



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

FYS390-O-2023-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	01-05-2023 00:00 CEST	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	15-05-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 FYS390 1 O 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	226
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7727
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	39
Andre medlemmer i gruppen:	216

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei

BACHELOROPPGAVE

En kvalitativ studie om fysioterapeuter som ressurs
for de vernepliktige

A qualitative study on physiotherapists as a resource
for military conscripts

Kandidatnummer 216 & 226

Bachelor i fysioterapi
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for helse og funksjon

15. mai 2023

Antall ord: 7727

Sammendrag (Norsk)

Tittel: En kvalitativ studie om fysioterapeuter som ressurs for de vernepliktige

Problemstilling: Hvordan kan fysioterapeuter brukes som en ressurs for vernepliktige i Forsvaret, og hvilke begrensninger har de for å gjennomføre det?

Metode: Kvalitativ metode ble benyttet i form av semistrukturerte intervju med individuelle deltakere. Vi intervjuet tre fysioterapeuter ansatt i bedriftshelsetjenesten i Forsvaret. Intervjuene ble transkribert og analysert med systematisk tekstkondensering.

Resultat: Resultatene våre viser at det er mangel på fysioterapeuter i Forsvaret og at ingen av fysioterapeutene jobber opp mot de vernepliktige, med unntak av noe undervisning. De har et forebyggende fokus og jobber lite klinisk. Informantene ønsker flere fysioterapeuter i Forsvaret, spesielt med de vernepliktige som ansvarsområde. De forteller at det tidligere har vært en kultur i Forsvaret hvor det var "vanlig" å ha smerter og at personer i mindre grad oppsøkte helsehjelp. Denne kulturen er i endring og de drar frem bevisstgjøring i alle ledd av Forsvaret og generell økt helsekompetanse i befolkningen som de drivende faktorene.

Konklusjon: Direkte tilgang på fysioterapi har vist seg å ha kostnadseffektive resultater i andre lands samfunn og militær. Fysioterapeuter med ansvarsområde mot de vernepliktige og eget rapporteringssystem som ikke driver med MEDSEL (medisinsk skikkethet) kan redusere omfanget av muskel- og skjelettplager, og belastningsskader for vernepliktige som ellers ikke ville oppsøkt helsehjelp grunnet frykt for tidlig dimittering. Årsaken til at dette ikke utføres i dag er ifølge informantene på grunn av mangel på fysioterapeuter og vernepliktige som prioritering. Kulturendringene i Forsvaret gjør det lettere å oppsøke helsehjelp, dette fører til en større belastning på helsetjenestene i Forsvaret. Derfor trenger vi flere fysioterapeuter for å dekke det økte behovet.

Abstract

Title: A qualitative study on physiotherapists as a resource for military conscripts

Research question: How can physiotherapists be used as a resource to military conscripts and what limitations do they face?

Method: A qualitative method was used in the form of a semi-structured interview with individual participants. We interviewed three physiotherapists from the Norwegian military occupational health services. The interviews were transcribed and analyzed with systematic text condensation.

Results: Our results show there is a shortage of physiotherapists in the Norwegian military and that, with the exception of some lectures, the physiotherapists do not work with the military conscripts. Their work is focused on preventive measures and they do little to none clinical work. The informants want more physiotherapists in the military, especially some with the military conscripts as their main focus. They say there has previously been a culture in the military where it was “normal” to experience pain and that people often did not seek healthcare. The culture is changing and they highlight awareness in all parts of the military and a general increase in health literacy in the population as the driving factors for change.

Conclusion: Direct access to physiotherapy has been shown to have cost-effective results in other countries' societies and militaries. Physiotherapists with responsibility for the military conscripts and their own reporting system who do not deal with MEDSEL (medical evaluation), may reduce the extent of musculoskeletal complaints and overwork injuries for conscripts who would otherwise not seek health care due to fear of early discharge. According to the informants, the reason why this is not carried out today is due to a lack of physiotherapists and conscripts as a priority. The cultural changes in the military make it easier to seek out healthcare, this leads to a greater load on the healthcare services. This is why we need more physiotherapists in the Norwegian military to cover the increased workload.

Innholdsfortegnelse:

Sammendrag (Norsk)	2
Abstract	3
1.0 Innledning.....	5
1.1 Bakgrunn	5
1.2 Formål	5
2.0 Teori	6
2.1 Helsetilbudet i Forsvaret.....	6
2.2 Belastning og belastningsskade.....	6
2.2.1 Belastningsskader i militæret	7
2.2.2 Prevalens i militæret	7
2.3 Fysioterapeuters kompetanse.....	8
2.3.1 Effekt av fysioterapi i samfunnet og militæret	8
2.4 Helsekompetanse og kultur	9
2.4.1 Militærkultur	9
2.5 Medisinske og fysiske krav	10
2.5.1 Underrapportering	11
3.0 Metode.....	12
3.1 Vitenskapsteori.....	12
3.2 Semistrukturert intervju.....	12
3.3 Innhenting av informanter	12
3.4 Innhenting av data	13
3.5 Bearbeiding av data	13
3.5.1 Transkribering	13
3.5.2 Analyse av data	13
3.6 Forforståelse	14
3.7 Etiske forbehold	14
4.0 Resultater.....	15
4.1 Fysioterapeuter i Forsvaret.....	15
4.1.1 Undervisning	15
4.2 Helsetilbudet til vernepliktige	16
4.2.1 Sykestuene.....	16
4.3 Ressurser	17
4.3.1 Mangel på fysioterapeuter	17

4.3.2 Utstyr og gjennomslagskraft.....	17
4.4 Kultur	17
4.4.1 Maskulin kultur	17
4.4.2 Faktorene som styrer kulturendringene	18
4.5 Skader og tiltak.....	18
4.5.1 Ansatte.....	18
4.5.2 Vernepliktige	19
5.0 Diskusjon.....	19
5.1 Begrenset helseressurser.....	19
5.1.1 Begrenset antall fysioterapeuter	20
5.1.2 Nyttene av fysioterapi	20
5.2 Helsen til vernepliktige	21
5.2.1 Belastningsskader hos vernepliktige	21
5.2.2 Fysioterapeuter til vernepliktige.....	21
5.2.3 Sykestuene.....	22
5.2.4 oppsøke helsehjelp.....	22
5.3 Skal belastningsskader for vernepliktige prioriteres?.....	23
5.3.1 Skal være tøft.....	23
5.3.2 Normalitet.....	23
5.3.3 Skal de prioriteres?.....	23
5.4 Kultur rettet mot helse	24
5.4.1 Årsaker for underrapportering	25
5.5 Metodediskusjon	25
5.5.1 Valg av metode:.....	25
5.5.2 Valg av informanter.....	26
5.5.3 Forberedelse og gjennomføring.....	26
5.5.4 Bearbeiding av data	27
5.5.5 Reliabilitet og validitet	27
6.0 Konklusjon	28
Referanser:.....	29
Vedlegg 1 - Samtykkeskriv	32
Vedlegg 2 – Intervjuguide	34
Vedlegg 3 – Informant 1:	35
Vedlegg 4 – Informant 2:	43
Vedlegg 5 – Informant 3:	48

Innholdsliste for figur:

Figur 1 & 2 – Fysiske tester og helsekontroll

s.10

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn

Forsvaret har 17 939 ansatte og 9840 i førstegangstjenesten (Forsvaret, 2023). Studier indikerer at mellom én av tre norske rekrutter, og én av fem av militært ansatte, får belastningsskader i løpet av et år (Hatteland, 2019; Helse for stridsevne, 2022). Rett under halvparten av britiske rekrutter har også blitt anslått å ha en form for muskel- og skjelettplage (Sharma et al., 2015). I skrivende stund er det ingen fysioterapeuter i Forsvaret som direkte følger opp de vernepliktige, et tema som fremdeles er oppe til debatt i Forsvaret. Dette var et tema som vi ønsket å fremheve da denne brukergruppen er utsatt for skader, og mener fysioterapeuter har mulighet til å forbedre dette. Vi tok derfor for oss hvorfor dette ikke er noe som gjøres i dag, samt på hvilket grunnlag fysioterapeuter kan bistå.

Forsvaret har tidligere fått kritikk for å ha manglende helseressurser av blant annet oberstløytnant Arne Johan Norheim (2022). Orlogskapteiner Sverre Sanden og Jostein Mattingsdal (2022) fremhever blant annet at vernepliktige ikke har direkte tilgang på psykologer. Dette problemet gjelder også for tilgangen til fysioterapi.

Vår innledende hypotese var at årsaken bak mangelfull helsetjeneste rettet mot vernepliktige var Forsvarets kultur, som gjør det vanskelig å rapportere skader, da “smerte er bare svakhet som forlater kroppen”. Om Forsvaret ikke får rapporter om skadeomfang, vil de ikke se behovet for tiltak rettet mot et problem som tilsynelatende ikke eksisterer.

1.2 Formål

Grunnet usikre geopolitiske tider har militæret økt sine ressurser på flere fronter. Vi ønsker i denne sammenheng å sette lys på fysioterapeutenes rolle i denne arenaen og mener at vi kan bidra i tjenestegjøringen. For å best mulig belyse dette valgte vi et tema som ser på militærets bruk av fysioterapeuter i sin helsetjeneste. Dette tillater oss å utforske hvordan fysioterapeuter blir brukt og hva som gjøres for å forbedre arbeidsutøvelsen. På denne måten kan vi forstå fysioterapeuters plass i denne utvidelsen, og hva vi kan gjøre for å forbedre helsetilbudet i Forsvaret. Dette leder oss til problemstillingen:

Hvordan kan fysioterapeuter brukes som en ressurs for vernepliktige i Forsvaret, og hvilke begrensninger har de for å gjennomføre det?

Vi har ikke som hensikt å sykeliggjøre en brukergruppe for å skape et behov for fysioterapi, men å fremheve fysioterapeuter som en ressurs og samarbeidspartner som kan sikre soldaters helse. Hensikten er i den forbindelse å belyse mulige forbedringspotensialer i Forsvaret, framfor å kritisere helsetilbudet.

2.0 Teori

2.1 Helsetilbudet i Forsvaret

Forsvaret har 17 939 ansatte og 9840 i førstegangstjenesten (Forsvaret, 2023). Som arbeidsgiver skal Forsvaret sikre at hensynet til arbeidstakers helse, miljø og sikkerhet blir ivaretatt og sørge for at det utføres systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid på alle plan i virksomheten jf. arbeidsmiljøloven §3-1 (2006). Arbeidsmiljøloven beskriver at dette også innebærer vernepliktige selv om de ikke defineres som arbeidstakere jf. §1-6. Måten de oppnår dette er gjennom Forsvarets Sanitet (FSAN) i samarbeid med de kommunale helsetjenestene. Forsvaret er avhengig av sivilt ansatte og sivile helsetjenester for å oppnå effektive løsninger innen helse, og for å kunne levere sanitetstjenester som både er lovlige og forsvarlige (Pedersen et al., 2022). Årsaken er at FSAN spesialiserer seg på krigens medisinske sanitetsstandard, og har begrenset helsefaglige utdanningstilbud rettet mot helsehjelp i fredstid (Norheim, 2022).

2.2 Belastning og belastningsskade

Ved fysisk belastning som overstiger det individet er vant til, vil vevet forsøke å tilpasse seg belastningen, også kalt adaptasjon. Restitusjons- og adaptasjonsprosessen kan vare over flere døgn avhengig av typen belastning. Dersom vevet ikke får tid til å tilpasse/restituere seg, vil dette resultere i skader. Vanligvis er dette som følge av gjentatte episoder med uforholdsmessige harde treningsøkter, for hyppig treningsfrekvens, og/eller «monoton» belastning - gjentagende belastning som ikke forandrer form, f.eks. langdistanseløping eller sykling. Belastningsskader oppstår derfor gradvis og over tid om denne prosessen skal kunne fullbyrdes. Ofte er det senevev det første som blir utsatt for patologiske tilstander da bindevevsstrukturer generelt sett har dårligere adaptasjonsevne enn muskelfibre, og trenger

lengre tid til å styrkes etter belastning. (Bahr et al., 2014; Paulsen & Raastad, 2010).

2.2.1 Belastningsskader i militæret

Skader på muskel- og skjelettapparatet er ganske normalt for mennesker som er fysisk aktive, da også for militært personell (Forsvarets Sanitet, 2022). Den vanligste årsaken til muskel- og skjelettskader utenfor strid ser ut til å oppstå ved overbelastning, vanligvis som følge av fysisk trening (Hoffman et al., 2016). På makronivå medfører belastningsskader kostnader i form av rehabilitering og medisinsk behandling, samt nedsatt antall operative personell (Teyhen et al., 2014). I USA er det anslått at 111 millioner dollar (ca. 1.175 milliarder kroner) brukes utelukkende på skader i United States Marine Corps (Jensen et al., 2019). På mikronivå er det vanskeligere for et individ å kunne yte optimalt ved smertetilstander knyttet til patologi ved overbelastning (Paulsen & Raastad, 2010).

2.2.2 Prevalens i militæret

Hos britiske rekrutter lå insidensraten for muskel- og skjelettplager på 48%, hvor iliotibialbånd syndrom og medialt tibialt stress syndrom var de høyest forekommende skadene (6,19% og 5,67% prevalens)(Sharma et al., 2015). I bacheloroppgave *Belastningsskader hos vernepliktige rekrutter ved KNM Harald Haarfagre* (Hatteland, 2019) oppga 220 av 621, altså 35% av norske rekrutter at de hadde opplevd belastningsskader i løpet av åtte uker rekruttskole.

Helse for stridsevne 2022: Nøkkeltall og forskningsresultater fra Forsvarets helseregister, utgitt fra Forsvarets Sanitet (2022, s. 38), viser er en sammenfatning av samlede helseopplysninger fra Forsvaret gjennom år 2021. 7804 deltagere besvarte helsespørsmålene, av disse var 1854 (23,7 %) sivilt ansatt og 5950 (76,3 %) militært ansatte. Det er viktig å ta hensyn til at vernepliktige ikke ble inkludert i denne undersøkelsen. I alt 1614 respondenter (20,7 %) rapporterte om jobberelaterte skader i 2021. Rapporten viste også at hovedårsaken til å oppsøke helsehjelp i 2021 var relatert til skader i muskel, skjelett og bindevev, som utgjorde 25% av tilfellene (2022, s. 21-22). Rapporten utdyper at det er viktig å ta hensyn til at Covid-19 var en medvirkende årsak til at personell oppsøkte helsehjelp. Dette indikerer at muskel- og skjelettplager trolig ville vært en høyere prosentandel av de som oppsøkte helsehjelp i et

“vanlig” år.

2.3 Fysioterapeuters kompetanse

Jf. Forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapeututdanning §2-8 (2019) skal fysioterapeuter ha kompetanse innen undersøkelse av kropp, bevegelse og funksjon. Arbeidet deres er fokusert mot å gjenopprette, vedlikeholde eller forbedre funksjon og bevegelsesutfoldelse. Videre skal fysioterapeuter ha kunnskap om kroppens struktur, funksjon og forhold som virker oppbyggende og nedbrytende på kroppen. Denne kompetansen tas i bruk for å utforme og gjennomføre en habilitering- eller rehabiliteringsprosess i samarbeid med pasienten.

Fysioterapeuter uteksaminert fra U.S. Army-Baylor Doctoral Program, viste høyere poengsum på en standardisert muskel- og skjelettundersøkelse enn medisinstudenter, aktive militærleger og alle legespesialister unntatt ortopeder (Childs et al., 2007). Dette viser at fysioterapeuter har høy kunnskap om muskel og skjelett sammenlignet med annet helsepersonell.

2.3.1 Effekt av fysioterapi i samfunnet og militæret

Det har siden 2018 blitt innført direkte tilgang til fysioterapeut uten henvisning fra lege eller annen henvisende instans generelt i det norske samfunn (Prop. 71 L (2016–2017), s. 227).

Ifølge utdanningsinstitusjonene har fysioterapeuter gjennom sin bachelorutdanning, og påfølgende turnusår før autorisasjon, gode forutsetninger for å behandle pasienter uten henvisning fra lege eller annen instans (Prop. 71 L (2016–2017), s. 76).

En systematisk oversikt og metaanalyse av Hon et al. (2021) så på kostnadseffektivitet av direkte tilgang til fysioterapi i samfunnet. Resultatene viste at direkte tilgang resulterte i færre fysioterapibesøk, lavere fysioterapikostnader og lavere totale helsekostnader, uten forskjell i funksjonelle resultater. Det har også blitt målt effekt av direkte tilgang til fysioterapeuter i internasjonale operasjoner i Afghanistan hos amerikanske soldater. I denne studien fant de at det ble foreskrevet mindre medisiner (24 % mot 90,5 % av pasientene), henvist til færre radiologiske undersøkelser (11 % mot 82 % av pasientene) og 50 % høyere antall returnerte til arbeid (McGill, 2013). Studiene nevnt i delkapittelet tar for seg fysioterapeuters effekt og

kompetanse, som danner grunnlag for videre diskusjon om det norske Forsvarets nytte av fysioterapeuter.

2.4 Helsekompetanse og kultur

Flynn et al. (2018) så på studier som undersøker kulturens innvirkning på helseatferd. De så etter ett eller flere av de 24 elementene definert av Health Enhancement Research Organization (HERO) for å skape en helsekultur. Opplæring og læring, retningslinjer og prosedyrer og kommunikasjon ble oftest evaluert. Forfatterne fant at et stort antall studier viste en signifikant sammenheng mellom kulturelle elementer og hvordan dette påvirker helsen til ansatte. Vi ønsker derfor å se på teori tilknyttet helsekompetanse og militærkultur for å se på dens påvirkning på vernepliktiges helse. Helsekompetanse defineres av den norske regjeringen som «(...) evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

2.4.1 Militærkultur

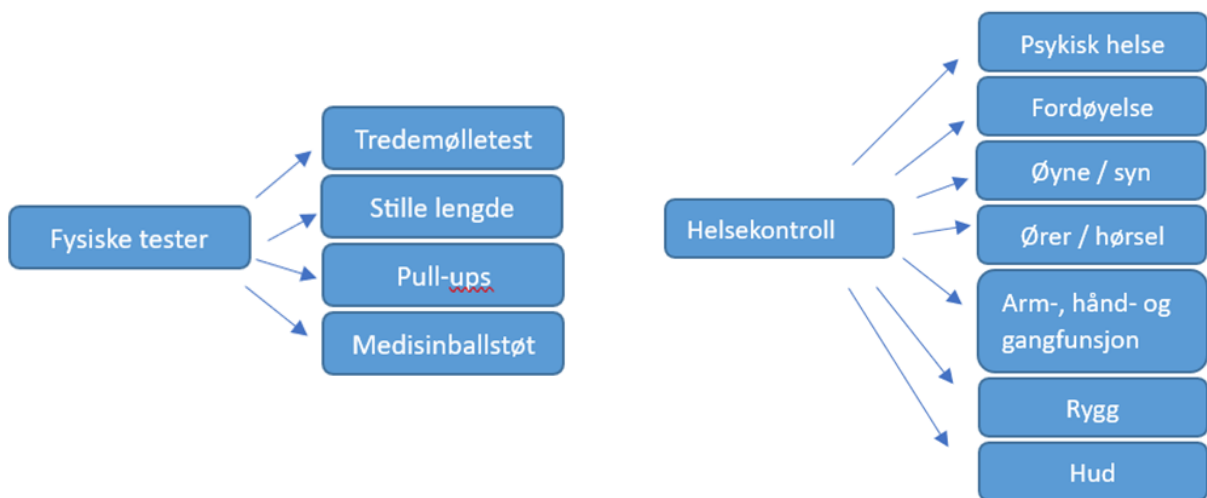
Kultur er et kjennetegn på en gruppe mennesker som på en eller annen måte samhandler. Dette er mennesker som befinner seg i samme situasjon, må håndtere samme type problemer og noen ganger med samme mål og/eller fiender (Soeters, 2018). Militærkultur har vært en tradisjonelt mannsdominert kultur, og har for mange blitt sett på som «a rite of passage» - overgangen fra gutt til mann. «The childish, the weak, and the feminine must die to make way for the manly and the strong(...)» (Creveld, 2008, s. 48-51).

I en rapport fra FFI av Hellum (2019, s. 63) gjøres det noen betraktninger rundt den sterke kulturen rundt fysisk styrke og aktivitet i Forsvarets rekruttering, seleksjon, tjeneste og fritid, da spesielt i Hæren. Det drøftes her at soldaters og ansattes fokus på det å være i fysisk form er veldig verdifullt, men at den kan utelukke personer Forsvaret ville hatt bruk for. Rapporten tar også for seg hvordan Forsvaret kan beholde flinke vernepliktige til videre tjeneste. Det konkluderes med at vernepliktige har sammensatte grunner for å fortsette, men at det

hovedsakelig dreier seg om å bli faglig, personlig og økonomisk verdsatt Hellum (2019, s. 64).

2.5 Medisinske og fysiske krav

For å komme inn som vernepliktig i Forsvaret er man først nødt til å bestå sesjon. Sesjon består av 1) Fysiske tester 2) Helsekontroll 3) Teoretiske tester 4) Samtale med sesjonsoffiser. Vi vil i vår oppgave fokusere på fysiske tester og helsekontroll. Disse testene tar for seg ulike funksjonsområder kandidatene må kontrolleres i (Teien et al., 2019), se figur 1.



Figur 1. Fysiske tester og helsekontroll. Adapsjon av (Teien et al., 2019)

Hvert funksjonsområde vurderes ved en ni-delt skala, hvor det i dag består av kun fem vurderingssifre:

9 – Normal funksjon

7 – Ubetydelig grad av funksjonsnedsettelse

6 – Lett til moderat grad av funksjonsnedsettelse

4 – Høy grad av funksjonsnedsettelse

1 – Ikke tjenestedyktig

Hver enkelt driftsenhet (Hæren, Sjøforsvaret, Luftforsvaret, Forsvarets sanitet, Forsvarets logistikkorganisasjon, Forsvarets fellestjenester etc.) fastsetter rekvisisjonskrav innen fysiske krav og tilleggskrav - høyde, fargesyn, krav å kunne svømme 200 meter, sivil utdanning, fagbrev eller førerkort etc. De mest ettertraktede og spesialiserte stillingene har også lengre seleksjonsfase som krever mer av soldatene (Teien et al., 2019). Hensikten vår med å inkludere sesjon er for å vise til at vernepliktige representerer en gruppe som i utgangspunktet har blitt vurdert medisinsk skikket til å kunne tåle påkjenningene og belastningene fra Forsvaret.

Studier fra den britiske hæren viste at rekrutter som løp 2,4 km med VO_{2max} på 45,7 til 47,4 mL·kg⁻¹·min⁻¹ hadde dobbel risiko for skade og utskrivning sammenlignet med rekrutter med en VO_{2max} på 54,1 mL·kg⁻¹·min⁻¹ (Hall, 2017). Det kanadiske militæret viste også at av de rekruttene som utførte under gjennomsnittet på fysiske tester som 20 meter spurt, sandsekkdrag og beregnet VO_{2max} , ga respektivt 2,2 , 1,8 og 2,2 ganger større sannsynlighet for belastningsskader (Chassé et al., 2020).

2.5.1 Underrapportering

Litteraturen viser at både militær kultur og seleksjonen er faktorer som påvirker ønsket om å oppsøke hjelp. En studie utført av Cohen et al. (2019) undersøkte årsakene til underrapportering hos lærlinger/rekrutter i det amerikanske militæret. Av lærlingene/rekruttene som ble skadet, unngikk 65% å rapportere til ledelsen eller medisinsk personell. De tre vanligste årsakene var;

1. Å ville fullføre i tide
2. Unngå negative oppfatninger assosiert med skade
3. Unngå helseprofil.

Resultatet viste også at underrapportering spesifikt knyttet til «å unngå negative oppfatninger assosiert med skade» er høyest blant kvinner (47.1% kvinner versus 37.0% menn)(Cohen et al., 2019). Kvinner rapporterer derimot oftere skader enn menn (44.0% vs. 25.6%), og har mindre urapporterte skader (11.6% vs. 23.9%)(Almeida et al., 1999).

3.0 Metode

3.1 Vitenskapsteori

I fenomenologisk vitenskapsteori er menneskers erfaringer regnet som gyldig kunnskap. Med bakgrunn i vår problemstilling ønsker vi å innhente informasjon om menneskers subjektive erfaringer. Intervju er derfor en adekvat måte å erverve datamateriale. I analysen blir datamaterialet tolket, dette baserer seg på hermeneutisk vitenskapsteori som handler om å tolke meninger i menneskelige uttrykk (Malterud, 2021, s. 28-29). Med bakgrunn i dette har vi benyttet oss av en hermeneutiskfenomenologisk vitenskapsteori i arbeidet med prosjektet, da spesifikt gjennom semistrukturert intervju.

3.2 Semistrukturert intervju

Semistrukturerte intervju fokuserer på åpne spørsmål og trenger ikke følge intervjuguiden til punkt og prikke. Slik oppnår vi en toveiskommunikasjon som tillater forskeren å gå mer i dybden på informantens meninger og perspektiver gjennom videre oppfølgingsspørsmål. Datainnsamlingen og analysen skjer parallelt ved at nye spørsmål kan formuleres underveis avhengig av informantens svar og vår tolkning av svarene (Grønmo, 2016, s. 167-168).

Semistrukturert intervju krever en aktiv deltakende rolle for både forsker og informant. Metoden bygger på samhandling mellom to parter og er derfor avhengig av god kommunikasjon mellom forsker og informant (Grønmo, 2016, s. 172).

3.3 Innhenting av informanter

All forskning krever et utvalg som leder til datamateriale om det fenomenet man ønsker å utforske. Vi ønsket å intervju ulike fysioterapeuter med erfaring i Forsvaret for å få frem variasjonsbredde i resultatene, dette tillater oss å se et fenomen fra flere perspektiver (Malterud, 2021, s. 57-59). Det var vanskelig å finne informanter ettersom Forsvaret gir ut lite informasjon om sine ansatte. Gjennom en lengre prosess med telefoner til Saniteten og leting i tidligere utlyste stillingsannonser, fikk vi til slutt kontakt med ansatte fra Forsvaret. Vi fikk kontakt med den første informanten og sendte den informasjonsskriv med forespørsel om deltagelse (vedlegg 1). Informanten tilbød å sende informasjonsskrivet videre til kollegaer i Forsvaret og vi hadde til slutt tre informanter innen bedriftshelsetjenesten i Forsvaret.

3.4 Innhenting av data

Vi satt oss inn i relevant litteratur før arbeidet begynte med utforming av intervjuguiden. Vi noterte spørsmål basert på tema vi fant i litteraturen, samt spørsmål for å dekke hull litteraturen ikke tok for seg. Deretter spesifiserte vi hvilke tema vi ønsket å innhente informasjon om og formulerte spørsmål innenfor hvert tema. Intervjuguiden (vedlegg 2) inneholder tema med hovedspørsmål og oppfølgingsspørsmål.

Intervjuene ble gjennomført over Zoom og de varte mellom 30-60 minutter. Begge kandidatene deltok på intervjuene og vi avtalte på forhånd hvem som skulle ha hovedansvar for intervjuet, og at den andre kandidaten assisterte med oppfølgingsspørsmål. Vi fokuserte på å ikke avbryte informantene og la dem snakke fritt, mens vi var aktive lyttere. Det ble tatt lydopptak etter informantens samtykke. Vi tok utgangspunkt i intervjuguiden og tilpasset underveis med oppfølgingsspørsmål avhengig av informantenes svar. Det første intervjuet ga oss ny informasjon om temaet som resulterte i at vi endret innfallsvinkel i oppgaven. Dette medførte også endringer i intervjuguiden før de siste intervjuene.

3.5 Bearbeiding av data

3.5.1 Transkribering

Etter intervjuet bearbeidet vi dataene og organiserte dem til en form som gjorde dem klar for analyse. Formålet med transkripsjonen er å fange opp samtalen i en form som representerer det informanten ønsket å formidle. Vi transkriberte intervjuene (vedlegg 3, 4 og 5) kort tid etter gjennomførelsen av intervjuene for å forsikre at informasjonen var fersk med mindre rom for mistolking av svarene slik Malterud (2021, s. 78-81) anbefaler.

Det forekommer endringer når muntlig tale omsettes til tekst. Vi skrev ut visse forkortelser som informantene brukte, f.eks BHT - bedriftshelsetjenesten, og MEDSEL - Medisinsk skikkethet. Vi tolket også noen av svarene, f.eks muskel/skjelett til muskel-/skjelett(plager), der det var klart at informantene snakket om disse temaene. Endringene er markert med parenteser.

3.5.2 Analyse av data

Gjennom analyse av kvalitative data skal forskeren organisere, trekke ut meninger av, og gi struktur til innsamlet datamateriale. Vi valgte Systematic Text Condensation (STC) som

analysemetode. Den inneholder prinsipper og konkrete prosedyrer slik Malterud (2021, s. 91) anbefaler. Prosessen er delt i fire trinn (Malterud, 2021, s. 98):

Trinn 1: Få et helhetsinntrykk av materialet hvor egen forforståelse er satt til side og identifiser foreløpige tema.

Trinn 2: Temaene blir strukturert i meningsbærende koder og kodegrupper.

Trinn 3: Meninger hentes ut systematisk ved å kategorisere innholdet i enheter som er kodet sammen. Det skrives sitater i jeg-form som representerer deltakeren.

Trinn 4: Å sammenfatte betydningen og lage en analytisk tekst for hver subgruppe og kodegruppe.

Vi systematiserte resultatene i en matrise og brukte den som utgangspunkt for rapportering av resultatene våre. Vi valgte å ikke inkludere matrisen i oppgaven ettersom den ble uoversiktlig, den har derfor bare blitt brukt i arbeidsprosessen.

3.6 Forforståelse

Vår forforståelse består av vår faglige bakgrunn som fysioterapistudenter, samt én av forfatterne sine personlige erfaringer i førstegangstjenesten. Vi hadde en oppfatning om at det var en maskulin kultur blant de vernepliktige, hvor det er lite fokus på helse, og liten tilgang til fysioterapi. Forfatteren med bakgrunn i militæret har heller ikke erfart bruk av fysioterapeuter som forebyggende eller rehabiliterende faktor annet enn én undervisningstime om trening og ernæring.

3.7 Ethiske forbehold

Prosjektet har fulgt Høgskulen på Vestlandets retningslinjer for behandling av personopplysninger og helseforskningsdata, blant annet med hensikt å ivareta personvern. Prosjektet er godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD). Informantene fikk tilsendt en samtykkeerklæring i forkant av intervjuet. De fikk også tilsendt informasjon om oppgavens tema og formål, og informantene ble gjort kjent med sin rett til personvern og rett til å trekke seg fra prosjektet. Lyddopptakene ble lagret på passord-beskyttet PC og ble slettet etter transkriberingen. All identifiserbar informasjon om informantene har blitt anonymisert i

transkripsjonene. Jamfør samtykkeerklæringen vil alt datamaterialet bli slettet senest i utgangen av august 2023.

4.0 Resultater

I dette kapittelet vil vi presentere informantene våre, samt resultatene fra informantene.

Resultatene er organisert inn i følgende temaer: (1) Fysioterapeuter i Forsvaret, (2) Helsetilbudet til vernepliktige, (3) Helseressurser, (4) Militærkulturen og helse, (5) Skader og tiltak

4.1 Fysioterapeuter i Forsvaret

De tre fysioterapeutene vi har intervjuet tilhører bedriftshelsetjenesten (BHT) i Forsvaret og alle bekrefter at hovedområdet deres er forebyggende tiltak. Dette innebærer fokus på ergonomisk kartlegging og risikovurdering, informant 2 nevner også undervisning og arbeid på systemnivå. Noen ganger kan det også være psykososiale tiltak som rådgivning hvis det er snakk om konfliktsaker slik informant 3 beskriver. Informant 2 og 3 driver ikke klinisk behandling, i motsetning til informant 1 som jobber "bittelitegrann" opp mot spesialstyrkene. Ifølge informantene kan alle i teorien ta kontakt med BHT, og fysioterapeutene skal være en nøytral part.

4.1.1 Undervisning

Alle informantene holder på med en form for undervisning, enten tverrfaglig eller rettet mot befal. Informant 2 og 3 går nærmere inn på opplæring av instruktører i forhold til forebyggende helsefaktorer ved planlegging av tjenesten til vernepliktige. Informant 1 underbygger også viktigheten av å ha fysioterapeuter eller andre med relevant kompetanse inne for å gi undervisning til de som skal utføre treningen. Informant 3 forklarer at de underviser befal ettersom det krever for mye å undervise alle de vernepliktige. Dette øker befalet sin kompetanse slik at de kan videreføre det i de vernepliktiges trening:

I undervisning så kan det jo være en ren sånn kompetansehevingsbit, som oftest befal som er vår målgruppe fordi man må begrense mengden/antall folk, så vi prøver på en måte å øke kompetansen til befalet sånn at de kan ta det videre da i trening og belastningsstyring av soldatene. (Informant 3)

Informant 2 bekrefter også at hen ser en utvikling, men at det fortsatt er mulighet for forbedringer. Dette fordi befal har mange soldater de skal følge opp, og har mye program på kort tid.

4.2 Helsetilbudet til vernepliktige

Per i dag er det ifølge informantene ingen fysioterapeuter i Forsvaret som direkte følger opp de vernepliktige, noe alle informantene ønsker en forandring på. Informant 1 forklarer også at dette har vært oppe til debatt i Forsvaret og sier «den er vi ikke ferdigsnakket med i Forsvaret for å si det sånn. Vi kommer til å ta den opp igjen mange ganger sikkert». Målet deres er å få fysioterapeuter med enten klinisk fokus slik informant 2 og 3 beskriver, eller generelt ansvarsområde mot de vernepliktige nevnt av informant 1. Per dags dato beskriver informantene at det er sykestuene som står for helsetilbudet til de vernepliktige. Informant 3 forteller at vernepliktige får en hvit lapp (militær sykemelding) fra legen på sykestuen, for så å måtte oppsøke fysioterapeut på egenhånd. Han belyser da problemet at tilbudet for fysioterapi kan variere avhengig av basens lokalisering og at det kan være lange ventelister ved noen tilbud.

4.2.1 Sykestuene

Sykestuene inneholder sanitetslege og sykepleiere, og er ifølge informant 3 nærmest en fastlegeordning for de vernepliktige. Informantene forklarer også at sykestuene utfører det de kaller MEDSEL – medisinsk skikkethet, noe som kan ha innvirkning på vernepliktige og ansattes ønske om å faktisk oppsøke helsehjelp:

Når det gjelder ansatte så, hvis en kar eller en dame som får vondt i en skulder eller vondt i rygg, så går den ikke til en sanitetslege, fordi de driver også med skikkethetsvurderinger. Så det kan gå ut over helseprofilen, sånn at de sier ikke at de har vondt i ryggen til den legen da. (Informant 1)

Ved spørsmål om denne bekymringen også gjelder fysioterapeuter sier informantene nei. Dette er fordi de på nåværende tidspunkt ikke journalfører noe som kommer på helseprofilen til de som tar kontakt. Informant 1 beskriver at dette gir større handlingsrom og at det da er lettere å jobbe ut ifra brukers ressurser fram til det ikke går lenger. Informant 3 har heller ikke erfart seg selv som ytterligere «sykeliggjørende» de gangene hen har bistått ved sykestuene.

4.3 Ressurser

4.3.1 Mangel på fysioterapeuter

Ved spørsmål om hva de ønsket å endre angående fysioterapeuter i Forsvaret, bekreftet alle informantene at de ønsker flere fysioterapeuter. Informant 1 drar frem at hen er alene som fysioterapeut på arbeidsplassen som gjør at tid blir en begrensende faktor:

Altså en ting som er en åpenbar begrensning for meg er at jeg er alene som fysioterapeut på (arbeidsplass). Det er ikke alt jeg får tid til, og det er ikke alle problemstillinger som får fulgt så nøye som jeg kanskje skulle ønske at jeg kunne ha gjort. Så det er en åpenbar begrensning. (Informant 1)

Ifølge informant 3 er det ansatt omtrent 8 fysioterapeuter i BHT og 3-4 kliniske fysioterapeuter ellers i Forsvaret. De dekker store områder og må gjøre prioriteringer grunnet mangel på fysioterapeuter.

4.3.2 Utstyr og gjennomslagskraft

Informantene opplever ikke mangel på ressurser når de etterspør utstyr og kursing. Det utdypes av informant 1 at søknaden må være forsvarlig, men at hen aldri har opplevd å få avslag på en søknad. Informanten 1 og 3 tar også opp at de har god gjennomslagskraft på feltet sitt og har aldri blitt overstyrt av andre profesjoner:

(...) vi har ganske stor frihet, og det er ikke tvil om at det er vi som har den faglige tyngden innenfor vårt felt og har muligheter til å komme med innspill. Vi har ganske stor gjennomslagskraft i vår kartlegging, det har vel aldri skjedd til nå, at jeg på en måte har blitt overprøvd av noen andre fagfelt på en måte som vi gjør. (Informant 3)

Informant 2 ble ikke spurt om dette temaet grunnet mangel på tid.

4.4 Kultur

4.4.1 Maskulin kultur

Informantene er enig i at det tidligere har vært en maskulin kultur i forsvaret, hvor smerte var en del av opplevelsen og noe man skulle tolerere. «Skal være litt tøft, ja. “No pain, no gain”, og den der greien der» (Informant 1). De anerkjenner at elementer av denne kulturen fortsatt er igjen i Forsvaret. Alle informantene påpekte derimot at det foregår en kulturendring, hvor alle har opplevd en forbedring i form av helsekompetanse i militæret. Den generelle

tankegangen er forbedret i retning der brukerne ser at kroppen skal vare livet ut, og informantene erfarer at personell tar kontakt tidligere enn før. Informant 3 utdyper imidlertid at dette er en prosess som krever tid og at denne endringen trolig også varierer fra avdeling til avdeling.

4.4.2 Faktorene som styrer kulturendringene

Ved spørsmål tilknyttet årsaken bak kulturforandringene påpeker informantene generell samfunnsutvikling som den største faktoren. Man har blitt bedre til å ivareta egen helse på individnivå, informant 2 og 3 nevner også en økt bevisstgjøring i alle ledd i Forsvaret. Videre drar de frem at ledelsen har blitt en pådriver som tar grep for å få folk til å rapportere skader tidligere slik at det kan iverksettes tiltak.

Informantene var usikker på om flere vernepliktige kvinner i Forsvaret har påvirket kulturendringen. Informant 1 forteller at hen ser den samme kulturendringen i deler av forsvaret der det ikke er kvinner, og at kjønn derfor ikke nødvendigvis er en drivende faktor. Informant 2 støtter dette synspunktet og sier: «Jeg tror nok de er vel så opptatt av å bevise at de er like tøffe som guttene. De skal bevise at de har noe der å gjøre».

4.5 Skader og tiltak

Ved behovet for fokus på belastningsskader mener informant 1 og 2 at det er relevant. «Jeg synes jo at det er for lite fokus på muskel- og skjelettplager i Forsvaret, fordi muskel og skjelett, det er på en måte litt sånn grunnpillaren for hvordan man kan utføre arbeidet sitt (...)» (informant 1). Informant 3 ser også at soldater til en viss grad skal føle på ubehag, men at dette er avhengig av hvilken avdeling man tilhører.

4.5.1 Ansatte

Informantene sier at de bistår ansatte i mange ulike yrker innad i Forsvaret som kontor, verksted, kjøkkenansatte, osv., som innebærer at skadeomfanget er svært variert fra stilling til stilling. Informant 2 oppsummerer skadene som «(...) det er jo mye som er relatert til at ting går litt fort, så det er mye føtter og ryggen spesielt, knyttet til mye gåing, ståing og tung bæring».

Ved de mer militære stillingene beskriver de et tydelig omfang av muskel- og skjelettplager, og beskriver at grunnen ofte er tilknyttet til ståing, gåing, marsj og løping. Informantene

jobber alle på individnivå opp mot sivilt og militært ansatte for å unngå videre skader og sykemelding, veiledning ved tilbakekomst, og tilpasning av arbeidsplassen.

4.5.2 Vernepliktige

Ettersom ingen av dem jobber på individnivå mot vernepliktige, har de vanskelig for å uttale seg direkte mot det spesifikke skadeomfanget for denne gruppen. Informant 1 sier derimot at de som er nye i Forsvaret ofte har løp- og marsjrelaterte skader, altså kne- og ankelplager, beinhinnebetennelse og fotproblematikk grunnet at folk ikke er tilvendt belastningen. Informant 3 sier også om temaet: «Jeg har også snakket med leger rundt omkring på sykestuen. Altså, det kommer inn veldig mye med muskel- og skjelettplager, så det er rart at man ikke har en eller annen ordning i hvert fall».

Selv om informantene ikke har vernepliktige på individnivå, utfører de noen tiltak på gruppenivå. Ved samtale tilknyttet fysiske belastninger, ergonomi og psykososiale faktorer sier informant 3 at slike tiltak oftest utføres hos ansatte, men også innimellom mot de vernepliktige.

5.0 Diskusjon

5.1 Begrenset helseressurser

Forsvaret er avhengig av sivilt ansatte for å dekke sitt helsebehov (Pedersen et al., 2022), dette innebærer også fysioterapeuter. Forsvaret har fått kritikk for manglende helseressurser av blant annet Oberstløytnant Arne Johan Norheim (2022), spesialist i allmennmedisin og professor i helsetjenesteforskning ved Universitetet i Tromsø. Han skriver i en meningsartikkel at kvaliteten av helsetilbudet i Forsvaret er mangelfull i fredstid grunnet dårlig bruk av sivile helsetjenester og manglende breddekompetanse i FSAN. Orlogskaptein i saniteten Sverre Sanden og orlogskaptein Jostein Mattingsdal (2022) beskriver på samme måte den manglende bruken av psykologer som ressurs. Dette problemet gjelder også for tilgangen til fysioterapi. Ifølge informant 3 får rekruttene hvit lapp av sanitetslegen og må oppsøke fysioterapeut for videre behandling. De er da avhengig av fysioterapitilbudet rundt basen, som kan variere basert på lokalisering i landet. Ved lange ventelister, kan rekrutten risikere å gå uten behandling og forverre eventuelle plager.

5.1.1 Begrenset antall fysioterapeuter

Ifølge informant 3 er det omtrent 11 til 12 fysioterapeuter i hele Forsvaret – 8 innen bedriftshelsetjenesten og mellom 3 til 4 fysioterapeuter som er ansatt opp mot spesialstyrkene. Informantene nevner derimot at det kun er spesialstyrkene som får klinisk fysioterapi. Det er omtrent 18000 ansatte i forsvaret og 9800 vernepliktige (Forsvaret, 2023), dette innebærer at det er få fysioterapeuter til å dekke helsebehovet til en stor gruppe som er utsatt for muskel-/skjelettskader.

Fysioterapeutene vi intervjuet i dette prosjektet er ansatt i bedriftshelsetjenesten i Forsvaret og har et forebyggende fokus. Informantene påpeker at en stor begrensende faktor er mangel på fysioterapeuter og at de i BHT ofte må dekke store geografiske områder. Informant 1 forteller at Norge er delt i 5 regionskontor og nevner at de ikke får tid til å følge opp alle problemstillingene de ønsker. Ettersom tilgangen til fysioterapi og lengden på ventelistene varierer etter hvor man er plassert i landet, kan dette medføre at pasienter går lengre perioder uten behandling.

5.1.2 Nyttien av fysioterapi

Muskel-/skjelettplager er den største årsaken til helsehjelp i Forsvaret (Forsvarets Sanitet, 2022). Med bakgrunn i Forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapeututdanning §2-8 (2019) og studiene rundt effekten av fysioterapi for soldater, har fysioterapi gode og kostnadseffektive resultater på muskel-/skjelettplagene i Forsvaret. Som fysioterapeuter er dette vårt kompetanseområde, og ved å ansette flere fysioterapeuter kan vi hjelpe med å tilby et bedre helsetilbud i Forsvaret.

Samtidig er det viktig å påpeke at informantene synes at kompetansen deres blir verdsatt og ingen av dem har opplevd å bli overstyrt av andre fagfelt. De føler seg godt respektert innen forsvaret og har ikke mangel på tildelte ressurser i form av utstyr eller kursing.

5.2 Helsen til vernepliktige

5.2.1 Belastningsskader hos vernepliktige

Informantene har stort sett ansvaret for sivilt og militært personell. Skadene de erfarer er derfor knyttet opp mot arbeidsrelaterte hendelser, men man kan se likheter mellom skadene de erfarer og tjenesten til vernepliktige. De skildrer at årsakene ofte er grunnet lite erfaring med typen belastningsmønster, mye gjentakende belastning (marsj, gåing og løping), og at ting kan gå litt fort. Som tidligere definert er belastningsskader et resultat av at muskel- eller senevev ikke får tid til å restituere og tilpasse seg belastningen som forekommer (Bahr et al., 2014; Paulsen & Raastad, 2010). Det har også blitt sett at belastningsskader/overtrening ofte er hovedårsaken for muskel- og skjelettplager i militæret utenfor strid (Hoffman et al., 2016).

Informant 2 sier at selv om det kontinuerlig jobbes for å unngå skader fra troppsansvarlige og befal, er det vanskelig å ta hensyn til alt med så mange vernepliktige, mye program og liten tid. Prevalensen på selvrapporterte muskel- og skjelettplager hos britiske rekrutter ligger på 48%, og typiske belastningsskader som iliotibialbånd syndrom og medialt tibialt stress syndrom hadde også høyest forekomst (Sharma et al., 2015). Hos norske rekrutter har selvrapporterte belastningsskader blitt målt til 35% prevalens (Hatteland, 2019). Hvis man sammenligner disse dataene opp mot prevalensen funnet hos norske sivilt og militært personell i Forsvaret på 20,7%, kan man se at rekrutter og tidlig vernepliktige er en mer utsatt gruppe for belastningsskader. Dette da de har mindre erfaring med mengden eller typen belastning tjenesten bringer. Informant 3 bekrefter at det ifølge sanitetslegene på sykestuene kommer inn veldig mange vernepliktige med muskel- og skjelettplager.

5.2.2 Fysioterapeuter til vernepliktige

Med utgangspunkt i forekomsten av belastningsskader hos vernepliktige, så kan helsetiltak rettet mot denne brukergruppen være nødvendig mot muskel- og skjelettplager, mer spesifikt belastningsskader. Som nevnt har vernepliktige på lik linje som arbeidstakere rett på systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid jf. arbeidsmiljøloven § 1-6. Alle informantene skildrer at BHT i teorien er et tilbud for alle, der de skal være en nøytral part i form av hvem de behandler. Vernepliktige har imidlertid en annen ordning enn sivilt og militært personell i

form av sykestuene. Hellum (2019, s. 63) mener at hvis de vernepliktige føler seg verdsatt, har de større sannsynlighet for å fortsette en videre karriere i Forsvaret.

5.2.3 Sykestuene

Informant 3 forklarer at sykestuene er fastlegeordningen til de vernepliktige, og har ifølge alle informantene ingen fysioterapeuter per i dag. Det er konsensus blant informantene om at de ønsker fysioterapeuter til sykestuene, eventuelt generelt ansvarsområde mot de vernepliktige slik informant 1 skildrer. Dette er et tema som stadig er oppe til debatt ifølge informant 1. Slik sykestuene er strukturert i dag er det visse problemområder. Årsaken er at sanitetslegene på sykestuene også driver med MEDSEL (medisinsk skikkethet) ifølge informant 1 og 3. Dette kan ha negativ innvirkning på hvor mange som dermed oppsøker helsehjelp slik informant 1 beskriver: «(...) hvis en kar eller en dame som får vondt i en skulder eller vondt i rygg, så går den ikke til en sanitetslege, fordi de driver også med skikkethetsvurderinger».

Dette er en problemstilling Sanden og Mattingsdal (2022) skildrer i sin kronikk, hvor de forklarer bruk av psykologer som ressurs til vernepliktige. De beskriver at vernepliktige må gjennom legene for å få henvisning til psykolog, og at de da kan bli dimittert fremfor å behandles, «(...) Denne endringen vil trolig føre til at færre vernepliktige soldater oppsøker og mottar psykologhjelp for sine plager» (Sanden & Mattingsdal, 2022).

5.2.4 oppsøke helsehjelp

Cohen et al. (2019) utførte en studie i USA hvor de undersøkte årsaker for ikke å rapportere helsehjelp hos soldater. De observerte at hovedårsakene ofte er tilknyttet frykt for å miste karrieremulighetene og/eller at de ikke ønsket å få dokumentert noe negativt på sin helseprofil. Det kan i den sammenheng være vanskelig for å oppsøke hjelp dersom vernepliktige eller andre soldater må inngå en viss helsemessig standard for stillinger med strenge helsemessige rekvisisjonskrav. Frykten for dimittering kan da være større enn faren for forverring.

Informantene bekreftet imidlertid at fysioterapeuter ikke utfører MEDSEL, og at deres journalsystem ikke er mulig å lese for sanitetslegene. Ved å inkludere fysioterapeuter med eget rapporteringssystem som ikke gir utslag på vernepliktiges helseprofil, vil vernepliktige og andre soldater ikke være like redde for å oppsøke hjelp. Informant 1 erfarer selv at dette gir

hen et større handlingsrom i forhold til å jobbe med det som er nødvendig uten at pasienten er redd for hva som skrives ned.

5.3 Skal belastningsskader for vernepliktige prioriteres?

5.3.1 Skal være tøft

Som nevnt er det ofte tidlig i fasen til vernepliktige og rekrutter at belastningsskader oppstår grunnet høy belastning og liten mulighet for restitusjon. Denne fasen er sentral for å skille de fysisk egnede fra de fysisk uegnede, en lengre seleksjonsfase trenger imidlertid ikke å være nødvendig. Studier gjort i både den britiske og kanadiske seleksjonsfasen så at VO_{2max} kunne være en god indikator på mulig fremtidig skaderisiko (Chassé et al., 2020; Hall, 2017). Et godt argument er imidlertid at denne fasen skal være ubehagelig og inneholde noe smerte for å teste soldatenes psyke. Som beskrevet av Røislien og Wenneberg (2023) i en kronikk: “Det er ikke for hvem som helst å utføre de oppdragene som Forsvaret får, og det forutsetter betydelig militærkulturell og mental trening”. Informantene ignorerer ikke denne synsvinkelen, og informant 3 ser at soldater til en viss grad skal føle på ubehag.

5.3.2 Normalitet

Belastningsskader burde derimot ikke sees på som en normalitet eller nødvendighet for rekrutter eller vernepliktige. Grue (2016, s. 84-86) beskriver i sin bok *Normalitet* at det er viktig å justere standarden ut ifra gruppen man er i for å unngå at en større andel bli diagnostisert som syke eller avvikende. Det er også viktig å ta hensyn til at de vernepliktige har vært gjennom sesjon, som innebærer fysisk og medisinsk helsekontroll. De er derfor ikke representative for normalbefolkningen, da de har blitt avklart i å kunne tåle påkjenninger. Normalbefolkningens avvik til belastningsskader i denne sammenhengen vil mulig ikke være tilsvarende avvik for soldater.

5.3.3 Skal de prioriteres?

Gitt den høye prevalensen av belastningsskader og muskel- og skjelettplager hos norske og britiske rekrutter, kan det hende at det bare er et fåtall som faktisk trenger nødvendig oppfølging. Det kan i den sammenheng være vanskelig å avgjøre nødvendighetene med fysioterapi ettersom det ville vært urimelig å rehabilitere 1/3 til 1/2 av alle rekruttene i denne

sammenhengen. Disse resultatene tar heller ikke for seg sammenheng mellom omfanget muskel- av skjelettplager og alvorlighetsgraden dette utgjør for vernepliktige.

Informant 1 og 2 mener imidlertid at muskel- og skjelettplager burde belyses, hvor informant 1 sier «Jeg synes jo at det er for lite fokus på muskel- og skjelettplager i Forsvaret, fordi muskel og skjelett, det er på en måte litt sånn grunnpillaren for hvordan man kan utføre arbeidet sitt (...)». Skader er en stor kostnad i militæret sett ifra rehabilitering, medisinsk behandling og nedsatt antall operative personell sett fra kostnader i andre land (Jensen et al., 2019; Teyhen et al., 2014).

5.4 Kultur rettet mot helse

Kulturen i militæret har tidligere vært preget av en maskulin holdning (Creveld, 2008, s. 48-51) som kan ha gjort det vanskelig å oppsøke helsehjelp i frykt for å oppfattes svak. Dette samsvarer med informantenes utsagn og de anerkjenner at elementer av denne kulturen fortsatt henger igjen i Forsvaret, samtidig påpeker de en holdningsendring hvor soldater og ansatte lettere oppsøker hjelp. Dette fører til at Forsvaret må bedre helsetilbudet for å holde følge med den økte pågangen. Informantene nevner generelle samfunnsendringer, økt bevisstgjøring i alle ledd og fokus fra ledelsen som drivende faktorer for denne endringen i helsekulturen.

Flynn et al. (2018) fant en signifikant sammenheng mellom helsekultur og ansattes helse. Fysioterapeuter kan bidra med bedre helsekultur ved å ha opplæring om trening og skadeforebygging. Per dags dato har informantene undervisning for befal med mål om at de skal videreføre kunnskapen i trening og belastningsstyring av soldatene. Informant 2 ser nytten av opplæring og formidling mot vernepliktige slik at de kan ta kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Hellum (2019, s. 63) mener at Forsvarets sterke helsekultur har sine positive sider, men den kan samtidig utelukke nyttig personell fra Forsvaret. Dersom vi får tilgang til førstegangstjenesten kan vi ha en positiv innvirkning på helsekulturen tidlig i forløpet ved å øke helsekompetansen til de vernepliktige. Slik kompetanseheving og kulturendring kan ifølge Flynn et al. (2018) resultere i bedre helse. Informantene belyser mer undervisning som et tiltak for de vernepliktige, men det er uklart hvor mye dette skal prioriteres da informantene allerede ser en positiv utvikling på helsekompetanse i alle ledd.

5.4.1 Årsaker for underrapportering

Cohen et al. (2019) fant at blant skadde rekrutter i det amerikanske militæret, valgte 65 % av dem å ikke rapportere skaden videre. De vanligste årsakene var å ville fullføre i tide, unngå negative oppfatninger assosiert med skade og unngå helseprofil. Informantene jobber mot å unngå skader og sykemelding, veilede og tilpasse for de militært ansatte. Dersom fysioterapeuter får jobbe opp mot rekruttene, kan de hjelpe dem med å fullføre i tide, eller unngå tidlig dimittering, ved å anvende de samme strategiene som brukes for de militært ansatte.

Studien til Cohen et al. (2019) viste også at kvinner i større grad ønsket å unngå negative oppfatninger assosiert med skader. Dette går i tråd med informant 2 sitt standpunkt om at jentene i Forsvaret ønsker å bevise at de er "like tøffe som guttene" og at de hører til i Forsvaret. Almeida et al. (1999) fant at kvinner er flinkere til å rapportere skader enn menn og har lavere grad av underrapportering. Det er fortsatt usikkert i hvilken grad kjønn påvirker kulturen i Forsvaret ettersom kulturendring er en lang prosess.

5.5 Metodediskusjon

I metodediskusjonen drøfter vi styrker og svakheter ved valgene våre av metode og informanter, samt forberedelse, gjennomføring og bearbeiding av datamateriale.

5.5.1 Valg av metode:

Semistrukturert intervju passer oppgaven vår ettersom informantene kan gi oss innsikt i deres perspektiv som fysioterapeuter i Forsvaret om hvordan de brukes per dags dato, og hvordan de kan brukes som en ressurs for vernepliktige.

Semistrukturert intervju krever en aktiv deltakende rolle for både forsker og informant.

Metoden bygger på samhandling mellom to parter og er derfor avhengig av god kommunikasjon mellom forsker og informant. Dårlig kommunikasjon kan føre til redusert informasjonsutveksling. Forskeren får ikke tilgang til informantens informasjon enten fordi informanten ikke forstår hvilken informasjon forskeren ønsker, eller ved at forsker feiltolker informasjonen som informanten gir (Grønmo, 2016, s. 172). En annen svakhet med denne

metoden er at informantens svar kan bli påvirket av intervjueren. Måten vi opptrer på kan fordre informanten til å svare i visse retninger, for eksempel gjennom ledende spørsmål (Grønmo, 2016, s. 173).

5.5.2 Valg av informanter

Formålet med et strategisk utvalg av informanter er å fremme variasjonsbredde i resultatene. Informantene delte i stor grad meningsgrunnlag med noen variasjoner og variasjonsbredden ble derfor mindre enn forventet. Resultatene samsvarer stort sett med teoretisk og empirisk litteratur, denne overensstemmelsen øker sannsynligheten for at funnene kan være gjeldende i lignende sammenhenger (Malterud, 2021, s. 58-59).

Første informant tilbød å sende informasjon om vår oppgave til de andre fysioterapeutene i forsvaret. Det hadde vært ønskelig å finne separate informanter som ikke hadde kjennskap til hverandre, men populasjonen vi tar et utvalg av er såpass liten at dette ikke er gjennomførbart. Vi valgte derfor å ta imot hjelpen til tross for at det potensielt kan redusere oppgavens kvalitet. Oppgaven er avgrenset til 3 informanter grunnet begrensninger når det kommer til tid og innhold.

Det er også verdt å nevne at informantene har lite til ingen personlig erfaring med vernepliktige som pasientgruppe. De har derimot erfaring som fysioterapeuter i Forsvaret med lignende pasientgrupper, og de er engasjert i arbeidet med å få fysioterapeuter til de vernepliktige. Vi valgte derfor å bruke dem som enheter for datainnsamling ettersom de er den nærmest relaterte gruppen.

5.5.3 Forberedelse og gjennomføring

Det var 2 uker mellom det første intervjuet og de to påfølgende intervjuene. I denne perioden gjorde vi endringer på problemstillingen og innfallsvinkelen til oppgaven med bakgrunn i resultatene fra det første intervjuet. Problemstillingen var litt diffus innledningsvis ettersom vi hadde manglende informasjon om fysioterapeuter i Forsvaret før det første intervjuet. Vi beholdt de samme spørsmålene i intervjuguiden, men endret fokus på oppfølgingsspørsmålene. Under gjennomføring av intervjuene var noen av formuleringene uklare, som medførte enkelte ledende spørsmål.

Intervjuene varierte også i lengde, intervju 1 varte lenger grunnet den generelle innsamlingen av informasjon om fysioterapeuter i Forsvaret. Intervju 2 ble kort og vi fikk ikke dekket alle temaene fullstendig grunnet mangel på tid.

5.5.4 Bearbeiding av data

Vi oppdaget under transkriberingen at vi måtte fjerne en del rådata grunnet anonymisering. All identifiserbar informasjon om informantene har blitt anonymisert i transkripsjonene. Ettersom det er såpass få fysioterapeuter i forsvaret, har vi vært ytterligere grundig med anonymiseringen av utdanning, erfaring, arbeidsområde og annen identifiserbar informasjon. Det er ikke tatt hensyn til ulike forsvarsgrener i oppgaven for å holde informantene anonyme i forhold til arbeidsplass. Vi fjernet også lyder som “hmm” og enkelte partier der informantene nøler og gjentar det forrige ordet for å gjøre teksten mer leservennlig.

Under bearbeiding av datamaterialet oppdaget vi at informantene enkelte ganger ikke hadde svart på det vi ønsket informasjon om, som førte til at vi til tider kom med ledende oppfølgingsspørsmål. Dette kan være grunnet utydelige eller lite konkrete spørsmålsformuleringer ettersom vi har lite erfaring med å utføre intervju. Kvaliteten på intervjuene gikk opp etter hvert intervju, vi er fornøyd med dataene og mener vi sitter igjen med relevant informasjon som hjelper oss med å besvare problemstillingen.

5.5.5 Reliabilitet og validitet

Det er vanskelig å beregne reliabilitet for kvalitative studier ettersom undersøkelsesopplegget endres under datainnsamlingen. Det blir derfor nærmest umulig å gjennomføre uavhengige datainnsamlinger basert på nøyaktig samme undersøkelsesopplegg (Grønmo, 2016, s. 248-249). Intervjuguiden gjør datainnsamlingen mer reliabel, men tilpasningen med oppfølgingsspørsmål underveis har motsatt effekt (Grønmo, 2016, s. 360).

Vi sjekket informasjonen fra intervjuene opp mot hverandre og relevant litteratur for å forsikre dataenes validitet. Det var utfordrende å finne forskning på fysioterapeuter i det norske forsvaret og litteraturen er derfor i stor grad fra andre land som USA. Vi justerte intervjuguiden etter første intervju, som kan styrke validiteten av dataene (Malterud, 2021, s. 133-137). Det faktum at informantene ikke har vernepliktige som pasientgruppe, kan redusere oppgavens validitet. Vi intervjuer i utgangspunktet fysioterapeutene om en pasientbestand de ikke har direkte erfaring med, men vi har valgt å se deres mangel på kontakt med de

vernepliktige som et funn vi ønsker å belyse.

6.0 Konklusjon

Vi har intervjuet tre fysioterapeuter ansatt i Forsvaret for å besvare problemstillingen:

“Hvordan kan fysioterapeuter brukes som en ressurs for vernepliktige i Forsvaret, og hvilke begrensninger har de for å gjennomføre det?”. Hensikten med oppgaven er å belyse behovet for flere fysioterapeuter i Forsvaret. Forforståelsen vår tilsa at det var en maskulin kultur i Forsvaret som fokuserte lite på helse og gjorde det vanskelig for vernepliktige å oppsøke helsehjelp. Vi intervjuet tre fysioterapeuter og resultatene er ikke nødvendigvis representativt for alle fysioterapeuter i Forsvaret.

Det er vist underrapportering hos militæret av skader i andre land. Informantene ser imidlertid en positiv utvikling innen militærkulturen, og drar frem bevisstgjøring i alle ledd av Forsvaret og generell økt helsekompetanse som drivende faktorer. Dette fører til at flere oppsøker helsehjelp, som igjen gjør at Forsvaret må øke det tilgjengelige helsetilbudet for å holde følge.

Resultatene viser at Forsvaret fokuserer på forebyggende tiltak, og at de i større grad prioriterer sivilt og militært personell fremfor vernepliktige. Ingen fysioterapeuter har i dag ansvarsområde knyttet direkte mot vernepliktige, til tross for høy forekomst av muskel- og skjelettplager i denne gruppen. Helsetilbudet deres er begrenset til sykestuene og sanitetslegene. Fysioterapeuter med ansvarsområde mot de vernepliktige, og eget rapporteringssystem som ikke driver med MEDSEL, kan redusere omfanget av belastningsskader for vernepliktige som ellers ikke ville oppsøkt helsehjelp grunnet frykt for tidlig dimittering. Årsaken til at dette ikke utføres i dag er ifølge informantene på grunn av mangel på fysioterapeuter og vernepliktige som prioritering. Informantene understreker derimot at kompetansen deres blir verdsatt og ingen av dem har opplevd å bli overstyrt av andre fagfelt.

Vernepliktige blir ved sesjon ansett som medisinsk og fysisk skikket til å kunne tåle påkjenningene fra tjenestegjøringen. Forsvarets tjeneste skal også være ubehagelig og inneholde noe smerte for å teste soldatenes psyke. Resultatene tar heller ikke for seg sammenheng mellom omfanget muskel- og skjelettplager, og alvorlighetsgraden dette utgjør

for vernepliktige. Andre lands samfunn og militær har imidlertid vist kostnadseffektive resultater ved direkte tilgang på fysioterapeuter. Med bakgrunn i fysioterapeuters kompetanse mener vi det er rimelig å anta at fysioterapi vil ha lignende effekt i det norske Forsvaret. Effekt av fysioterapi mot vernepliktige i Norge er et tema som er relevant for videre forskning.

Gjennom denne oppgaven har vi blitt mer oppmerksom på fysioterapeuters kompetanse og hvordan vi kan være et effektivt tilskudd i helsetilbudet, dette gjelder også områder hvor det i utgangspunktet ikke er ansatt fysioterapeuter. Dette mener vi er viktig for oss videre, da dette utvider synet vårt for hvilke brukergrupper som kan ha nytte av vår tjeneste.

Referanser:

- Almeida, S. A., Trone, D. W., Leone, D. M., Shaffer, R. A., Patheal, S. L. & Long, K. (1999). Gender differences in musculoskeletal injury rates: a function of symptom reporting? *Medicine and science in sports and exercise*, 31(12), 1807-1812.
- Arbeidsmiljøloven. (2006). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.* (LOV-2005-06-17-62). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>
- Bahr, R., Alfredson, H., Järvinen, M., Järvinen, T., Khan, K., Kjær, M., Matheson, G. & Mæhlum, S. (2014). Skadetyper og -årsaker. I R. Bahr, P. McCrory, R. F. LaPrade, W. Meeuwisse & L. Engebretsen (Red.), *Idrettsskader - Diagnostikk og behandling* (s. 1-24). Fagbokforlaget.
- Chassé, E., Laroche, M.-A., Dufour, C.-A., Guimond, R. & Lalonde, F. (2020). Association between musculoskeletal injuries and the Canadian Armed Forces physical employment standard proxy in Canadian military recruits. *Military medicine*, 185(7-8), e1140-e1146.
- Childs, J. D., Whitman, J. M., Pugia, M. L., Sizer, P. S., Jr., Flynn, T. W. & Delitto, A. (2007). Knowledge in Managing Musculoskeletal Conditions and Educational Preparation of Physical Therapists in the Uniformed Services. *Military medicine*, 172(4), 440-445. <https://doi.org/10.7205/milmed.172.4.440>
- Cohen, B. S., Pacheco, B. M., Foulis, S. A., Canino, M. C., Redmond, J. E., Westrick, R. B., Hauret, K. G. & Sharp, M. A. (2019). Surveyed reasons for not seeking medical care regarding musculoskeletal injury symptoms in US army trainees. *Military medicine*, 184(5-6), e431-e439.
- Creveld, M. v. (2008). *The Culture of War*. Ballantine Books Presidio Press,.
- Flynn, J. P., Gascon, G., Doyle, S., Matson Koffman, D. M., Saringer, C., Grossmeier, J., Tivnan, V. & Terry, P. (2018). Supporting a culture of health in the workplace: a review of evidence-based elements. *American Journal of Health Promotion*, 32(8), 1755-1788.

- Forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapeututdanning. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapeututdanning* (FOR-2019-03-15-410). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-410>
- Forsvaret. (2023, 1. mai). *Forsvaret i tall*. Forsvaret. <https://www.forsvaret.no/om-forsvaret/forsvaret-i-tall>
- Forsvarets Sanitet. (2022). *Helse for stridsevne 2022 - Nøkkeltall og forskningsresultater fra Forsvarets helseregister*. Forsvaret. <https://www.forsvaret.no/forskning/forsvarets-helseregister-ime/publikasjoner>
- Grue, L. (2016). *Normalitet*. Fagbokforlaget.
- Grønmo, S. (2016). *Samfunnsvitenskapelige metoder* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Hall, L. J. (2017). Relationship between 1.5-mile run time, injury risk and training outcome in British Army recruits. *BMJ Military Health*, 163(6), 376-382.
- Hatteland, O. S. (2019). *Belastningsskader hos vernepliktige rekrutter ved KNM Harald Haarfagre* [Høgskulen på Vestlandet]. HVL Open. <https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmlui/handle/11250/2601819>
- Hellum, N. (2019). «Faen, jeg skulle blitt grenader, vært litt «Johnny Enkeltmann» før jeg tok det videre» – motivasjonsfaktorer, rekruttering, seleksjon og bibeholdelse av grenaderer og befal i Hæren (FFI-Rapport 18/02189). F. forskningsinstitutt.
<https://www.ffi.no/publikasjoner/arkiv/faen-jeg-skulle-blitt-grenader-vaert-litt-johnny-enkeltmann-for-jeg-tok-det-videre-motivasjonsfaktorer-rekruttering-seleksjon-og-bibeholdelse-av-grenaderer-og-befal-i-haeren>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/strategi-for-a-oke-helsekompetansen-i-befolkningen-2019-2023/id2644707/>
- Hoffman, J. R., Church, D. D. & Hoffman, M. W. (2016). Overuse injuries in military personnel. *The Mechanobiology and Mechanophysiology of Military-Related Injuries*, 141-161.
- Hon, S., Ritter, R. & Allen, D. D. (2021). Cost-effectiveness and outcomes of direct access to physical therapy for musculoskeletal disorders compared to physician-first access in the United States: systematic review and meta-analysis. *Physical therapy*, 101(1).
- Jensen, A. E., Laird, M., Jameson, J. T. & Kelly, K. R. (2019). Prevalence of musculoskeletal injuries sustained during marine corps recruit training. *Military medicine*, 184(Supplement_1), 511-520.
- Malterud, K. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- McGill, T. (2013). Effectiveness of physical therapists serving as primary care musculoskeletal providers as compared to family practice providers in a deployed combat location: a retrospective medical chart review. *Military medicine*, 178(10), 1115-1120.

- Norheim, A. J. (2022, 28. februar). *Har Forsvaret en helsetjeneste?* Forsvaretsforum.
<https://forsvaretsforum.no/forsvarets-sanitet-meninger-utdanning/har-forsvaret-en-helsetjeneste/249202>
- Paulsen, G. & Raastad, T. (2010). Restitusjon. I *Styrketrening - i teori og praksis* (s. 273-306). Gyldendal.
- Pedersen, M. N., Vormdal, T. O., Lind, M. & Engøy, T. (2022). *Fremtidens sanitet – effektiv ressurs i Forsvaret og totalforsvaret* (FFI-rapport 22/01114). Forsvarets Forskningsintitutt.
<https://publications.ffi.no/nb/item/asset/dspace:7359/22-01114.pdf.pdf>
- Prop. 71 L (2016–2017). *Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-71-l-20162017/id2546178/?ch=9>
- Røislien, H. E. & Wenneberg, R. (2023, 03. april). *Har vi glemt at Forsvaret er en militær organisasjon?* Aftenposten. <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/BWzQow/har-vi-glemt-at-forsvaret-er-en-militaer-organisasjon>
- Sanden, S. & Mattingdal, J. (2022, 24. februar). *Militærpsykologiens plass i Forsvaret*. Forsvaretsforum. <https://forsvaretsforum.no/forsvarets-sanitet-kronikk-psykisk-helse/militaerpsykologiens-plass-i-forsvaret/248429>
- Sharma, J., Greeves, J. P., Byers, M., Bennett, A. N. & Spears, I. R. (2015). Musculoskeletal injuries in British Army recruits: a prospective study of diagnosis-specific incidence and rehabilitation times. *BMC musculoskeletal disorders*, 16(1), 1-7.
- Soeters, J. L. (2018). Organizational Cultures in the Military. I G. Caforio & M. Nuciari (Red.), *Handbook of the Sociology of the Military* (2. utg., s. 251-272). Springer.
- Teien, H. K., Aandstad, A., Gulliksrud, K., Kåsin, J. I., Køber, P., Lereggen, F. A., Ronnes, N., Sagen, T., Gjein, G., Garang, S., Thorsby, G., Lang-Ree, O. C., Eriksen, C. & Voie, Ø. (2019). *Selekteres de riktige personene til dagens Forsvar? – beskrivelse av dagens seleksjonsordning til førstegangstjenesten* (FFI-Rapport 19/01738). Forsvarets forskningsinstitutt. <https://ffi-publikasjoner.archive.knowledgearc.net/bitstream/handle/20.500.12242/2613/19-01738.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Teyhen, D., Bergeron, M. F., Deuster, P., Baumgartner, N., Beutler, A. I., de la Motte, S. J., Jones, B. H., Lisman, P., Padua, D. A. & Pendergrass, T. L. (2014). Consortium for health and military performance and American College of Sports Medicine Summit: utility of functional movement assessment in identifying musculoskeletal injury risk. *Current sports medicine reports*, 13(1), 52-63.

Vedlegg 1 - Samtykkeskriv

Vil du delta i bachelorprosjektet

“Fysioterapi til vernepliktige”

En kvalitativ studie om fysioterapeutens erfaringer og beskrivelse av sin rolle i militæret

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke fysioterapeuters erfaringer, ansvarsområde og autoritet i militæret. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg. Dette prosjektet vil utgjøre bacheloroppgave i fysioterapi. Opplysningene som samles inn skal ikke brukes til andre formål enn skissert i dette informasjonsskrivet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du spørres om å delta i prosjektet fordi du har erfaring med å være fysioterapeut og dens arbeid i militæret. Det er ikke mange med erfaring innenfor dette feltet, så din deltagelse vil settes svært stor pris på.

Intervjuet vil vare ca 20-45 min. Vi tar lydopptak og notater fra intervjuet. Deltagelse over Zoom er ønskelig. Spørsmålene kan sendes i forveien.

Formål

Vi ønsket et tema hvor vi ser på militærets bruk av fysioterapeuter. Temaet har blitt mer aktualisert nå i disse usikre geopolitiske tider. Vi ønsker i denne sammenheng å sette lys på fysioterapeutenes rolle i denne arenaen slik at vi bedre kan forstå vår plass i denne utvidelsen, og mener at vi kan bidra i tjenestegjøringen. Hva er fysioterapeutenes ansvarsområde og autoritet, og hvordan blir behandlingen påvirket av den fysiske krevende hverdagen til en soldat. Hvordan vurderes smerte og symptomer i en militær kontekst, koblet mot det å ha et godt rustet militærpersonell.

I denne sammenheng ønsker vi å se på;

- Fysioterapeutenes autoritet når det kommer til soldatenes helse versus militærets rammer og

strukturer

- Hvordan soldatene rehabiliteres
- Hvordan fysioterapitjenesten er strukturert i militæret
- Rollen til fysioterapeutene

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskulen på Vestlandet er ansvarlig for prosjektet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at vi vil gjennomføre et intervju med deg. Det er utarbeidet en intervjuguide som omhandler spørsmål om dine erfaringer om det aktuelle tema. Dersom det er ønskelig kan vi sende deg spørsmålene i forkant.

Temaer innebærer blant annet;

- Hvordan er fysioterapitjenesten utformet?
- Undersøkelse, tiltak og mål, evt. andre arbeidsoppgaver
- Karakteristikk av pasientgruppen – smerter og symptomer
- Autoritet i militæret, evt. konflikter
- Forbedringsønsker eller annet?

Intervjuet vil vare ca 30-60 min. Vi tar lydopptak og notater fra intervjuet. Deltagelse over Zoom er ønskelig.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Kun vi som er tilknyttet dette prosjektet vil ha tilgang til dataene.

Lydopptaket vil lagres i passordbeskyttet pc, og slettet etter transkripsjon. Navn og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres innelåst og adskilt fra øvrige data.

Ingen vil kunne gjenkjenne deg i den skriftlige teksten.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres i bacheloroppgaven, alle andre data slettes når bacheloroppgaven godkjennes (senest ved utgangen av august 2023).

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskulen på Vestlandet har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Vedlegg 2 – Intervjuguide

Intervjuguide

Innholdet vil bli anonymisert

Fysioterapitjenesten

- Kan du kort beskrive om hvordan tjenesten din er strukturert: Jobber du på basen, jobber du privat, får inn henvisninger? Heltid / deltid? Forebyggende eller rehabiliterende fokus?
- Hvordan ser pasientbestanden/brukerne ut? Utelukkende militærpersonell eller annet?
- Føler du at det er mangel på fysioterapeuter?
- Møter du på noen begrensninger i utøvelsen av jobben din? F.eks. Tidsperspektiv, forventninger, utstyr/resurser, osv.
- Er det noe du ville endret med fysioterapeutens rolle i militæret?

Kultur, normalitet og helsekrav

- Er belastningsskader viktig å analysere? Med mindre det er veldig hindrende er de jo fremdeles stridsdyktige
- Hvordan ville du beskrevet helsekulturen i militæret? Er den “smerte er bare svakhet som forlater kroppen”, eller ser de det biopsykososialt?
 - Blir rollen din formet av dette?
- I hvilken grad tror du at fokuset på psykisk helse og kvinneansettelse påvirker den militære helsekulturen?
 - Evt hvilke andre faktorer tror du påvirker helsekulturen?
- Militært personell skal være stridsdyktige og skal oppleve smerte og mestring - er det derfor relevant å sammenligne soldaters helse opp mot sivile?
- Endres helsesynet til forsvaret i fred, krise, krig?
- Tror du det er underrapportering av belastningsskader i forsvaret? Isåfall hvorfor?
- Hvordan tror du helsekravene i Forsvaret påvirker soldater, befal, offiserers helse?

Rolledynamikk

- Hvordan tenker du Forsvarets helsetilbud burde være strukturert - bredere og mer helhetlig, eller spisset inn mot strid som er deres kjernekompetanse?
- Hvilken fagperson har det siste ordet? Hvordan er hierarkiet?
 - Hvordan er rolledynamikken?
 - Har du mulighet til å avgjøre eller påvirke tjenesteutøvelse
- Hvordan er det tverrfaglige samarbeidet mellom de andre helseprofesjonene?
- Blir du og/eller andre helsepersonell sett på som en helsefremmende eller en sykkeliggjørende part?

Annet

- Er det noe du vil tilføye/tema vi ikke har dekket som du føler er relevant?

Vedlegg 3 – Informant 1:

Da begynner vi bare. Lurte først på om du kunne presentere deg selv, litt hvordan du kom i denne stillingen, hvordan du jobber i militæret, hvor lenge du har jobbet der, gjerne hva du gjør.

Ja, jeg heter (X). Har jobbet i forsvaret siden (X). Jeg elsker jobben min, beste jobben i hele verden.

Jeg jobber i en bedriftshelsetjeneste, som betyr at jeg har fokus på forebyggende helse. Det er hovedfokus mitt. Og bedriftshelsetjenesten, det er bestemt ut av arbeidsmiljøloven, og der er det sånn at noen virksomheter, eller bransjer som vi kaller det, som er bestemt at de skal være tilknyttet bedriftshelsetjeneste - for eksempel en del sånn verkstedsbedrifter som har sveiserøyk og litt forskjellig sånne eksponeringer i arbeidslivet som gjør at de skal ha oppfølging av helsepersonell.

Men så, forsvaret har besluttet at bedriftshelsetjenesten skal være tilknyttet alle forsvarsansatte, så derfor så er vi en intern bedriftshelsetjeneste, som er ansatt av forsvaret, og vi er en blanding ut av militært- og sivilt ansatte - personlig sivilt ansatt.

Vi har liksom dekket hele Norge mellom oss, da vi har 5 sånne regionskontor. Så min arbeidshverdag den er ganske variert, og det er en av grunnene til at jeg synes det er så gøy og jobber med alt ifra, som jeg sa, verkstedsansatte der, til de som jobber ute på (X), til de som jobber på kontorer - logistikk ansatte, kjøkkenpersonalet, de som jobber spesifikt med idrett, altså ja, jeg har en veldig veldig variert arbeidshverdag.

Jeg har også pittelitegrann sånn. Hva skal jeg si? Klinisk fokus i forhold til disse spesialstyrkene. Fordi at de har så spesielle krav til fysisk kapasitet i sin jobb. Så da har jeg litt sånn individuell oppfølging ut av den gjengen der. I og med at personell som arbeider typisk på (X), eller sånt, de har også fysiske

krav i jobben, så da har jeg fokus på dette med treningsveiledning, og det er i opptrening etter skader og sånt noe, sånn at de kan bestå de fysiske testkravene

Men ellers så jobber en del på sånn systemnivå også, ja for eksempel det møtet som jeg var på tidligere i dag, så holdt vi på med innkjøp. Innkjøpsrutiner og kontormøbelavtale, så liksom innkjøp av utstyr og den type ting, driver jeg også med.

Hvem er det du sitter i møtet med da?

Du, det var meg og en annen fysioterapeut, (X) jobber i (X), fordi at de vil ha en del sånne krav på den avtalen vi skal inngå, at de kan tilby sånn og sånn og sånn.

Hvordan ser brukerne eller pasientgruppen ut? Hvis jeg husker riktig, da var det folk på båt, det var litt administrativt, det var litt klinisk i forhold til de tydelige målene sine. Så da har du ganske så spredt brukergrupper da?

ja

Er det bare militærpersonell, eller er det litt sivilt ansatte, som du har forklart?

Det er sivilt ansatte også, men det er flest militært personell som er ansatt der ute, så det er mest militære. Men sånn som for eksempel verkstedsansatte, der er det stort sett bare sivilt personell. Så det er litt av begge deler. Noen avdelingene har mer av den ene kategorien, enn den andre kategorien.

Hvordan jobber du tverrfaglig i dette arbeidet?

Du, det kontoret som jeg er ansatt på, der er sykepleier, lege, yrkeshygieniker - altså det er en person som tar målinger av lys, støy, luftkvalitet og eksosgasser og ja, den type ting da. Hygieniker, det høres jo ut som én som har med vasking å gjøre, men altså, det handler om sånn eksponeringer i arbeidslivet da.

Og så er det jo også en arbeidslivpsykolog. Vi har ukentlige møter, også sammen med de som sitter på regionskontoret våres i Stavanger, for der har vi også en gjeng som sitter der nede da. Så har vi ukentlige møter der hvor vi samordner våres virksomhet. Og så har vi, og så har vi en del sånne prosjekter som vi jobber sammen med da. Og i tillegg til det... Det er de som jeg er organisert sammen med. Men i tillegg til det så har jeg veldig tett samarbeid med de som jobber med idrett.

Men det er veldig, veldig, veldig tilrettelagt ut ifra hvordan vi arbeider, og der har jeg veldig tett og godt samarbeid med den gjengen der da, alt ifra som type på gruppenivå, at vi iforhold til hvordan legge opp trening og den type ting, men også hvis det er spesielle folk som har behov for spesifikk oppfølging da. Alt ifra folk som har gått ut til sykemelding til folk som ikke består fysiske krav.

Men kommer de inn til dere på det kontoret, eller drar dere ut til de? Hvor er det behandlingen skjer for å si det sånn?

Det er litt sånn både òg, for altså du kan si, stort sett hvis det er på individnivå så kommer de inn til oss. Men det er også sånn at vi drar ut på arbeidsplassene rundt omkring, og da er de aller fleste på (X), fordi at det er liksom det som er hovedbasen da.

Så vi drar ut der og driver med sånn type tilrettelegging av arbeidsplassen, eller hvis vi har møter med de, så drar vi også ut da.

Hvordan mottar dere disse “bestillingene”?

Du, i forhold til arbeidsmiljøloven, den som da regulerer den bedriftshelsetjenesten sin virksomhet, så er det sånn at alle skal ha lov til å ta kontakt med oss. Sånn som på ledernivå så kan de ta kontakt. For eksempel; “jeg har en kar som er sykemeldt her nå. Han trenger litt oppfølging, sånn og sånn, kan dere ta en prat”, eller at verneombud, eller tillitsvalgt, eller noen ansatte selv.

Så alle kan ta direkte kontakt med oss. Så da har vi både det at de kan ringe eller sende mail eller, og så har vi et sånn kontaktskjema på intranett som vi bruker en del også, spesielt i forbindelse med sånne kartleggingsprosjekter da.

Hvilke diagnoser og sånn er det dere ser mest av? Er det veldig variabelt fra hvilke arbeidsgrupper du har med å gjøre?

Ja, altså. Hvis jeg skal si for mitt, fra fysioterapauten sitt ståsted? Ja, altså, hva ser jeg mest av?

Altså de som er nye i forsvaret, der ser man ofte er en del sånne type løpsrelaterte/marsj-relaterte skader, altså kne(plager), ankel(plager), beinhinnebetennelse, fotproblematikk. Det at folk begynner å gå og løpe, og ikke er vant med å gå eller løpe. Det er kanskje det jeg ser oftest blant de da. Det pleier ofte å avta etter en stund de har jobbet for da begynner de å bli vant med det, så går det litt bedre, men det er en utfordring i forhold til det å være god nok forebyggingssiden ut av de problemene der da.

Ellers blant de ansatte, en god del kne- og skulderproblematikk, og rygg er vel kanskje de 3 vanligste diagnosene der da. Men løpsrelaterte skader er egentlig litt sånn hele veien altså.

Men når du sier du jobber litt sånn administrativt, er det noe du gjør annet enn hva vanlige arbeidsoppgaver, sånn som eventuelt forskningsprosjekt, noe undervisning, treningsgrupper?

Ja, jeg har litt av alt det du nevner der egentlig.
Akkurat nå så holder jeg på med (X).

Vi har jo helsetjeneste som vi kaller for saniteten i forsvaret. Når det gjelder ansatte så, hvis en kar

eller en dame som får vondt i en skulder eller vondt i rygg, så går den ikke til en sanitetslege, fordi de driver også med skikkethetsvurderinger. Så det kan gå ut over helseprofilen, sånn at de sier ikke at de har vondt i ryggen til den legen da.

Undervisning er sånn som skjer hele tiden. Der har vi både noe litt sånn tverrfaglig undervisning, og så har jeg noe som direkte som veldig sånn fysioterapi-rettet.

Og nå så har jeg ikke så mange treningsgrupper, men det er litt hvor mye jeg har lyst til, jeg kan bare holde på med det hvis jeg har lyst til det, men akkurat nå har jeg satt den litt på vent for å ikke å få alt for mye å gjøre. Men jeg hatt det før òg.

Vi har sett litt på den der “helse- og stridsevne”. Der hentet noen tall fra belastningsskader, og... Det var ikke så veldig mye å finne der av ulike typer skader.

Den er jo ikke så veldig detaljert den oversikten der, men det som er interessant der da synes jeg, det er det at nummer én grunnlag for at... dette er stort sett de vernepliktige i denne helse for stridsevne, for det er de som går til de sanitetslegene sant. Så er det stort sett disse tallmaterialet er stort sett hentet ifra konsultasjoner med... mellom lege og vernepliktig. Men nummer én “grunnlag til hvorfor de søker legetjenester” er jo plager fra muskel og skjelett. Der står en sånn... Har du tilgang på hele den rapporten?

Det står noe sånne grafer da med hvorfor folk kommer til saniteten. Og da er det plager fra muskel- og skjelettapparatet som er grunn nummer én. Og det er det samme som har gått igjen hvert eneste år siden de begynte å lage disse rapportene. Sånn at det med at muskelskjelettapparatet har betydning for folket i forsvaret, det er helt åpenbart at det er min vurdering da, og er også et stort grunnlag for hvorfor folk vi førstegangstjenesten dimitteres, altså førdimitteres.

For mange blir overgangen, spesielt med dette her med å gå og marsje, og løpe, samtidig med det med sekk, å gå med sekk, det blir for mange litt for brå overgang.

Vi har jo også tenkt litt på det her med kulturen i forsvaret, om altså, mange har jo en tanke om at, altså spesielt når de kommer inn, at det skal være litt vondt. Det skal være sånn “bit tennene sammen”, kom deg gjennom.

Skal være litt tøft, ja. “No pain, no gain”, og den der greien der. Jaja.

Har du noen tanker rundt kulturen om det kan påvirke, kanskje om de oppsøker hjelp?

Ja, det tror jeg nok det kan. Jeg tror nok den er til en viss grad tilstedeværende hos en del ja. Og litt

den der med å være litt sånn tøff. Samtidig så er det mer, også litt sånn fokus på, okei, de må tenke litt totalbelastning og hvordan er det, og hvordan livet ellers. Jeg føler på en måte det er litt sånn skifte i det, der det tidligere var mer “smerte er bare feighet som forlater kroppen”, til en sånn - OK, vi prøver å ta på alvor de signalene kroppen sender oss, og hva er smart her. Så jeg synes det i grunn har vært litt sånn skifte i det egentlig.

Vi har jo lest litt på det i Forsvarets forum hvordan... snakk om fokus på psykisk helse. Veldig skifte der. Og det er i alle fall en vei til det biopsykososiale i hvert fall, som er jo veldig... litt sånn som du sier. Det er i et skifte virker det som, og utenfra, uten at jeg har noen anelse.

Men det er i grunnen det med... oppfatningen jeg deler littegrann. Det er noe som er i ferd med å forandre seg littegrann, ja. Bare det at vi fikk lov til å ansette en psykolog hos oss for å ivareta helse også. Så, så ja.

Føler i grunnen det er litt sånn skifte, men sånn spesifikt i forhold til hvordan man forholder seg til muskel- og skjelettplager. Der synes jeg ser litt sånn... En endring ifra det med å på en måte tenke at symptomer for kroppen er noe du bare skal tåle og se igjennom, til å bli noe som “Ok, dette er noe kroppen prøver å fortelle oss noe her”, og litt mer sånn langsiktig tankegang på at disse knærne skal vi beholde til... altså jeg skal klare denne jobben når jeg er 50, og sånn ja.

Dere som fysioterapeuter, er dere med i den endringen, eller er det Forsvaret i seg selv?

Jeg tror det er litt samfunnsutvikling for å være helt ærlig. Kanskje også at vi har flere kvinner i forsvaret? Vet ikke helt. Men det er jo også noe som har skjedd liksom parallelt her også sant, at det muligens at noe av den der litt sånn overtøffe, kanskje maskuline, at det muligens har hatt litt innvirkning også.

Men det er jo noen miljøer som for eksempel marinejegere. Det er ingen kvinner som kvalifiserte seg for å bli marinejegere, så det er oppe blant operatørene. Men der også synes jeg likevel at jeg ser det. Så tror kanskje litt som samfunnet, at vi begynner å se littegrann skarpere på ting da. Men dette er jo bare synspunkter.

Hvis vi, hva skal man si, nå har vi kommet litt med hvilke tanker vi har nå om forsvaret sitt helsesyn og hvordan de vurderte helse før vi kom inn i det her. Du som nå har jobbet innenfor forsvaret i flere år. Hvordan synes du at de ser på helse, og eventuelt om utviklingen?

Jeg synes jo at det er for lite fokus på muskel- og skjelettplager i Forsvaret, fordi muskel og skjelett, det er på en måte litt sånn grunnpillaren for hvordan man kan utføre arbeidet sitt, altså uansett, selv om det er 'cyber warriors' som vi kaller det, altså folk som jobber med data. Altså i ytterste tilfelle krig, så

er det en fysisk affære som man må være fit for å klare å stå i en del av de operasjonene som skal være.

Sånn at jeg synes vel kanskje det er at helsetjenesten har et veldig sånn medisinsk fokus egentlig, og ikke så veldig pro fysisk på muskel- og skjelettapparatet til tross for at det er jo muskler og ledd som må fungere for at det skal virke. Sånn som for eksempel på sykestuene ute hvor saniteten er tilknyttet og tar imot de vernepliktige, der det er null fysioterapeuter. Det er ingen fysioterapeuter som er ansatt der.

Så mitt ønske for det hadde jo vært å tatt inn det som vi kaller for vernepliktig akademisk befal, sånn som legene. De tar inn ferdig utdannede leger som da fungerer som sanitetslege. Så kunne de også tatt inn fysioterapeuter som er ferdig med utdannelsen, men som hadde sin verneplikt som fysioterapeut. Da kunne man utnyttet en ressurs og fått mye mer fokus på muskel og skjelett.

Ja, mitt inntrykk, eller min forståelse av det, er at det er mer fokus på det her med det som legen måler og veier, holdt på å si, enn det som er av fysisk vurdering av muskel- og skjeletthelse.

Er det sånn at legen har mer autoritet enn de andre?

Ja. Sånne ting som at for eksempel en som ikke klarer å gjennomføre en test. La oss si at du har fått en eller annen overbelastningsskade, for eksempel. Da må det til legen for å få legeattest for å få utsettelse til fysisk test, det er ikke tilstrekkelig med en attestasjon fra meg.

Kan vi jo egentlig gå litt over på din autoritet. Hva vil du si er din autoritet i din jobb, og i helsen til de du behandler?

Du altså, der hvor jeg uttaler meg, med unntak av dette med fysisk test, men der jeg uttaler meg, så har jeg faktisk aldri opplevd å ikke bli hørt. Jeg skriver en del sånne her anbefalinger, for eksempel innkjøp av utstyr til den personen som enten har trøbbel med å gjennomføre fysisk test, eller som vi står i fare for sykmelding, eller er sykmeldt. Der føler jeg at de tar veldig på alvor det som vi sier da, absolutt. Har aldri opplevd at de ikke har adressert det på en sånn måte som jeg synes er fornuftig da. Så de alltid møtt meg på det.

Og i forhold til andre ting der hvor vi er rådgivende organ, blir vi veldig sånn, Ja, hørt og lyttet til. De tar absolutt på alvor de tingene som vi sier da, helt klart.

Tidligere så nevnte du det her med strid, hvordan endres din rolle som fysioterapeut i krig?

I og med at jeg er sivilt ansatt, så vil jeg i første rekke ha... Jeg vil ikke bli sendt ut i strid, kan du si da. Og vil i første rekke ha oppgaver som er knyttet til basen, sånn i utgangspunktet.

Hvis en fysioterapeut som ikke er sivilt ansatt, de kunne da bli sendt ut?

Ja, teoretisk sett ja.

Nå har du jo snakket litt om, altså rollen til fysioterapeuten i militæret, og gjerne hvor de er og hvor de ikke er. Er det noe du kunne sett for deg skulle endre seg med tanke på fysioterapeuter i militæret?

Som sagt så kunne jeg godt tenkt meg at det var ansatt flere, at vi hadde flere, og at det var noen som hadde spesifikt ansvarsområdet de vernepliktige, med tanke på å forebygge typisk disse her løpsrelaterte skadene som vi ser. Så der har jeg en visjon. Den er vi ikke ferdigsnakket med i Forsvaret for å si det sånn. Vi kommer til å ta den opp igjen mange ganger sikkert. Det håper jeg at vi kan få til på et eller annet tidspunkt.

Når jeg i hvert fall var i førstegangstjenesten, så husker jeg at det var jo 20 åringer som underviste oss.

Nei, det er det er sant altså. Det har jo både med autoritet og kompetanse og på en måte ja, og det er jo... Bare en sånn ting sånn som på Madla, der har vi en fysioterapeut som er ansatt i bedriftshelsetjenesten. Han er inne en del. Han ble ansatt nå i fjor, altså i høst i fjor. Og så har vi han som er leder av idrettstjenesten der nede, han er også utdannet fysioterapeut. Han har jobber altså, han har ikke stillingsannonse, altså, han har ikke stillingsbeskrivelse som fysioterapeut, så da begynner liksom kompetansen å bli ganske bra etter hvert, men det er relativt nytt da.

Men det er klart at en tjuetåring befal om på en måte, skal kanskje også være litt sånn tøff da, kanskje ikke den som er best på dette her med fornuftig innfallsvinkel til en del av aktivitetene. En av aktivitetene som vi har sett har vært forbundet med mye, mye skader, det er nærkamp trening.

Så dere ser på, har en litt sånn gradvis oppbygging ut av treningen, samtidig som på en måte er noen av disse her med hendene bak på ryggen. Det er jo skuldertrøbbel forbundet med det at man utviser noe forsiktighet med noen av de der tingene. Det er klart det er vanskelig, for du skal jo liksom øve på aggresjon også der. Men at man da har fysioterapeuter eller andre med kompetanse inne der for å gi undervisning til de som skal utføre treningen, det kan være veldig viktig.

Har du noen begrensninger i jobben din? For eksempel ressurser, forventninger eller midler.

Altså en ting som er en åpenbar begrensning for meg er at jeg er alene som fysioterapeut på (arbeidsplass). Det er ikke alt jeg får tid til, og det er ikke alle problemstillinger som får fulgt så nøye som jeg kanskje skulle ønske at jeg kunne ha gjort. Så det er en åpenbar begrensning. Det er det med tid rett og slett, fordi jeg er alene der da.

Når det gjelder utstyr og sånt, hvor mye skal man kjøpe, hvor mye trenger man og så videre. Men jeg har fått det jeg har bedt om. Så hvis jeg begrunner ting i forhold til hvis jeg skal på kurs eller sånt. Jeg får det jeg ber om. Så der tror jeg jeg har det en del bedre enn for eksempel kommunefysioterapeutene. Men jeg må begrunne det, og kanskje også det jeg har fått fordi at jeg ikke har prøvd å spurt om et eller annet sånt ekstravagant da.

I forhold til det med begrensninger, hva skal jeg si? Du nevnte hva forventninger folk har til meg så er det jo klart at, en forventning som jeg tror alle de fleste fysioterapeuter møter er jo det “kan ikke du legge meg ned på benken som gjør meg frisk?”. Og den behandlerforventningen, den må jeg av og til si at det kan jeg ikke gi dere.

Jeg jobbet også helt privat på privat klinikk, og da følte jeg kanskje det var mer ut av det. Nå har jeg veldig mye flere hendelser hvor de ringer eller skriver mail, eller whatever, og skriver “jeg har et problem med et kne som gjør at jeg ikke får løpt en 3000 på den tiden jeg skulle hatt. Har du noen tips til meg?”

Altså de de henvender seg og ber om råd til egenaktivitet. Ja, har du noen tips til hvordan jeg kan gjøre selv, kan jeg omlegge treningen min, hva kan jeg gjøre selv da. Jeg synes jo kanskje det er et litt annet fokus om der hvor jeg synes selv at de har en større grad av eget driv til hva de skal oppnå da. Det er ikke sånn passivt sånt “kan du gjøre meg frisk” greie. Det oftere mye mer sånn aktivt - Hva kan jeg selv få til.

Nå snakket jo litt om de kaller holdningene til fysioterapi. Da var vi faktisk litt nysgjerrige på om de ser på dere, litt sånn som legene, om det kan være litt skummelt å dra dit fordi da får man gjerne bekreftet at du må kanskje dimitteres, eller at du ikke kan gjøre noen ting. Om fysioterapeuten blir litt sånn sykeligjørende, eller om det er en arbeidspartner?

Det pleier jeg å si til de når vi starter konsultasjonen er at mitt journalsystem er ikke linket opp til legen sitt journalsystem. Sånn at legen kan ikke sette det ned i helseprofil på bakgrunn av det som jeg skriver i min journal. Og det gjør at man får et større handlingsrom i forhold til dette her med at, OK, nå jobber vi med ressursene her fram til det ikke går lenger, da eventuelt. Klarer man det ikke, så klarer man det ikke, men at vi har et større handlingsrom å jobbe ut ifra, med mindre det er sånn at du må bestå det kravet, der i en sånn og sånn dato for å få den stillingen for eksempel. Skal du ut i NATO-opdrag så må du kunne skilte med fysisk test eksempel. Ellers så kan vi gjerne ta en utsettelse på fysisk test, så jobber vi med det som vi skal gjøre. Og da har jeg min journal for meg selv.

Det er jeg veldig glad for. Det gir meg et annet gir meg et annet handlingsrom enn hvis jeg skulle ha svart i forhold til det med skikkethetsvurdering. Så jeg føler jo at de kommer til meg fordi at de ønsker å jobbe med noe og ikke er redd for at de blir skrevet ned.

Det er noe du må si på forhånd da? Så det kan være folk som ikke vet om akkurat det journal skillet der?

Ja, det kan det. Det kan det. Så hadde vi vært flere, så skulle vi reklamert litt mer. Det er helt sant at det kunne vært... Ja, det er det kunne vært et større behov da. Dekket et større bord.

Siden det da er separate journalsystem, samarbeider dere da med legen eller er de mer separat borte i sin egen krok?

De er litt sånn, litt for seg selv, men det finnes en sånn meldingsfunksjon på det journalsystemet som gjør at vi kan sende en melding mellom oss da, så på den måten samarbeider vi likevel. Men de kan ikke gå inn i min journal og se hva jeg har skrevet.

Da tror jeg nesten vi har vært gjennom det meste. Er det noe du vil tilføye, noe som vi ikke har snakket om, som du mener er relevant?

Nei, det er liksom det der at det er mye å ta tak i. Det er mange problemstillinger vi kunne ha arbeidet videre med, men vi er en litt knepen ressurs i Forsvaret som jeg skulle ønske at vi kunne være enda flere og vi kunne jobbet enda bredere da.

Vedlegg 4 – Informant 2:**Jeg tenkte først vi kunne begynne litt med struktureringen av fysioterapitjenesten i Forsvaret. Kan du kort beskrive hvordan tjenesten er strukturert; jobber på en base, jobber privat, får inn henvisninger, heltid, deltid.**

Jeg er ansatt i Forsvarets bedriftshelsetjeneste, samme som (X), på (X), lokalisert på (X), jobber 100%. Og i bedriftshelsetjenesten så jobber vi jo primært mot de ansatte i Forsvaret og ikke mot soldatene. Men det er på en måte organisert sånn at vi skal støtte både arbeidsgiver og arbeidstaker, og skal være en nøytral part, så begge to. Og at vi kan jobbe på individnivå for de ansatte, men på gruppenivå for soldatene da, som er sånn grupperettet tiltak.

I forhold til type oppgaver, så har jeg jo en litt sånn spesiell... eller jobber som bedriftsfysioterapeut er ganske spesielt i forhold til det du lærer på studiet, fordi at du jobber veldig, veldig lite klinisk i utgangspunktet, ingenting for min del. Det eneste jeg egentlig gjør av den type jobb er å undersøke enkelte ansatte som har vært sykmeldt eller står i fare for å bli det, og gir de veiledning og råd i forhold til øvelser, trening, belastningsstyring, tilpasning i arbeidet, og anbefaler de videre henvisning til privat fysioterapeut på utsiden da.

Så jeg skal i utgangspunktet ikke ha så mange konsultasjoner med hver viss jeg tar det inn én og én liksom. Ellers er det jo mye fokus på ergonomisk kartlegging og risikovurdering. Generelt hvis det er tungt, mekanisk, fysisk arbeid, så er vi ute å kartlegge og vurdere, og ser hva er det som gir høyest risiko for muskel- skjelettplager her, og vurdere det opp imot eksponering, altså, hvor lenge, hvor mye, hvor ofte, og såne ting. Og så anbefaler vi tiltak i forhold til det.

Så det ble litt mer på sånn systematisk nivå igjen da, ikke liksom... og det er jo der vi egentlig vil være, vi vil være i forkant før de får vondt, sånn at vi kan sette inn forebyggende tiltak, og så har vi. Jeg har litt sånn "train the trainers" kaller vi for. At vi har opplæring av instruktører i forhold til forebyggende trening. Jeg er jo på (X), der er det mye skole. Spesielt i forhold til (X), og de som skal

(X). Og da er det primært for å forebygge for plager relatert til helkroppsvibrasjoner. Så der er det litt sånn spesielt fokus på de, og så er det litt på verkstedsansatte og kjøkkenansatte. Vi har jo liksom mange sivile jobber i forsvar og det er ikke bare de grønne, ja.

Jeg er jo eneste fysioterapeuten som jobber egentlig hele (X), fra (X) til helt opp til (X). Så jeg “serve” (tjenestegjør) litt sånn hele arenaen i (X). Så er det noen avdelinger som har egne kliniske fysioterapeuter. Jeg vet ikke om dere har pratet med de, men spesialstyrkene har jo egne som tar, på en måte, både soldater og ansatte i behandling som gjør på en annen måte enn oss. Vi er i bedriftshelsetjenesten.

Jeg lurte litt på når du sa at dere trener opp disse instruktørene. Hvilke type instruktører og gjerne hvilke grupper er det de har som dere trene opp?

Nei, altså, det er jo for eksempel, eller sånn som jeg har (Arbeidsgruppe) FYFO (fysisk fostring) kaller vi det for, og da er det de som skal bli (Arbeidsgruppe) som skal instruere andre i og bli (Arbeidsgruppe), så må de lære hva de bør gjøre for å forebygge, ja.

Hvordan er det tverrfaglige samarbeidet under denne prosessen her?

Nei, jeg jobber jo i team med leger, sykepleier og yrkeshygieniker i BHT da, så vi er jo veldig veldig tett og er alltid stort sett nesten alltid sammen på, i hvert fall på risikovurderinger og sånne type oppdrag da. Så jobber jeg jo tett med leger, selvfølgelig, i forhold til konsultasjoner, og får henvist ansatte for de er jo inne på helsekontroller veldig mange av disse der de gjør støy, eller altså, audio... hørselstest, og har en samtale i forhold til eksponering og da fanges det opp mye. Altså, kanskje en del har gått med vondt uten å gjøre noe med det. Legene henviser de til meg da for videre støtte. Ja.

Vi fikk informasjon forrige gang at det kunne være litt sånn skikketetsvurdering i det. At mange var litt redd for å komme inn for å bli vurdert som ikke skikket på grunn av helse. De skal ha en viss standard når det kommer til helse og fysiske tester, og litt sånn forskjellig. Er det mange som kommer inn og er litt redde for å vise sine plager på grunn av det?

Det er nok ikke det hos meg fordi vi journalfører i et modul som ikke er synlig i forhold til intops (internasjonale operasjoner) og sånn, hvis de skal reise ut. Det er nok et større problem på sykestua. Når de er inne på MEDSEL (medisinsk skikketet) kaller vi det for, der de må inn for og på en måte være skikket for å reise ut.

Hos oss så synes jeg egentlig at de er ganske åpne, og så har de ofte kommet på en måte så langt at de skjønner at hvis jeg skal kunne fortsette i jobben, så jeg er nødt til å få litt hjelp. Alternativet er at de må bytte jobb da, og da vil jeg jo heller bruke den støtten som gir de i forhold til å sette inn tiltak på at de skal kunne bli. Så for min del, så er ikke det noe sånn veldig aktuelt.

Men tenker du det har noe med din pasientgruppe å gjøre? Eller din brukergruppe?

Ja altså, det er vel litt med hvordan vi møter de og når vi kommer inn. Hvis jeg hadde jobbet klinisk, og vært tilknyttet sykestua for eksempel, så hadde jeg kanskje vært et større problem da. Da ville man på en måte ta det med i vurderingen i forhold til sikkerhet.

Tenkte litt på hvilke skader eller diagnoser du ser mest av i hverdagen?

Nei, det er jo mye som er relatert til at ting går litt fort, så det er mye føtter og ryggen spesielt, knyttet til mye gåing, ståing og tung bæring.

Hvis du ser litt på sånn på befal og offiserer og soldater? Tror du at belastningsskader er viktig å analysere prevalens av?

Ja, definitivt

En diskusjon er jo at med mindre det er veldig hindrende, så er de jo fremdeles stridsdyktige. Så om det fremdeles da er relevant å se på?

Ja, jeg mener jo at det er det. De er jo gode på å tilpasse, men er nok en sånn balansegang, fordi det er veldig mange som vil mye og ting går fort. Befalet har det beintøft, for de har ganske mange soldater som de skal følge opp, og det er mye program. Det er mye de skal rekke på kort tid.

Det er jo sånn som jeg brenner iallefall veldig for, at vi er nødt til å få i gang et system der de får bedre informasjon før de kommer inn sånn at de har forutsetninger for å trene riktig, å gjøre seg klar til å gå med 40 kilo på ryggen da i noen timer. Fordi det er ikke så mye tid når de kommer hit, eller kommer inn hos oss da.

Det er mange ledd. Man kan snakke om utstyr, og man kan snakke om tid til skadeforebyggende trening, og tid til gradvis tilpasning. Vi er nødt til å ta tak på mange områder på en gang. Tror ikke det er en plass som løser alt. Det går an å gjøre litt av veldig mange forskjellige ting, ja.

Så du tror at underrapporteringen er fordi det går litt fort og at det er er litt vanskelig for de å ta kontakt eller, og det har for lite informasjon på forhånd var det som var...?

Det vet jeg ikke nødvendigvis om. Det er altså det er nok en del underrapportering, men det tror jeg handler mye om stolthet og soldatene, og at de tenker at dette skal jeg tåle, og at jeg skal liksom bite det i meg, og kanskje litt lite kunnskap at de vet ikke at dette må jeg faktisk ha hjelp til for det går ikke over av seg selv hvis jeg fortsetter sånn som jeg har gjort, ja.

Men for mitt inntrykk er i hvert fall at befalet er veldig lydhøre og vil tilrettelegge hvis de får vite om det. De jobber jo for å ha en større åpenhet. Så kanskje i andre avdelingene enn de jeg er i at det er aktuelt i forhold til å søke FOS (Forsvarets opptak og seleksjon) og søker liksom andre stillinger med

høyere krav og sånn. Men de fleste har også bare selvinnsikt at de skjønner at det kan man ikke gjøre så lenge de er skadet. Da må de på en måte gjøre noe med den skaden.

Hvordan tenker du at helseperspektivet på egen helse er i Forsvaret? Er det: bite tennene sammen, og smerte er bare svakhet som forlater kroppen. Eller klarer de å se at denne kroppen her skal jeg ha i framtiden og?

Og altså mitt inntrykk er at det har endret seg de siste årene, at det er mye mer i det siste. Og så er det sikkert noe som henger litt igjen i den gamle tankegangen, og det er klart "klar til strid" og disse her programmene som har gått, de gjør det ikke akkurat bedre i forhold til det inntrykket der. Vet ikke, dere har gjerne vært i Forsvaret selv og har en erfaring. Så det vil jo variere, sånne ting vil variere. Og befalende vil toppe hverandre sånn, det kan godt være at de vil.

Men mitt inntrykk er at det er en holdningsendring på vei inn, og at folk er mye mer bevisst på at de må være smarte, og det... Når vi foreleser. Jeg har masse forelesninger på dette i forhold til forebygging av belastningsskader. Og vi er supernøye på det, at de må, ja.

Når du snakket om at det var en endring på dette synet. Hvilke faktorer tror du kan ha påvirket denne endringen?

Det er nok en økt bevisstgjøring i alle ledd. Helt fra sjefen på toppen, og ned igjennom i alle gradene, at vi må tenke litt mer langsiktig. Og så er det klart at koronaen, og utvikling og generelt på en måte er jo og, og det har jo og vært telefonsesjon de siste årene, ser jo at det er mange som kommer inn i dårligere fysisk forfatning enn det de kanskje gjorde før.

Så med de som er veldig motiverte og som er aktive og som trener mye, så går det jo stort sett veldig bra. Men det er jo liksom de andre som kanskje ikke har så lyst til å være der, og heller ikke har gjort så veldig mye innsats for å få det. Så jeg tror det er en sånn generell... Det er nok litt bedre sånn helhetstankegang i forhold til ivaretagelse, og der er det jo og et fokus generelt at vi jobber for helhetlig ivaretagelse i alle led: i familiepolitikken, i forhold til fysisk belastning.

Jeg skal prøve å gjøre dette her til et så lite ledende spørsmål som mulig. I hvilken grad tror du at psykisk helse fokuset og kvinner ansettelsen påvirker den militære helsekulturen? For det har jo vært det veldig stort fokus på både å få flere kvinner inn og mer fokus på psykisk helse.

Mitt inntrykk er vel kanskje at de jentene som kommer inn er veldig motiverte og over gjennomsnittet godt trent? Ja, så det tenkte jeg ikke. Det tenker jeg bare en styrke at jeg kommer inn med kvaliteter som tilfører heller enn å hindre da, i oppdrag. I forhold til psykisk helse så er det jo bare bra at man på en måte får fokus på det òg.

Og så er det klart at når vi... Jeg jobber jo og med mange i kontorstillinger, i ikke fysisk belastende stilling, og da snakker jo vel så mye om psykisk helse, og dens påvirkning på muskelskjelettplager. Og det er jo en egen oppgave, tenker jeg, dette med stress og arbeidsbelastning, og hva gjør det med kroppen. Og det er klart at det som i all annen statlig virksomhet så driver man mer og mer oppgaver med mindre og mindre folk. Det er jo en krevende å balansere den.

Ja, for vi drøftet litt om at kanskje flere kvinner i militæret har gjort at det er litt mindre maskulint, litt mindre den der - bite tennene sammen, og litt mindre den - har du bare vondt, liksom, det går fint det.

Ja, men jeg tror ikke jentene egentlig. Jeg tror nok de er vel så opptatt av å bevise at de er like tøff som guttene. De skal bevise at de har noe der gjør. Tror ikke det nødvendigvis er med på å trekke nivået ned sånn sett, men det er sikkert noen som er uenige med meg i det

Skal vi se. Nå begynner vi snart å gå tom for tid, så ville bare gå tilbake til noen spørsmål som vi hoppet litt over tidligere. Du sa at du hadde veldig stort område du drev på, så bare sånn rett frem: Er det nok fysioterapeuter i militæret, er det for få? Er det noen begrensninger på ressurser?

Jeg synes jo at det burde vært kliniske fysioterapeuter på sykestuene som kunne tatt unna behandling, helt klart. For det er på en måte ikke vår oppgave i BHT uansett. Det er altfor mange timer som går vekk til å sende folk ut av leir til behandling ute. Det jobber vi for å få.

Og så litt sånn generelt. Åpent tema. Er det noe du vil kaste inn, noe du vil tilføye, noe du føler er viktig, som vi ikke har tatt opp her? Om det er noe for fysioterapeuter i militæret som du brenner for, for å si det sånn.

Jeg er veldig opptatt av belastningsstyring og at man er klar til å tåle den belastningen man faktisk eksponeres for. Og det er jo det som gjør jobben spennende fordi at det kan være så ekstremt mye forskjellig og ekstremt heftig da. Men det er litt dette her med å, altså vi har vanvittig mye å hente i forhold til opplæring og formidling. vi har gode pedagoger som fysioterapeuter og for å få folk til å forstå at "her er jeg nødt til å ta tak selv hvis jeg skal tåle å stå i denne tjenesten".

Så det å starte tidlig nok og på riktig nivå, og være god på treningsplanlegging, og forebygging, og har fokus på det. Og kombinasjonen med nok hvile, at man faktisk og prioriterer restitusjon og søvn er viktig. Og så jobber vi jo hele veien med forbedring av utstyr og sånn at ikke på en måte ytre faktorer skal være det som hindrer. Ja, eller som gjør mer skade enn nytte da. Men det er jo og utfordrende og tunge ting som tar tid og mye penger og politikk i sånne ting da.

Vedlegg 5 – Informant 3:

Først lurte jeg på, angående fysioterapitjenesten i forsvaret, om du kan fortelle litt om hvordan det er strukturert, om du jobber på en base, om du jobber privat og får henvisninger. Hvordan jobben er rett og slett.

Ja, jeg jobber jo da i forsvaret sin bedriftshelsetjeneste i (X). Ja, fulltidsansatt i forsvaret. Jeg er ansatt i (X). Jeg er da sitter i (X), på en måte, som er mitt hovedkontor. Men vi bistår alle avdelingene til forsvaret, men med få unntak. Men da rundt om i hele (X) for min del.

Primærarbeidsoppgavene mine går mer på forebyggende. Det er ingen behandling. Noen undersøkelser er det, men mest forebyggende. Det er å arbeide også på systemnivå, så det kan være risikovurdering og andre kartlegginger, undervisning, kompetanse av avdeling.

Og så de undersøkelsene jeg har, da er det gjerne opp mot arbeidsrelaterte skader. Og som dere nevnte, så er det selvfølgelig mye muskel-/skjelett, altså diverse belastningsskader, de gangene jeg er i sånt. Og det kan være folk som er på vei til å bli sykemeldt, eller har vært sykemeldt og skal ha tilpassing av arbeidsplassen, eller trenger veiledning i forbindelse med tilbakekomst, eller for å forhindre sykemelding og så videre. Så det er sånn grovt sett.

Da snakker du jo litt om det neste spørsmålet som vi og har. Hvem er brukerne eller pasientene dine? Da snakket du litt om de som var sykemeldt og kom tilbake igjen, og litt til det forebyggende fokuset. Men etter slik vi har forstått fra de andre, så er det veldig mye rettet mot de ansatte og ikke spesifikt soldatene, befal og offiserer, er det riktig å si?

Ja på individnivå så er det veldig sjeldent at vi har vernepliktige, men på gruppenivå så vil det kunne være en kombinasjon. I teorien så er det jo alle som ansatte i forsvaret, og det er både sivilt og militært. Og som sagt på gruppenivå så vernepliktige og noen spesielle avdelinger, så kan også vernepliktige på individ. Men det er mer sjeldent da, så på individnivå så er det i all hovedsak ansatte vi er inne imot. Men på gruppenivå, undervisnings- og kartleggingssammenhenger så kan også vernepliktige være aktuelt å delta i den type ting.

Når dere har de gruppene er det undervisning du snakker om, er det det med tanke på trening og hvordan man skal komme igjennom en del øvelser, for eksempel eller? Hvordan foregår det gruppearbeidet?

Nei, det kommer litt an på. Det er litt forskjellig da. I undervisning så kan det jo være en ren sånn kompetansehevingsbit, som oftest befal som er vår målgruppe fordi man må begrense mengden/antall folk, så vi prøver på en måte å øke kompetansen til befalet sånn at de kan ta det videre da i trening og belastningsstyring av soldatene. Mens i andre typer sånn der risikovurderinger, sånne typer kartlegginger, så er det som oftest en litt mer blandet gruppe da som oftest. Du må ha med leder, og så er det verneombud og flere ansatte som er innom den gruppa da sånn at altså da. Beskriver jo en del arbeidsprosesser og vurderer risiko utifra det da også. For min del så er det jo ofte knyttet til det ergonomiske, fysiske belastninger, også litt psykososialt. Men som oftest er det dominert av ansatte disse type grupper, men det kan også innimellom være med verneplikt. Det må være folk som kjenner hvert fall de arbeidsoppgavene godt

Når du sier psykososialt. Hva mener du da?

Jeg vet ikke hvor godt dere kjenner til den der arbeidsmiljømodellen til Arbeidstilsynet? Er det dere er kjent med det? Altså man deler gjerne arbeidet inn i inn i 5 sånne hovedkategorier, det ergonomi og så fysiske, organisatoriske, psykososialt og så kjemisk/biologisk. Det er visse krav som stilles til arbeidsgiver og til lederne i forsvaret at du skal vurdere risiko opp mot alle disse tingene, og så iverksette tiltak for å redusere risikoen. Så innenfor ergonomi så kan jo det gjerne være knyttet til det utstyret som brukes, eller at de har den riktige kompetansen, eller at du har god kompetanse på belastningsstyring og så videre.

Psykososialt så er det jo mer det mellommenneskelige det går på da. Men det kan også være ting som krav og kontrollen for eksempel i arbeidet. Det kan være at du føler at du har god lederstøtte, god kollegial støtte, altså slike type faktorer. Og så er det også enkelte arbeidsplasser, for eksempel er det noen som er isolert ifra resten av arbeidsplassen har du en veldig spesiell, ja, arbeidsoppgave som er langtt unna resten av avdelingen du er inn i. Fjellanlegg eller... osv. osv.

Så det kan være ganske mye da, men ofte du knyttet oss opp mot der mellommenneskelige. Har du gode prosedyrer, alt som har vært i media for eksempel, har du god prosedyrer på varsling, og så videre, som er kjent i avdelingen. Ja. Så det noen eksempler på det.

Vi har jo sett mer snakk om psykologer og psykisk helse i Forsvaret de siste årene egentlig, og gjerne at det kan se ut som at synet deres på helse er endring. Har dere holdt på med det psykososiale arbeidet lenge, eller er det noe som utviklet seg nå gjennom de siste par årene?

Det er nok ting som har vært en stund, en del av det, men det har nok vært et økt fokus sånn hele den tiden jeg har vært, og nå har jeg jobbet litt over (X) år. Så det har nok vært et økt fokus. Tidligere har det kanskje kun, eller i mindre grad vært benyttet til den har vært inne i enkelte sånne konfliktsaker, og enkelte... med det er nok en større vilje nå til å for eksempel, ja, vurderer vi jobber forebyggende så de type tingene, så det kommer jo litt av det som har vært fokus på i media. Men også sånn som, altså det følger jo til en stor grad også samfunnsutviklingen der. Det er nok et større fokus nå i hvert fall har vært tidligere.

Litt tilbake til resten av tjenesten. Føler du at det er mangel på fysioterapeuter i forsvaret?

Ja, det vil jeg absolutt si. Spesielt tenker jeg på mer kliniske fysioterapeuter tilknyttet, for eksempel til sykestue, eller avdeling-/idrettstjeneste. Men det er ikke noe tvil om at for eksempel tilknyttet sykestuene, når man ser hvor mye muskel- og skjelettplager og belastningsskader. Der er det nok en stor mangel der. Jeg har også snakket med leger rundt omkring på sykestuen. Altså, det kommer inn veldig mye med muskel- og skjelettplager, så det er rart at man ikke har en eller annen ordning i hvert fall.

Vet du hvor mange fysioterapeuter det er i forsvaret?

Ja, klinisk så tror jeg det er snakk om 3 - 4 kanskje, og så har vi BHT (bedriftshelsetjeneste) fysioterapeut så det er kanskje 8. Jeg er ikke 100%, men det er i den rangen der. Gjerne de som har kliniske fysioterapeuter det som oftest spesialavdelinger og sånt.

Ja, det er ikke så mange da høres det ut som i hvert fall.

Nei, det er ikke veldig mange. Hvertfall også med tanke på tilknyttet til de vernepliktige, så er det veldig veldig få tilbud i forsvaret egentlig.

Når du utfører arbeidet ditt, føler du på noe form for begrensninger, enten det er i tidsperspektiv, om det er forventninger eller utstyr, ressurser du har?

Nei, ikke for vår del. Eller du kan se på forventninger, så prøver vi hele tiden å skape en forståelse både av hva vi jobber med, men også skape en prioritet på en måte på det vi jobber med, sånn at det blir prioritert av de forskjellige, ja. Bataljonssjefen sjefer på høyere nivå og så videre. At man ønsker å ha det som en prioritet, både forebygging, muskel- skjelett(plager), men også andre ting tilknyttet arbeidsmiljøet.

Lurte litt på med det her tjenesteutøvelsen, er det noe du ville endret på av det fysioterapeuter å gjøre i militæret?

Det går litt igjen på det der med mangel på fysioterapeuter. Det å rett og slett være tilknyttet sykestuen på et eller annet vis, sånn at du har et tilbud. Og det går jo kanskje i all hovedsak på rehabilitering, men de vil jo også kunne, hvis de er organisert i avdelinger, kunne bistå på forebyggende plan og gjøre vurderinger også tverrfaglig med legen, som er tilknyttet sykestuen.

Så er det sånn at du er fornøyd med hvordan, hva skal man si, fysioterapeutene blir brukt sånn som det er nå, bare at man trenger enda flere for å dekke et større behov? Har jeg forstått det rett da?

Ja, det er litt vanskelig å si. Jeg kjenner ikke nemlig like godt de som jobber i avdelingen, så jeg vet ikke om de har ting de er fornøyd/misfornøyd med, men altså det lille jeg har snakka med dem så virker det som at det fungerer som relativt bra?

Ok, da går vi litt over til det som er hoveddelen for oppgaven vår. Litt om en sånn kultur, normalitet og den biten der. Hvordan ville du beskrevet helsekulturen i militæret? Er det litt sånn "smerte er bare svakhet som forlater kroppen", eller ser de det biopsykososialt, eller hvordan ser de på helse?

Nei, det er nok også til dels i endring, men jeg tror også at den er ikke helt borte heller det sitatet du nevner. For eksempel husker det var noe av det første jeg så når jeg startet for (X) år siden. Det er nok en litt annen kultur i Forsvaret sånn sett, og at det også har vært, i hvert fall tidligere, en kultur med at det går veldig lang tid før folk sier ifra. Så det får utvikle seg. Du vil ikke vise den svakheten eller på en måte man har blitt opplært til at kroppen tåler veldig mye mer osv. osv.

Men det er noe som også til dels er i endring over de siste årene. Det er i endring det også, men det er klart det tar litt tid, og det har vel også kunne variere litt i fra hvilken type avdeling.

I endring mener du da at folk er flinkere til å rapportere, at de tar mer vare på sin egen helse?

Ja, jeg tror nok at flere rapporterer og gjerne litt tidligere, og at det også er på en måte uttales ifra ledelse at det ønskelig at vi får beskjed. Altså hvis ikke kan vi ikke gjøre noe med det. Det er nok en prosess som går over litt lengre tid der også. Det er nok stor variasjon.

Hvorfor tror du folk har blitt flinkere på det? Er det noe Forsvaret i seg selv har gjort? Er det samfunnet som bare har gått den retningen? Har du noen tanker om hva som kan ha medført det?

Ja, jeg tenker nok at det også er delt noe, så det følger nok samfunnsutviklingen. Det er også og at det har blitt tydeligere kommunisert fra ledelsesnivå, så vi ønsker det, og så hadde du også ihvertfall tidligere, forhåpentligvis i mindre grad nå, at folk har vært redd for å rapportere om skader fordi det kan innvirke på videre muligheter i tjeneste. Altså at du trenger diverse klareringer for ditt og datt for å kunne få andre typer stillinger og sånt. Så det har nok også vært en utfordring, men som jeg tror det har nok blitt mye bedre akkurat med tanke på det.

Tror du folk er litt redd for å oppsøke helsehjelp for å bli meldt som uskikket til eventuell jobb?

Ja, det er vanlig. Det er litt det jeg tenkte på når jeg snakka i sted også. Jeg tror nok det er noe som har blitt bedre, men jeg vet at det har vært et stor problemstilling tidligere, at du vil ikke si fra fordi du frykter at det kan forhindre deg å få diverse stillinger og påvirke videre tjenester. Så jeg tror at det er i bedring uten at jeg har full oversikt, men det er det inntrykket jeg sitter med at det er blitt bedre. Men det er sikkert fortsatt tilfeller av det.

Når vi er inne på den, blir dere og sett på som en hjelpende faktor eller en litt sånn sykkelgjørende bit av andre i forsvaret?

Nei, jeg tror nok vi blir sett på som forebyggende og helsefremmende. Nå jobber jo vi ganske rettet mot det, i og med at vi ikke er så mye inne i sånn typ "klassiske" behandlingssettinger. Så det tror jeg nok at vi sees på som noe positivt der. Og de gangene jeg har vært i kontakt med sykestua og bistått dem eventuelt, så har det også nok vært sett på som noe positivt, ikke noe som knytter opp mot noe ytterligere sykkelgjøring.

Vi har fått vite at angående disse helsekravene, at fysioterapeutene har et annet journalsystem, der informasjonen pasientene eller brukerne kommer med ikke har innvirkning på de helsekravene. Så vi lurte litt på hvordan rapporteringssystemet deres fungerer. Om det er mulig å gå inn på?

Ja, så du kan si altså, det er vel ikke vi fysioterapeuter. Jeg tipper at dem som avdelingsfysioterapeuter har tilgang til det samme journalsystemet som resten av sykestuen, og den på en måte sanitetsbiten, men vi i BHT har et separat journalsystem i det samme journalsystemet på en måte. Vi har to under hva man skal kalle det, under inndeling da av vårt journalsystem. Det ene er avdeling rett og slett, der noterer vi bare litt sånn aktivitet opp mot avdeling. Det kan være diverse møter vi deltar i, diverse planer vi har med avdelingen, altså vi lager for eksempel en årsplan, OK det blir planlagt vi skal bistå dere med det og det iløpet av det neste året, sånne type ting kan vi journalføre der. Og så er det også. Ja, hvis jeg er inne og gjør en undervisning, så journalfører jeg det kort der. Og så lager vi en årsrapport til det. Hvertfall avdelingen på høyere nivå gjør hvert år.

På den her pasientbiten, så er det de gangene jeg har én til én kontakt, så det kan være eksempelvis i en sykefraværsoppfølging. Alle kan ta kontakt med BHT. Noen ganger kan det jo være med rådgivning hvis det er snakk om konfliktsaker, så psykososialt. Kan være de kan komme til oss, at det er taushetsbelagt, så kan de på en måte diskutere og så kan jeg gi dem råd. Er det her noe som potensielt er i strid med loven, eller det her på en måte... Det er noe som hører til. Det er greit at folk ikke liker hverandre. Det må man akseptere på jobb. Men har du vært potensielt utsatt for noe du tenker er i strid med loven og sånt så det kan være rådgivning i konfliktsaker noen ganger. Det er ikke så veldig ofte at jeg har dem, men det har nå hendt. Som oftest så er det nok i oppfølging av sykemeldte eller forhindre

hvis du kan bli koblet på tidligere i forløpet, forhindre at den blir sykmeldt, men at vi kan bistå med vår kompetanse da på eventuelt tilrettelegging, styring av belastning, den type.

Militærpersonell skal jo være stridsdyktige og skal oppleve smerte og mestrings. Vi lurte litt på, er det derfor relevant å sammenligne soldaters helse eller soldaters belastningsskader opp mot sivile? Det kan jo nesten komme som en selvfølge på grunn av det de skal gjennom.

Hmmm ja, til en viss grad, altså vi har jo internt i forhold, vi har ganske mange forskjellige, kall det populasjoner i forsvaret da, så noen er jo mer sammenlignbare enn andre med forskjellige grupper. Vi har jo et eget lite samfunn som er i forsvaret, i og med at vi har for eksempel en haug med folk som jobber på kontor, og de kan jo sammenlignes med kontoret i det sivile. Så har vi verksted, vi har kjøkken som kan sammenlignes med det når det kommer mer ned på... De soldatene som har den tyngste sånne fysiske tjenesten, så er nok det vanskeligere å sammenligne mot det sivile, men du kan til en viss grad også bruke kunnskaper fra idrett, da gjerne deler av det. Vi bruker å se en god del på forskningen for idrett for å holde oss oppdatert på ting, men så er det ikke én til én forhold. Du får ikke lagt opp dagen for en soldat på samme måte, i og med at de ikke har mulighet til å gå og legge seg midt på dagen for eksempel, sånn som kanskje en idrettsutøver vil ha en treningsøkt om morgenen, så slappe av. Mens her er det på en måte, som ofte ganske tett aktivitet av andre ting, så du mister ofte den restitusjonsbiten. Klart igjen, her vil det også være en del forskjeller fra avdeling til avdeling, og noen mer spesialisert avdeling har mer handlingsrom til det her i rolige perioder på en måte. Men ja, vi prøver å holde oss oppdatert på forskning innenfor idrett rettet mot gjerne for å se om det er en del faktorer som kan være aktuelt også for oss.

Hvordan tenker du at Forsvarets helsetilbud gjerne skulle vært strukturert? Skulle du hatt breddekompetanse, type helhetlig, eller tenker du at den skal være spisset gjerne mot strid, mot sanitet?

Jeg tenker at det burde ha vært bredere enn det er nå. For eksempel, nå er man heldigvis stort sett i fredstid i all hovedsak. Du har selvfølgelig noen som er ute internasjonalt, men sånn i all hovedsak så skjer nå ting i fredstid, og forhåpentligvis kommer til å være sånn fremover, så det her med fysioterapauter og jeg mener at muskelskjelett er et område som man skulle hatt et mye bedre tilbud på oss inne på rehabiliteringsbiten da, og da tenker jeg igjen på det her med fysioterapeut tilknyttet sykestuen / avdeling rundt omkring på ett eller annet. Du må ha en eller annen ordning for det. Og så skal man selvfølgelig også ha den treningen som man har nå. Og de som den case kjøringen av den sanitetsbiten. Selvfølgelig de soldater som potensielt kan komme i de situasjonene, de må jo trene på det også, så det er på en måte, det ene utelukker ikke det andre.

Og hvis det kommer til det stadiet at en pasient trenger rehabilitering, hvordan fungerer det? Ville de bli sykemeldt, og så må de oppsøke fysioterapeut på egen hånd privat, eller hvordan skjer det?

Ja, de har noe som du kaller hvit lapp, det er en sånn der militær sykemelding da ifra legen på sykestua som vil og beskrive noe om hvor mye eventuelt aktiviteten den kan delta i, men så er det stort sett via det offentlige som du tenker fysioterapeut via det offentlige, at den enkelte må ta kontakt selv ja. Og det er jo klart. Det varierer jo veldig. Vi er jo snart spredt utover hele landet, så det vil jo variere veldig hvor godt det offentlige tilbudet på fysioterapi er, eventuelt lange ventelister er jo aktuelt på mange mindre plasser.

Ja, du nevnte jo legen der at de gjerne er de som skriver sykmeldingen til slutt. Hvordan er det tverrfaglig samarbeid?

Nei, som sagt, nå er ikke vi inne sånn hvis du tenker sånn direkte, på det her med pasienter som er innom sykestua, altså de vernepliktige. Der er ikke vi så mye inne, og der er det ikke så mye. Det er jo leger og sykepleiere og de samarbeider sikkert helt fint i lag på alle de her utsjekkede de skal ha. Men vi er jo ikke noe inne, det har vært ved et par få anledninger at vi har blitt spurt om å bistå med vurderinger til diverse. Men det er ikke vår primær oppgave heller, vi som er i BHT, så det er ikke noe vi er veldig ofte inni. Men internt i BHT så samarbeider vi veldig tett tverrfaglig, altså lege, sykepleier, fysio og yrkeshygieniker.

Du sa utenfor BHT så er det ikke like mye?

Utenfor BHT så har de jo ikke så mange helseprofesjoner sånn sett. Det er jo lege og sykepleier som er hovedsaken. Så er det noen psykologer, men de er ikke organisert opp under sykestuen, så jeg vet ikke. Jeg tror ikke de samarbeider så tett. De er organisert i egne team, og det er avdelings fysioterapeutene som er. Ja, det er jeg litt usikker på, men jeg tror de stort sett har oppheng i, direkte under avdelingen, men jeg tør ikke å si sånn i detalj akkurat hvordan det fungerer. Men jeg vil tro at de også har ganske tett mot de avdelingslegene som finnes.

I ditt tverrfaglig team, hvordan er rolledynamikken og hierarkiet der?

Nei, hos oss så har vi, ihvertfall i min region, så er det veldig bra egentlig. Vi samarbeider tett når inne i sånne prosjekt, type risikovurdering rundt omkring der man på en måte skal diskutere tverrfagligfaglig. Hierarkiet er jo på en måte, altså lederen vår er en lege, men vi har ganske stor frihet, og det er ikke tvil om at det er vi som har den faglige tyngden innenfor vårt felt og har muligheter til å komme med innspill. Vi har ganske stor gjennomslagskraft i vår kartlegging, det har vel aldri skjedd til nå, at jeg på en måte har blitt overprøvd av noen andre fagfelt på en måte som vi gjør. Vår leder har full forståelse og anerkjenner vår kompetanse.

Til slutt om det er noe du vil tilføye om det er temaer vi ikke har dekket eller noe du tenker kan være relevant for fysioterapeuter i forsvaret.

Nei, jeg tror vi har vært gjennom ganske mye forskjellig. Som sagt, man savner jo at det finnes flere fysioterapeuter, spesielt dedikert opp mot sykestuen, og man helst skulle hatt et eller annet form for rehabiliteringstilbud også. Nå er det mer da kun opp mot spesielle avdelinger. Hvert fall når man ser på, dere nevnte jo helse for stridsevne, stort sett er det ikke kommentert noe opp mot muskel-/skjelett(plager). Man ser at det er en stor graf først der ganske tidlig i rapporten og den er ganske stabil. Den vil jo i all hovedsak gjelde vernepliktige da, og antall kodinger de gjør i de konsultasjonene. Men du ser at, alltid det som er det høyeste tallet da, jeg husker ikke i hodet hva det var. Det har kanskje dere sett på om det er 6.000 til 10.000 sånn konsultasjoner eller kanskje mer. Jeg husker ikke. Men det er ikke tvil om at det er den høyeste stolpen på en måte.

Når du snakker om sykestue, hvem er det den er til? Er den til vernepliktige og soldater, og sånt, er det de som tar sykestuen?

Ja, i all hovedsak så er det jo på en måte fastlegeordningen til de vernepliktige. De ansatte er der når de skal ha MEDSEL (medisinsk skikkethet) eller sånne klareringer for enten for Intops (internasjonale operasjoner) eller for å søke nye stillinger. Det er mer sånne standard klareringer, på en måte hørselestest og... nå vet jeg ikke helt hva annet. Ja, det er all hovedsak for de vernepliktige.

Når de rapporterer for eksempel belastningsgrader og andre typer skader. Rapporterer dere inn det dere finner til de eller henter de fra egne systemer?

Nei, det er det nok bare ren sånn her ut skrifter fra (X) som er journalsystemet som brukes, og der vil nok ikke vår tall inngå. Og så er det noen som er, hva man skal si, noen feilkilder også ved de tallene på en måte. Du kan legge til flere kodinger på samme undersøkelse, det er sånn diagnosekode så man har neppe en sånn 100% oversikt over det eksakte tallet, noe som er sånn, men det er jo også ting vi, vi prøver jo stadig å hjelpe forsvaret å bli bedre på å arbeide systematisk mot den her problematikken da, så det er sånt kontinuerlig arbeid.

Ja, den er god. Takk for intervjuet.