* 2006 Nov;63(3):262-267.
- (135) Gibson CH. A concept analysis of empowerment. *J.Adv.Nurs.* 1991;16(3):354-361.
- (136) Rollnick S, Heather N, Bell A. Negotiating behaviour change in medical settings: the development of brief motivational interviewing. *Journal of Mental Health* 1992;1(1):25-37.
- (137) Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. : Oxford University Press, USA; 2001.
- (138) Getz L, Kirkengen AL, Hetlevik I, Sigurdsson JA. EDITORIAL: Individually based preventive medical recommendations - are they sustainable and responsible? A call for ethical reflection. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2005;23:65-67.
- (139) Bremberg S, Nilstun T. Patients' autonomy and medical benefit: ethical reasoning among GPs. *Fam.Pract.* 2000 Apr;17(2):124-128.
- (140) Wilson A, McDonald P, Hayes L, Cooney J. Health promotion in the general practice consultation: a minute makes a difference. *BMJ* 1992 Jan 25;304(6821):227-230.
- (141) Gulbrandsen P. Social context in general practice. Disclosure, recognition, and management. Oslo: Institute of General Practice and Community Medicine, University of Oslo 1998;9.
- (142) Fugelli P, Mabeck CE. Påvirkning av livsstil i konsultasjonen. *Medicinsk årbog* 1991:9-22.
- (143) Arborelius E. Hur förmå patienter att ändra livsstil. *Läkartidningen* 1994(91):990-995.
- (144) Ashenden R, Silagy C, Weller D. A systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice. *Fam.Pract.* 1997 Apr;14(2):160-176.
- (145) Barry CA. Multiple realities in a study of medical consultations. *Qual.Health Res.* 2002 Oct;12(8):1093-1111.
- (146) Eriksson M, Lindstrom B. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *J.Epidemiol.Community Health* 2007 Nov;61(11):938-944.
- (147) Eriksson M, Lindstrom B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *J.Epidemiol.Community Health* 2006 May;60(5):376-381.
- (148) Janlert U. *Folkhälsovetenskapligt lexikon.* ; Natur och Kultur.
- (149) Conner M, Norman P. Predicting health behaviour. : open university Press Buckingham; 1996.
- (150) Malterud K. Qualitative methods in medical research--preconditions, potentials and limitations. *Tidsskr.Nor.Laegeforen.* 2002 Oct 20;122(25):2468-2472.
- (151) Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D, et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ* 2000 Sep 16;321(7262):694-696.
- (152) Hart C. Doing a literature review: releasing the social science research imagination. : Sage Publications Inc; 1998.
- (153) Holstein B. Triangulering--metoderedskab og validitetsinstrument (Triangulation--methodological tool and validity instrument). *Humanistisk Forskning Inden for Sundhedsvidenskab (Humanistic Research in Health Science)* 1995:329-338.

Vedlegg 1, side 6

Tabell 1: Totale helseutgifter i løpende kroner (NOK) per innbygger. 1997 – 2007. Hele landet



Kilde: Nøkkeltall for helsesektoren 2008, Helsedirektoratet 2009

Vedlegg 2, side 7

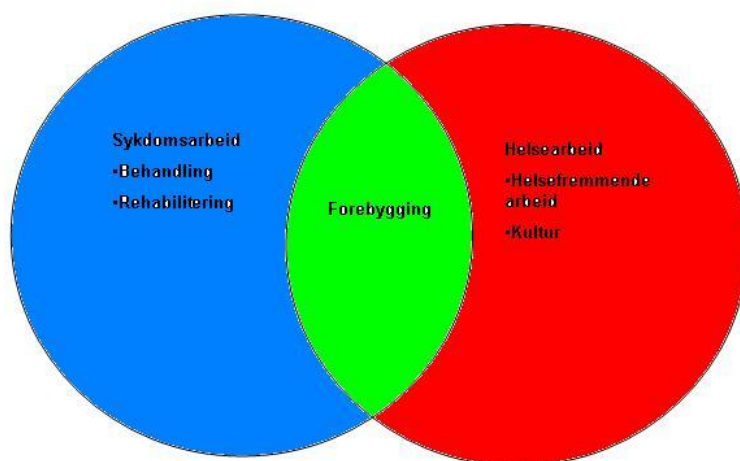
Tabell 2: Forekomst av selvrapportert daglig røyking, ingen hard trim i fritiden, sjelden/aldri bruk av grønnsaker, fedme (målte verdier) og kjent diabetes i to ulike aldersgrupper av menn og kvinner, i fire kategorier av utdanning.

(Helseundersøkelsene i Oslo, Hedmark, Oppland, Troms og Finnmark 2000-2003.)

Alder, år Utdanning, antall år	40-45				59-60			
	7-9	10-12	13-16	17 +	7-9	10-12	13-16	17 +
Menn								
Daglig røyking	52,4	40,4	28,2	18,2	34,6	28,7	21,2	15,4
Ingen hard mosjon i fritid*	35,9	29,0	21,4	16,6	40,4	31,8	25,3	21,9
Sjelden/aldri grønnsaker	2,5	0,9	0,7	0,3	1,4	0,9	0,2	0,1
Fedme (KMI > 30 kg/m ²)	27,4	23,7	20,6	14,5	29,3	26,8	25,0	18,5
Diabetes	1,6	1,7	1,7	0,9	6,3	5,4	5,5	3,2
Kvinner								
Daglig røyking	52,4	46,1	33,0	20,4	35,9	26,4	17,9	14,0
Ingen hard mosjon i fritid	49,5	35,0	25,3	19,8	57,2	47,0	39,5	32,7
Sjelden/aldri grønnsaker	1,3	0,4	0,1	0	0,9	0,1	0,1	0
Fedme (KMI > 30 kg/m ²)	28,3	20,2	15,7	12,2	34,3	24,8	18,6	15,1
Diabetes	2,3	1,6	1,3	0,9	5,6	2,9	1,9	1,2

Kilde: Næss Ø, Rognerud M, Strand BH: Sosial ulikhet i helse, En faktarapport Rapport 2007:1 Nasjonalt folkehelseinstitutt

Peter F. Hjorts tankemodell for helse



Vedlegg 4, side 18

Jørgen Storebakken
Gustav Heibergsgate 2F
2316 Hamar

Til kommunelege 1

< NAVN >

Kommune NN

Hamar, < Dato >

Forespørsel: Gjennomføring av fokusgruppeintervjuer i forbindelse med oppgave, Master in Public Health ved Nordiska Högskolan för folkhälsovetenskap

I det daglige er jeg ansatt som folkehelserådgiver ved Helse- og sosialavdelingen hos Fylkesmannen i Oppland, og oppfølging av statlige forordninger og handlingsplaner på folkehelseområdet er en sentral arbeidsoppgave. For å styrke min kompetanse på feltet har jeg derfor valgt en videreutdanning ved Nordiska Högskolan för folkhälsovetenskap i Göteborg. I forbindelse med gjennomføring av Masteroppgave – Master in Public health, vil fokusgruppeintervjuer med allmennpraktiserende leger ha sentral betydning i oppgaven som har tittel *”Livsstilsintervensjon og motivasjonssamtaler- med fokus på allmennpraktiserende leger - Et fenomenografisk studie”*. Studiets formål er å:

- *Beskrive allmennpraktiserende legers oppfattelse av ulike faktorer som kan ha betydning i konsultasjoner ovenfor inaktive pasienter der livsstilsrelatert rådgivning kunne være aktuelt.*
- *Gjennom de allmennpraktiserende legers beskrivelser, påvise ulike faktorer som må ligge til grunn for å motivere for livsstilsrelatert rådgivning.*

Bakgrunnen for studiet er at i den norske Stortingsmelding nr. 16 (2003 – 2004) *”Resept for et sunnere Norge”*, fremheves det at *Helsetjenestene skal forebygge mer for å reparere mindre*. Dette innebærer forventninger fra den norske regjering knyttet til at allmennpraktiserende leger skal bli viktige partnere i folkehelsearbeidet. Fokus på livsstilspåvirkning og på en styrking av forebyggende tjenester er sentralt. Med basis i dette utviklet Helse- og omsorgsdepartementet *”Grønn Resept – ordningen”* der allmennpraktiserende leger har mulighet til å heve livsstilstakst etter en systematisert helsesamtale. Gjennom evalueringer som er foretatt så langt, tyder det på at ordningen har en del begrensninger. Derfor har Sosial- og helsedirektoratet som ansvarlig utøver, valgt ut et begrenset antall fylker i Norge til utprøving av utvidede tiltak med fysisk aktivitet på resept. Oppland fylke er ett av disse. Her har man valgt å tilrettelegge for satsningen *fysiotek* i et utvalg av kommuner. Ved fysioteket mottas resept på livsstilstiltak forskrevet av lege, her gjennomføres motivasjonssamtalen og oppfølging videre. Fysiotekordningen er et sentralt ledd fylkets satsning på folkehelse

Med basis i både en løpende evaluering av fysiotekmodellen og gjennom erfaring med *”Grønn resept”* ordningen, vil en kvalitativ studie kunne bidra til å klarlegge sentrale forhold for at disse modellene kan utvikles til det beste for begge parter i konsultasjonen. Derfor er allmennpraktiserende leger en viktig målgruppe.

På grunn av marginal tid til oppgaver som faller utenom den planlagte konsultasjonstiden for den enkelte lege, baseres studiet på fokusgruppeintervjuer, ett intervju pr. kommune. Vi er kjent med at de allmennpraktiserende legene møtes regelmessige i kollegagrupper, og intervjuet kan gjennomføres i denne forbindelse. Tidsbruk pr. gruppeintervju vil være ca. 1 ½ time. Intervjuene vil bli tatt opp på bånd. Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt, jfr. personopplysningsloven. Studiet forutsettes godkjent av Regional etisk komité Øst. Det understrekes at deltagelse i fokusgruppene er frivillig, men vi håper på et positivt samarbeid.

Med vennlig hilsen
Jørgen Storebakken
Mph-student, folkehelserådgiver

Jens Mørch
Kommunelege 1, moderatør
Vestre Toten, Søndre Land

Karin Ringsberg
Professor, veileder
NHV

Vedlegg 5, side 19

Semistrukturell spørreguide

1. Introduksjon
 2. Presentasjon av deltagere, erfaring etc.
- Hva legger du i begrepet livsstilsintervensjon?
 - Hva i en konsultasjon får deg til å tenke at her må jeg som lege bidra til livsstilsendring?
 - Gir du livsstilsråd uten at det foreligger diagnose?
 - Tror du livsstilsendring alene kan påvirke helsetilstanden – eller forebygge sykdom?
 - Hva skal til for at du ville velge livsstilsintervensjon som hovedstrategi?
 - Hvordan foretar du en konsultasjon med den hensikt å få pasienten til å forstå nødvendigheten av å endre livsstil?
 - Hva kan føre til at du likevel ikke inkluderer livsstilsrelatert strategi i konsultasjonen?
 - Hvilke forventning har pasienten til deg i forhold til denne typen problemer?
 - Hva gjør forventningene med deg?
 - Hva gjør du med forventningene?
 - Livstilsintervensjon som egen konsultasjon – grønn resept, kjennskap, mål og metode
 - Innhenting av kunnskap, hvor?
 - Hvor mye har takst/honorarsystem å si for valg av livsstilsintervensjon?
 - Sosial ulikhet, kjønnsforskjeller, etnisitet, by/land
 - Sykdomsoppfattelse/helseoppfattelse, selvinnsikt hos pasienten
 - Har du som lege rett til å gripe inn i en bevisst persons egne valg? Strategi?
 - Den motiverende samtale, hva legger du i det?
 - Hvordan vurderer du dine egne evner som motivator?
 - Hva må være på plass for at livsstilsintervensjon skal lykkes?
 - Hvor langt strekker legens ansvar seg?
 - Kan andre ta seg av livsstilsveiledning?
 - Har du kunnskap nok til å tro på betydningen av den motiverende samtale?
 - Hva er dine kriterier for at livsstilsintervensjon/veiledning skal oppfattes som vellykket?
 - Dersom livsstilsintervensjon ikke lykkes, hvor føler du at feilen oftest ligger?

Vedlegg 6, side 21

Kategori	Intervjuobjekt nr																										TOT
Dramatisk inngripen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	
Innblanding i folks liv			+	+		+			+	+	+	+	+	+	+											+	11
Usikker på rett svar og tilnærming	+	+	+											+			+			+	+	+			+	+	10
En travel hverdag																											
Vurdering av kost/nytte		+		+	+		+					+	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	+	+		17
Kritisk til biomedisinske kriterier	+	+	+	+		+	+			+	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	22
Pasientens evne og vilje til endring			+	+	+		+			+		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+			18
Politikk, grønn resept og lokale tilbud	+					+	+	+			+	+		+	+		+	+	+	+	+	+	+	+		+	17
Det gylne øyeblikk																											
”Øksa hengende over nakken”			+	+		+						+	+	+	+		+										8
Eierforhold til ”øyeblikket” og alliansebygging		+	+	+		+	+		+		+	+	+	+	+	+	+			+	+		+	+		+	19
Legerollen	+		+				+	+	+		+		+	+			+		+								10
Suksesskriterier og skremselspropaganda	+	+	+	+	+	+						+	+	+				+		+	+		+		+		14

