



Høgskulen på Vestlandet

BFY330 - Bacheloroppgave

BFY330

Predefinert informasjon

| | | | |
|-----------------------|--------------------------|------------------------|----------------------------|
| Startdato: | 06-02-2019 09:00 | Termin: | 2019 VÅR |
| Sluttdato: | 21-05-2019 14:00 | Vurderingsform: | Norsk 6-trinns skala (A-F) |
| Eksamensform: | Bacheloroppgave | Studiepoeng: | 15 |
| SIS-kode: | 203 BFY330 1 HM 2019 VÅR | | |
| Intern sensor: | (Anonymisert) | | |

Deltaker

Kandidatnr.: 352

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 11550

Egenerklæring *: Ja

**Inneholder besvarelsen
konfidensiell materiale?:** Ja

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

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 13

**Andre medlemmer i
gruppen:** 368

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

“Det er hjemme du lever, ikke hos fysioterapeuten”

– Motivasjon til å følge behandlingsråd

“You live at home, not at the physiotherapist’s”

– Motivation for treatment adherence

Kandidatnummer 352 og 368

Bachelorutdanningen i fysioterapi
Institutt for helse og funksjon
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
21. mai 2019
Antall ord: 11550

FORORD

Når vi ser tilbake på arbeidet med bacheloroppgaven vil vi oppsummere det som en læringsrik prosess, med lange, men hyggelige dager. I arbeidet har vi lært mye av informanter, veileder og litteraturen vi har fått innblikk i, men også av hverandres gode idéer, innspill og refleksjoner. Vi håper læringsutbyttet vi har fått gjennom arbeidet kan gjøre oss bedre rustet til å hjelpe pasienter i vår fysioterapi praksis.

Vi vil takke informantene som satte av tid til å delta i prosjektet vårt, og som tok imot oss på en så god måte. Vi vil også takke medstudenter og kollegaer som stilte opp på pilotintervju. En spesiell takk går til veileder for raske svar og god hjelp gjennom hele prosessen.

SAMMENDRAG

Tittel: “Det er hjemme du lever, ikke hos fysioterapeuten”- Motivasjon til å følge behandlingsråd

Bakgrunn: Langvarige muskel- og skjelettplager forekommer hyppig i den norske befolkningen, og medfører store kostnader for individ og samfunn. Det er mulig at etterlevelse av behandlingsråd kan bedre plagene, men mange pasienter følger ikke rådene de får.

Problemstilling: *“Hvilke erfaringer og refleksjoner har fysioterapeuter rundt å motivere voksne pasienter med langvarige muskel - og skjelettplager til etterlevelse av behandlingsråd?”*

Metode: Bacheloroppgaven er basert på tre kvalitative intervju av fysioterapeuter med ulik faglig bakgrunn; manuellterapeut, psykomotoriker og fysioterapeut med grunnutdanning. Informantene har over 20 års erfaring med pasienter med langvarige muskel- og skjelettplager. Intervjuene ble transkribert og analysert ved systematisk tekstkondensering.

Resultat: Sentrale faktorer for å påvirke pasienters motivasjon til å følge behandlingsråd var ifølge informantene; samarbeid i utforming og evaluering av behandlingsråd, en god pasient-terapeutrelasjon, forklaringer, forståelse og mestring. Individuelle forskjeller i motivasjon, livsstil, prioriteringer og sosialt nettverk er andre faktorer informantene erfarer at kan ha innvirkning på motivasjon for å følge råd. Informantene nyanserte og vektla faktorene ulikt.

Konklusjon: Informantenes erfaringer og refleksjoner samsvarer stort sett med teori og empiri rundt temaet motivasjon. I tillegg ga resultatene interessante funn rundt potensialet i å benytte teknologi for å motivere, samt om motivering av pasienter kan bli desto viktigere for fysioterapeuter i fremtiden. Den brede problemstillingen har gitt oss innblikk i kompleksiteten rundt temaet etterlevelse av behandlingsråd, samt hvor sammensatt gruppen med langvarige muskel- og skjelettplager er. Informantenes erfaringer og refleksjoner har likevel lært oss at det er mange faktorer fysioterapeuter sammen med pasienten kan påvirke, for å motivere pasienter som av ulike grunner ikke etterlever behandlingsråd.

ABSTRACT

Title: “You live at home, not at the physiotherapist’s” - Motivation for treatment adherence.

Background: Persistent musculoskeletal conditions are prevalent in the Norwegian population, and bring significant costs for the individual and society. Treatment adherence can improve the condition, but many patients do not adhere to recommended treatments.

Research question: *“What experiences and reflections do physiotherapists have regarding motivating adults with persistent musculoskeletal conditions toward treatment adherence?”*

Method: The bachelor thesis is based on three qualitative interviews with physiotherapists of different academic backgrounds; manual therapist, psychomotor physiotherapist and a general physiotherapist. All informants have over 20 years of experience treating patients with persistent musculoskeletal conditions. The interviews were transcribed and analyzed through systematic text condensation.

Results: The main factors affecting patients’ motivation toward treatment adherence were according to the informants; cooperation in designing and evaluating treatment advice, a good patient-therapist relation, explanations, understanding and mastery. Individual differences in patient’s motivation, lifestyle, priorities and social network are other factors the informants have experienced can contribute to enhancing motivation toward treatment adherence. The informants emphasized the factors differently.

Conclusion: The informants’ experiences and reflections are compatible with theories and empiricism regarding the subject of motivation. In addition, the results showed interesting findings of the potential of using technology to motivate, and if motivating patients can become more even more important for physiotherapists in the future. The broad research question has given us an insight into the complexities of treatment adherence, and the diversity of patients with musculoskeletal conditions. Nevertheless, the informants’ experiences and reflections have taught us that there are many factors that physiotherapists, together with the patient, can influence. This is, to motivate patients who for different reasons, do not adhere to treatment.

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|-----------|
| 1. INNLEDNING | 8 |
| 1.1 Bakgrunn..... | 8 |
| 1.2 Problemstilling og hensikt..... | 9 |
| 2. TEORI OG BEGREPSAVKLARING | 10 |
| 2.1 Motivasjon | 10 |
| 2.1.1 Selvbestemmelsesteorien..... | 10 |
| 2.1.2 Mestringsforventning | 11 |
| 2.1.3 Kontrollplassering..... | 11 |
| 2.2 En biopsykosial forståelsesmodell | 11 |
| 2.3 Kommunikasjon | 12 |
| 2.3.1 Helseinformasjonsforståelse..... | 12 |
| 2.4 Pasient-terapeutrelasjonen og fysioterapeutrollen..... | 12 |
| 2.5 Brukermedvirkning | 13 |
| 2.6 Myndiggjøring..... | 13 |
| 2.7 Etterlevelse av behandlingsråd | 13 |
| 2.8 Langvarige muskel – og skjelettplager | 14 |
| 3. METODE..... | 15 |
| 3.1 Kvalitativt intervju som metode..... | 15 |
| 3.2 Valg av informanter | 15 |
| 3.3 Utarbeiding av intervjuguide og forberedelser til intervju | 16 |
| 3.4 Gjennomføring av intervju..... | 16 |
| 3.5 Analysestrategier..... | 17 |
| 3.5.1 Transkribering..... | 17 |
| 3.5.2 Analyse | 18 |
| 4. RESULTAT..... | 20 |
| 4.1 Presentasjon av informanter..... | 20 |
| 4.2 Samarbeid i utforming og evaluering av behandlingsråd..... | 21 |
| 4.3 En god pasient-terapeutrelasjon | 22 |
| 4.4 Forklaringer og forståelse | 23 |

| | |
|---|-----------|
| 4.5 Mestring..... | 24 |
| 4.6 Individuelle forskjeller i ressurser og utfordringer..... | 25 |
| 5. METODEDRØFTING..... | 28 |
| 5.1 Refleksivitet og for forståelse | 28 |
| 5.2 Intervjuprosessen | 29 |
| 5.3 Utvalget av informanter..... | 30 |
| 5.4 Problemstillingen | 31 |
| 5.5 Tidsrom for etterlevelse av behandlingsråd | 32 |
| 6. RESULTATDRØFTING..... | 33 |
| 6.1 Er pasientene motiverte? | 33 |
| 6.2 Sentrale faktorer som kan påvirke pasienters motivasjon..... | 33 |
| 6.2.1 Samarbeid i utforming og evaluering av behandlingsråd | 33 |
| 6.2.1.1 Fysioterapeutens rolle i samarbeidet | 34 |
| 6.2.2 En pasient-terapeutrelasjon preget av tillit og anerkjennelse..... | 35 |
| 6.2.3 Forklaringer og forståelse | 36 |
| 6.2.3.1 Forutsetninger for en felles forståelse | 36 |
| 6.2.4 Mestring..... | 37 |
| 6.2.4.1 "Hvis jeg gjør dette så klarer jeg å gjøre meg bedre... selv." (PM, s. 4) | 38 |
| 6.2.5 Livsstil | 38 |
| 6.2.6 Tidsmangel i hverdagen..... | 39 |
| 6.2.7 Sosialt nettverk..... | 40 |
| 6.3 Problemstillingens betydning i fremtidens fysioterapi | 40 |
| 7. KONKLUSJON | 42 |
| 8. REFERANSELISTE..... | 43 |

VEDLEGG

Vedlegg 1: Introduksjonsbrev

Vedlegg 2: Samtykkeerklæring

Vedlegg 3: Intervjuguide

Vedlegg 4: Spørsmålsark til evaluering av intervju

Vedlegg 5: Transkribering, manuellterapeut

Vedlegg 6: Transkribering, psykomotoriker

Vedlegg 7: Transkribering, fysioterapeut med grunnutdanning

Vedlegg 8: Oversikt over resultat, systematisk tekstkondensering

1. INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

Langvarige muskel- og skjelettplager forekommer hyppig i den norske befolkningen (Mengshoel, 2019, s. 210). Vel 75 % av voksne i Norge opplever muskel- og skjelettplager i en eller annen form i løpet av en måned (Lærum et al., 2013, s. 25). De fleste opplever kortvarige smerter og plager som ikke krever behandling. Stadig flere rapporterer derimot om smerter med over tre måneders varighet (Wahl et al., 2018, s. 43). For den enkelte kan de langvarige smertene redusere livskvaliteten og skape problemer med å fungere i arbeids- og dagligliv (Ihlebak & Lærum, 2010, s. 2106). Ifølge Folkehelseinstituttet (2018) er muskel- og skjelettplager en av de vanligste årsakene til sykefravær og uføretrygd samlet sett i Norge. Generelle muskel- og skjelettskader, sykdommer og plager var i 2009 estimert til å koste det norske samfunnet mellom 69-73 milliarder kroner (Lærum et al., 2013, s. 18-19). Langvarige muskel- og skjelettplager fører dermed med seg store kostnader for både individ og samfunn (Østerås, 2012, s. 24).

Mange pasienter med langvarige muskel- og skjelettplager oppsøker fysioterapi (Mengshoel, 2019, s. 24). For at pasienten skal bli kvitt eller redusere plagene krever det vanligvis mer innsats enn det som er praktisk mulig under behandlingstiden hos fysioterapeut. Pasientene kommer derfor ofte til enighet med fysioterapeuten om noen behandlingsråd de skal gjøre hjemme. Rådene kan være alt fra hjemmebaserte øvelser, til å finne en bedre balanse mellom hvile og aktivitet. Pasienters utførelse av råd og trening har vist seg å være svært viktig for suksessfulle behandlingsresultat (Rhodes & Fiala, 2009, s. 424). Mange pasienter etterlever likevel ikke behandlingsrådene, av ulike årsaker. Mangel på etterlevelse belyser viktigheten av at fysioterapeuter tar i bruk effektive motivasjonsstrategier (Brämberg, Bergstrom, Jensen, Hagberg & Kwak, 2017, s. 1; Rhodes & Fiala, 2009, s. 424).

At mange pasienter med langvarige muskel- og skjelettplager ikke etterlever behandlingsråd kan være en utfordring for fysioterapeuter. Utfordringen er noe vi i praksisperiodene på fysioterapistudiet la merke til at mange fysioterapeuter var opptatt av, da fysioterapeutene tok opp temaet med kollegaer. Erfaringene fra praksisperiodene gjorde oss interesserte i å gjennom bachelorprosjektet utforske temaet motivasjon for å følge behandlingsråd, og hva fysioterapeuter har erfart og tenker om temaet.

1.2 Problemstilling og hensikt

Vi har kommet frem til følgende problemstilling:

“Hvilke erfaringer og refleksjoner har fysioterapeuter rundt å motivere voksne pasienter med langvarige muskel - og skjelettplager til etterlevelse av behandlingsråd?”

Vi anser motivasjon som en vesentlig del av fysioterapi, og tror både pasienter og fysioterapeuter vil dra nytte av å fokusere mer på hva som skal til for at pasientene klarer å etterleve behandlingsråd. Ved etterlevelse av behandlingsråd får pasientene best mulig forutsetning for å bli kvitt eller bedre plagene sine. Dersom vi klarer å påvirke den enkelte pasients langvarige muskel- og skjelettplager, vil dette være gunstig for både individ og samfunn. Temaet motivasjon til å følge behandlingsråd er overførbart til møter med pasienter med langvarige plager i klinisk praksis. Læringsutbyttet er noe vi håper lesere av oppgaven, og våre fremtidige pasienter, kan dra nytte av.

2. TEORI OG BEGREPSAVKLARING

I det følgende kapittelet vil vi presentere de teoretiske perspektivene som er relevant for resultatene fra intervjuene, samt komme med noen begrepsavklaringer.

2.1 Motivasjon

Reeve (2015, s. 9) definerer *motivasjon* som den indre prosessen som gir atferd energi, retning og utholdenhet. Indre motivasjon viser til at handlingen utføres som en følge av at oppgaven i seg selv er interessant og gir mestring og glede (Manger & Wormnes, 2015, s. 174). Ytre motivasjon viser til handlinger som utføres på grunn av insentiver eller konsekvenser i omgivelsene, som belønning eller straff (Reeve, 2015, s. 120).

2.1.1 Selvbestemmelsesteorien

Tilfredsstillelse av de psykologiske behovene for autonomi, kompetanse og tilhørighet vil ifølge selvbestemmelsesteorien øke den indre motivasjonen (Ryan & Deci, 2000, s. 71). Autonomi vil si at individet opplever seg selv som kilden til egne beslutninger og egen atferd (Manger & Wormnes, 2015, s. 178). Ryan & Deci (1985, referert i Reeve, 2015, s. 167) beskriver kompetanse som et behov for å være i effektiv interaksjon med omgivelsene der vi bruker og utvikler egen kompetanse, samtidig som vi søker og mestrer optimale utfordringer. Tilhørighet handler om et behov for å danne nære emosjonelle bånd og være tilknyttet andre mennesker. En opplevelse av at den andre bryr seg om vil deg er avgjørende for en relasjon som er behovstilfredsstillende (Baumeister & Leary, 1995, referert i Reeve, 2015, s. 174-175). Autonomi og tilhørighet er de psykologiske behovene som er mest sentrale i oppgaven.

Selvbestemmelsesteorien skiller mellom ulike typer motivasjon, presentert på et kontinuum ut fra graden av autonomi. Kontinuumet dekker ytre motivert atferd som går fra ingen motivasjon til indre motivasjon. Gjennom en internaliseringsprosess går den ytre motivasjonen mer mot indre motivasjon ved at den blir mer autonom. Når motivasjonen blir mer autonom ser personen i større grad verdien av atferden, og atferden stemmer mer overens med personens identitet (Ryan & Deci, 2000, s. 71-72). En mer autonom motivasjon er vist å gi økt etterlevelse av treningsprogram (Ryan et al., 1997, referert i Reeve, 2015, s. 143).

2.1.2 Mestringsforventning

Mestringsforventning handler om en tro på at man kan utføre handlinger, med den kunnskapen og de ferdighetene man har (Manger & Wormnes, 2015, s. 114).

Mestringsforventninger formes gjennom autentiske mestringsopplevelser, læring av andre, verbale overtalelser som oppfordrer til handling og de fysiologiske reaksjoner en får i mestringsrelaterte situasjoner. Den viktigste kilden til mestringsforventning er autentiske mestringsopplevelser, som er personers tidligere mestringsopplevelser direkte knyttet til den aktuelle aktiviteten (Bandura 1997, referert i Manger & Wormnes, 2015, s. 116).

Mestringsforventning virker inn på motivasjon, og det vist i forskning at pasienter med høy mestringsforventning er mer villige til å gjennomføre nødvendige endringer for å bli frisk (Manger & Wormnes, 2015, s. 132-135).

2.1.3 Kontrollplassering

Begrepet kontrollplassering beskriver hvordan vi årsaksforklarer det som skjer med oss og om det skyldes egne handlinger, eller forhold utenfor oss selv. Helserelatert kontrollplassering omhandler hvorvidt pasienter opplever at de selv kan bidra for å bli bedre eller friske.

Hvordan vi attribuerer, årsaksforklarer det som skjer med oss, kan få en innflytelse på fremtidig motivasjon. For eksempel vil et nederlag som blir forstått som et resultat av innsats kunne gi motivasjon til å prøve på ny, da innsats er noe vi selv har kontroll over (Manger & Wormnes, 2015, s. 95-101).

2.2 En biopsykososial forståelsesmodell

En biopsykososial forståelsesmodell for langvarige smerter baserer seg på samspillet mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer for å forklare smertene og funksjonsnedsettelsen som følger (Leeuw et al., 2007, s. 77). Psykologiske faktorer som bevegelsesfrykt, mestringsforventning og oppfatninger om smerte kan være avgjørende for om muskel- og skjelettplager utvikler seg til å bli langvarige (Østerås, 2012, s. 24). Bevegelsesfrykt, “fear-avoidance”, er unngåelse av bevegelse eller aktivitet, i frykt for å forverre smerten (Vlaeyen & Linton, 2000, s. 317). Oppfatninger om smerte, “pain beliefs”, defineres av (Daykin & Richardson, 2004, s. 783) som en persons oppfattelse av hva smerte er og hva smerten betyr for han/ henne. Oppfatningen vil igjen påvirke personens helserelaterte atferd.

2.3 Kommunikasjon

Kommunikasjon omhandler utveksling av budskap. Begrepet inneholder alle måtene vi henvender oss til hverandre på for å skape gjensidighet i opplevelse og mening. Budskapet fortolkes alltid i en meningsammenheng. Sammenhengen kan variere ut fra hver og ens forestillinger, verdier og normer (Thornquist, 2009, s. 23).

2.3.1 Helseinformasjonsforståelse

Mange pasienter har problemer med å forstå og anvende muntlig og skriftlig informasjon fra helsetjenesten (Pettersen & Jenum, 2014, s. 272). “Health literacy” belyser dette problemet og omhandler forutsetninger for ivaretagelse av god helse (Fredriksen & Sudmann, 2016, s. 27; Pettersen & Jenum, 2014, s. 272). Verdens helseorganisasjon definerer “health literacy” som personlige, kognitive og sosiale ferdigheter som er avgjørende for enkeltindividets evne til å få tilgang til, forstå og anvende helseinformasjon for å fremme og ivareta god helse (Nutbeam, 1998, s. 357). Begrepet “e- health literacy” kan defineres som “evnen til å søke, finne, forstå og vurdere helseinformasjon fra elektroniske kilder, samt å anvende denne kunnskapen for å adressere et helseproblem (Norman & Skinner, referert i Fredriksen & Sudmann, 2016, s. 27). Vi vil videre i oppgaven omtale “health literacy” som “helseinformasjonsforståelse”.

2.4 Pasient-terapeutrelasjonen og fysioterapeutrollen

Thornquist (2009, s. 24) omtaler rolle – eller relasjonsaspektet som hvordan den enkelte i en situasjon ser seg selv i relasjon til andre. Videre skriver Thornquist (2009, s. 29-30) at på grunn av fagutøverens kompetanse er forholdet mellom helsepersonell og pasient en asymmetrisk relasjon hvor den ene parten har mer makt og myndighet enn den andre.

Fysioterapirollen innebærer hvordan hver enkelt fysioterapeut utformer sin status (Thornquist, 2009, s. 30). Fysioterapeuten har en posisjon i relasjonen som kan brukes både til å fremme eller hemme pasienters selvstendighet, mestringsevne og tro på seg selv. Dermed er det viktig at fysioterapeuten forsøker å forstå og høre, ikke neglisjere, det pasienten sier (Thornquist, 2009, s. 125).

2.5. Brukermedvirkning

Pasienter har en lovpålagt rett til å medvirke ved valg av tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). I tillegg til å være en lovfestet rettighet, kan brukermedvirkning være et virkemiddel for å styrke pasientens motivasjon (Helsedirektoratet, 2017). Lovverket representerer en tenking i tråd med internasjonale tendenser hvor pasientene skal betraktes som myndige deltakere i forhold som angår deres egen helse (Thornquist, 2009, s. 149-150). Politikere og helsemyndigheter oppfordrer i dag til å gi pasienten større makt i helsetjenesten (Jamtvedt & Hagen, 2015, s. 31).

2.6 Myndiggjøring

I helsefremmende arbeid er begrepet “empowerment” en prosess som gjør folk i stand til å øke kontroll over valg og handlinger som påvirker egen helse (Nutbeam, 1998, s. 354). Vi vil videre i oppgaven omtale “empowerment” som myndiggjøring. Myndiggjøring av pasienten bygger blant annet på tanken om å øke autonomi, og at folk skal ta ansvar for egen helse (Schulz & Nakamoto, 2013, s. 4). Náfrádi, Nakamoto & Schulz (2017, s. 23) betegner pasienters myndiggjøring som oppfatningen pasienter har av egen kapasitet til å håndtere sykdom, og deres tro på hvorvidt de har kontroll over om de kan bli friske. Definisjonen omfatter begrepene helsereelatert kontrollplassering og mestringsforventninger. Myndiggjøring krever at pasientene har kunnskapen, ferdighetene, holdningene og selvbevisstheten som er nødvendig for å påvirke deres egen atferd og forbedre deres livskvalitet (Anderson & Funnell 2010, referert i Barrie, 2011, s. 39).

2.7 Etterlevelse av behandlingsråd

Etterlevelse av behandlingsråd beskrives ofte i litteraturen som “compliance” eller “adherence”. Det engelske begrepet “compliance” er definert som i hvilken grad pasientens oppførsel samsvarer med behandlerens anbefalinger. Begrepet “adherence” refererer til en prosess hvor behandlingen er bestemt i samråd med pasienten. Pasienten er ikke under tvang til å akseptere behandlingen og er ikke utelukkende ansvarlig dersom adherence ikke forekommer (Chakrabarti, 2014, s. 30). Mye av forskningslitteraturen brukt i oppgaven benytter begrepet adherence. Vi finner det likevel naturlig å bruke de norske ordene følge, gjennomføre eller etterleve behandlingsråd i oppgaven.

2.8 Langvarige muskel – og skjelettplager

Problemstillingen og teksten i oppgaven omtaler muskel- og skjelettplagene som ”langvarige”, mens informasjonsskrivet til informantene, intervjuguiden og spørsmålene våre i transkripsjonene omtaler plagene som ”kroniske”. Årsaken til endringen i begrepsbruk er at vi under intervjuene oppdaget at informantene ofte brukte ordet ”langvarig”, i stedet for «kronisk». Funnet fra intervjuene, og faktumet at ”langvarig” på folkemunne er et mer positivt ladet ord enn ”kronisk” (Lærum et al., 2007, s. 11; Språkrådet, 2018), gjorde at vi besluttet å endre begrep. I oppgaven har vi dessuten definert langvarige plager som plager med varighet over 3 måneder. Langvarige muskel- og skjelettplager vil videre omtales som LMSP.

Ordet ”plager” blir brukt i stedet for ”lidelser”, da vi ikke utelukkende vil ha fokus på diagnoser. ”Plager” er belastende, men ikke i så stor grad at de kan omtales som diagnoser, mens ”lidelser” blir ofte brukt når visse diagnostiske kriterier blir oppfylt (Folkehelseinstituttet, 2015).

3. METODE

I metodekapittelet vil vi redegjøre for strategier benyttet i innhenting og analysering av materialet.

3.1. Kvalitativt intervju som metode

Valg av forskningsmetode baserer seg på hvilken metode som er mest relevant for å belyse problemstillingen (Malterud, 2011, s. 29). En kvalitativ metode kan gi oss innsikt i menneskelige erfaringer, opplevelser og tanker (Malterud, 2011, s. 27). Kvalitativ metode egner seg også for utforskning av dynamiske prosesser som samhandling, eller helse og sykdom (Malterud, 2011, s. 27-28). Vi valgte derfor å gjennomføre kvalitative intervju hvor vi var interessert i å få frem informantenes egne refleksjoner og erfaringer rundt temaet motivasjon for å følge behandlingsråd.

3.2 Valg av informanter

Informantene ble valgt gjennom et strategisk utvalg hvor målet var å innhente et variert materiale for å belyse problemstillingen fra ulike sider (Malterud, 2011, s. 56). For å sikre en viss heterogenitet i utvalget valgte vi informanter av begge kjønn og med ulik faglig bakgrunn. En fysioterapeut med grunnutdanning, en psykomotorisk fysioterapeut og en manuellterapeut. Vi antok at heterogeniteten i utvalget gjorde at informantene hadde noe ulikt faglig fokus og perspektiver, som ville gi en viss variasjonsbredde i materialet. Da vi var ute etter erfaringsbasert kunnskap for å belyse problemstillingen ønsket vi informanter som hadde mer enn 10 års arbeidserfaring med LMSP. En ytterligere presentasjon av informantene vil vi komme tilbake til i 4.1 i resultatkapittelet. Vi begrenset oss til tre informanter, da dybdeintervju med flere respondenter ville tatt mer tid enn rammene for bacheloroppgaven tillater. Tre informanter kan likevel gi et informasjonsrikt materiale da hovedintensjonen i kvalitative intervju ikke er å sammenligne enheter. Målet er heller å få innsikt i den enkelte informants beskrivelse av verden rundt seg (Ryen, 2002, s. 85).

Ut ifra anbefalinger fra fysioterapeuter i fagmiljøet sendte vi ut en uformell henvendelse på mail til aktuelle informanter. Den uformelle henvendelsen inneholdt et introduksjonsbrev (vedlegg 1), og en forespørsel om å stille som deltaker. To av informantene svarte umiddelbart ja, mens vi brukte lengre tid på å få tak i en siste informant. I ettertid innså vi at dette skyltes at introduksjonsbrevet var formulert for lite spesifikt. Informantene oppfattet

ikke forespørselen som direkte rettet mot dem. Senere fikk informantene som var interesserte tilsendt mer informasjon om prosjektet og en samtykkeerklæring (vedlegg 2).

3.3 Utarbeiding av intervjuguide og forberedelser til intervju

Vi utarbeidet en intervjuguide bestående av noen hovedspørsmål og mulige oppfølgingsspørsmål (vedlegg 3). En intervjuguide kan variere i grad av struktur. Ifølge Ryen (2002, s. 99) kjennetegnes det semistrukturerte intervjuet av at man på forhånd har satt opp hovedspørsmål og tema. Formuleringen og rekkefølgen av spørsmål er ikke fastlagt i detalj. I og med at vi anser oss selv som uerfarne intervjuere mente vi en viss grad av struktur ville være hensiktsmessig. Derfor valgte vi å for eksempel formulere hovedspørsmålene på forhånd. Samtidig forsøkte vi å være fleksible i å følge tankerekker og tema som dukket opp underveis for å bedre fange opp informantens perspektiver (Ryen, 2002, s. 97).

Intervjuguiden ble testet ut ved å gjennomføre pilotintervju med to medstudenter og en fysioterapeut. Vi gjennomførte et pilotintervju hver for oss og et sammen. Etter gjennomføringen av pilotintervju diskuterte vi hvilke spørsmål som var utydelige og måtte omformuleres, hvilke spørsmål som kunne utelates og om det var tema vi ikke fikk belyst. Vi gjorde også pilotintervju på hverandre, både for å øve på spørsmålsformulering og for å bli mer bevisst på både vår egen og den andre studentens forforståelse. Forforståelse er metodisk viktig da den kan påvirke verdien av dataen vi får ut av intervjuet (Dalland, 2012, s. 168). Vi kommer tilbake til vår forforståelse i 5.1 i metodedrøftingen.

3.4 Gjennomføring av intervju

Forholdene rundt, og stemningen under intervjuet kan påvirke intervjuets kvalitet (Dalland, 2012, s. 175-176). To av intervjuene ble gjennomført på informantenes kontor, mens ett ble gjennomført på et pauserom hvor informantens kollegaer kom og gikk. Intervjuene varte rundt 45 minutter og lydopptak ble gjort med studentenes mobiltelefoner. Under intervjuene fordelte vi oppgavene slik at en av oss ledet samtalen og den andre observerte kroppsspråk, som beskrevet i Dalland (2012, s. 177). Det skal lite til for å avspore et intervju (Dalland, 2012, s. 177). Derfor var vi bevisst på å la informantene ta seg tenkepauser mens de snakket, uten å bli avbrutt med et nytt spørsmål. I tillegg planla vi at observatøren ikke skulle bryte inn med egne spørsmål underveis. Vi satte heller av tid til disse spørsmålene mot slutten av intervjuet. Observatøren kunne da stille spørsmål for å utdype noe informanten hadde sagt

tidligere. Etter intervjuene var avsluttet satte vi oss ned for å umiddelbart notere ned våre inntrykk av hvordan intervjuet hadde gått på et forhåndslaget spørsmålsark (vedlegg 4). Vi noterte hver for oss før vi snakket om intervjuet, for å unngå at den første som tar ordet sine inntrykk blir styrende for hva vi legger vekt på (Dalland, 2012, s. 177).

3.5 Analysestrategier

3.5.1 Transkribering

Første ledd i bearbeiding av materialet var å transkribere intervjuet. Arbeidet med transkriberingen var nyttig, da vi gjenopplevde intervjuet og fikk bedre oversikt over materialet (Dalland, 2012, s. 179 - 181). Etter gjennomføringen av et intervju transkriberte vi dette, før vi gjennomførte neste intervju. Slik kunne vi danne oss et førsteinntrykk av hva vi fikk ut av intervjuet og hva vi eventuelt måtte endre til neste intervju angående spørsmålsformulering, arbeidsfordeling og tidsbruk. Da fikk vi også ideer om nye perspektiver som kunne være interessant å spørre neste informant om. Vi transkriberte alt på bokmål, uavhengig av dialekt, både med tanke på anonymisering og struktur. I den transkriberte teksten modifiserte vi introduksjonsdelen av intervjuet slik at den ble anonymisert. Arbeidssted, årstall og spesifikke opplysninger om tilleggsutdannelse ble utelatt eller generalisert. Vi valgte å sitte sammen for å transkribere intervjuene. Å transkribere hver for seg kunne vært tidsbesparende, mens det å transkribere sammen gjorde at begge fikk det samme helhetsinntrykket. Lydkvaliteten var for det meste god, men i de tilfellene det var vanskelig å høre hva informanten sa var det nyttig å være to som sa seg enig i innholdet. Når vi transkriberte sammen var vi også enige om transkripsjonsprosedyre.

Å transkribere intervjuet fra muntlig til skriftlig form innebærer en fortolkning.

Forskjellene mellom muntlig og skriftlig tekst medførte at vi måtte gjøre valg med hensyn til hva som skulle med og ikke i utskriftene (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 188-190). I transkriberingen av det første intervjuet skrev vi ordrett ned det som ble sagt. Under dette arbeidet så vi at setninger som kan høres presise og sammenhengende ut muntlig, ikke nødvendigvis gjorde det i skriftlig form. Vi valgte derfor å redigere den transkriberte teksten i noen grad for å få en bedre gjengivelse av meningsinnholdet, og for å ikke latterliggjøre informantens uttrykk (Malterud, 2011, s. 76-77). Fyllord eller hver gang informanten sa

“mhm” eller “hm” redigerte vi bort. Dersom vi mente det var relevant for meningsinnholdet tok vi det med.

3.5.2 Analyse

En analyse av kvalitative data innebærer å organisere, fortolke og sammenfatte materialet (Malterud, 2011, s. 91). Som analysemetode brukte vi systematisk tekstkondensering beskrevet i Malterud (2011). Denne analysemetoden er egnet for en tverrgående analyse som vi gjorde, da vi ønsker å sammenfatte informasjon fra mange forskjellige informanter (Malterud, 2011, s. 94). Systematisk tekstkondensering er strukturert gjennom fire trinn.

På trinn en dannet vi oss et helhetsinntrykk ved å lese gjennom transkripsjonene. Etter gjennomlesningen noterte vi hvilke foreløpige tema vi intuitivt fikk inntrykk av at gikk igjen i de tre intervjuene. Først noterte vi tema hver for oss, for så å diskutere dem. Fokuset skulle være på tema som ville være aktuelle for problemstillingen, samtidig som vi forsøkte å legge vår forforståelse til side på dette trinnet, som beskrevet i Malterud (2011, s. 98 - 100).

På trinn to leste vi gjennom transkripsjonene og identifiserte meningsbærende tekstenheter. De meningsbærende tekstenhetene fra hvert intervju ble systematisert med utgangspunkt i temaene fra forrige trinn. Under dette kodearbeidet så vi behovet for å justere den opprinnelige inndelingen av tema. Vi etablerte nye koder der det var nødvendig, slik at hver kode representerte meningsbærende enheter som noenlunde omhandlet samme aspekter ved oppgaven (Malterud, 2011, s. 100-104). Praktisk ble dette kodearbeidet gjort ved å kopiere meningsbærende enheter over til et dokument for hvert tema. Den transkriberte teksten fra de ulike informantene hadde ulik tekstfarge slik at vi hele tiden skulle ha oversikt over hvor materialet kom fra.

På det tredje trinnet tok vi for oss hver enkelt kode og delte den inn i subgrupper (Malterud, 2011, s. 105). Inndelingen i subgrupper ble gjennomført på samme måte som forslag til tema i trinn en. Deretter tok vi for oss hver enkelt subgruppe og skrev et kondensat. Kondensatet gjenforteller og sammenfatter det som befinner seg i den aktuelle subgruppen (Malterud, 2011, s. 106). Vi valgte å skrive et kondensat som representerte hver informants utsagn under subgruppen, slik at vi kunne sammenligne informasjon fra de ulike informantene senere i analysen. For hvert kondensat valgte vi ut et gullsitat, et sitat som best mulig illustrerte innholdet i kondensatet (Malterud, 2011, s. 107). I løpet av arbeidet på dette trinnet

så vi igjen behovet for å justere litt på den opprinnelige inndelingen, noe det er anledning for på dette stadiet ifølge Malterud (2011, s. 107). Vi så at noen meningsbærende enheter passet bedre under andre subgrupper og eventuelt under andre koder. Andre meningsbærende enheter ble fjernet ettersom vi så at de ikke var så meningsbærende likevel.

I det siste trinnet av metoden ble materialet sammenfattet igjen ved å skrive en analytisk tekst. Dette er vårt resultat. Kondensatene under hver subgruppe var utgangspunktet for den analytiske teksten. Slik representerer hvert avsnitt i resultatet en subgruppe. De analytiske tekstene ble under arbeidet fortløpende validert ut fra sammenhengen de var hentet ut ifra, ved at vi gikk tilbake i transkriberingen. Dette for å sikre at sammenfatningen gir en lojal gjengivelse av det informantene sa. Til slutt ble resultatet vurdert opp mot teori og empiri (Malterud, 2011, s. 107-109).

4. RESULTAT

I resultatkapittelet vil vi først presentere informantene, deretter sentrale funn fra intervjuene. Fra og med 4.2 belyser hvert delkapittel faktorer informantene mener kan påvirke pasienter med LMSP sin motivasjon til etterlevelse av behandlingsråd. Delkapitlene representerer de fem hovedtemaene vi identifiserte i analysen; “samarbeid”, “en god pasient-terapeutrelasjon”, “forklaringer og forståelse”, “mestring” og “individuelle forskjeller i ressurser og utfordringer”. En oversikt over temaer, koder og subgrupper identifisert i analysen er presentert i vedlegg 6.

4.1 Presentasjon av informanter

Informantene har ulik faglig bakgrunn og arbeidserfaring. Heterogeniteten i utvalget antok vi som nevnt i 3.2 at kunne gi variasjoner i materialet. For å anonymisere informantene vil vi omtale de med det kjønnsnøytrale pronomenet ”hen”.

Manuellterapeuten (MT) fullførte fysioterapiutdanningen for over 30 år siden, og tok videreutdanning i manuellterapi for ca. 25 år siden. Informanten har erfaringer fra både spesialist- og kommunehelsetjenesten. Hen har hovedsakelig jobbet i privat praksis med driftstilskudd på institutt. Informanten har jobbet med pasientgruppen med LMSP i over 30 år, hovedsakelig rygg- og nakkeplager.

Psykomotorikeren (PM) tok fysioterapiutdanningen i utlandet og har senere videreutdannet seg innen psykomotorikk i Norge. Informanten jobbet først noen år på institutt i utlandet, før hen flyttet til Norge hvor hen har jobbet i over 20 år i spesialisthelsetjenesten. Informanten har lengst erfaring med revmatologiske pasienter, men har også jobbet noen år med generaliserte nakke- og ryggplager. Hen sier pasientene i den siste gruppen gjerne hadde vært til mye annet helsepersonell før de kom til hen. Pasientene hadde ofte plager som ble opprettholdt, uten at det forelå en diagnose.

Fysioterapeuten med grunnutdanning (FG) utdannet seg som fysioterapeut for over 20 år siden. Hen har jobbet som privatpraktiserende på institutt med og uten driftstilskudd. Hen har ca. 20 års erfaring med LMSP, hvor hen har sett mest rygg-, nakke- og skulderproblemer. Informanten jobber nå helprivat og sier hen ser mest til pasienter som er mer ressurssterke.

4.2 Samarbeid i utforming og evaluering av behandlingsråd

At fysioterapeuten samarbeider med pasienten i utformingen av behandlingsråd var noe alle informantene mente var viktig. Fysioterapeuten med grunnutdanning mener samarbeidet er viktig fordi LMSP ofte har sammensatte årsaker. Pasienten må da være med på å finne løsninger, fordi det ofte handler om relativt store endringer i pasientens liv.

Manuellterapeuten mener samarbeidet er viktig slik at rådene blir tilpasset hver enkelt pasient, og for at pasientene skal føle at de blir tatt på alvor. Psykomotorikeren påpeker at pasientene må oppleve å ha en påvirkning på det som skjer, for at det skal bli et konstruktivt samarbeid.

Hen understreker at fysioterapeuten må justere seg til hva pasienten er i stand til. Hvis ikke vil prosessen stoppe opp av seg selv. Informantene sier at utgangspunktet for tiltak gjerne er at de viser noen øvelser, for så å diskutere med pasientene om øvelsene er gjennomførbare.

Manuellterapeutens erfaring er at oftere nå enn tidligere kan utgangspunktet også være at pasientene selv har funnet et øvelsesprogram på internett. Hen kan da komme med råd om hvilke øvelser som vil være egnet, og mindre egnet for hver enkelt pasient. Psykomotorikeren påpeker at vi ikke oppnår noe med en oppgave som ikke blir gjort. Hen og fysioterapeuten med grunnutdanning mener at dersom pasienten ikke får gjennomført tiltakene, må man snakke om årsakene til at det ikke ble gjennomført, og eventuelt finne andre tiltak.

Samtlige informanter meddeler at de ikke ønsker å være en fysioterapeut som bare forteller pasienten hva de skal gjøre og “har alle svarene”. Manuellterapeuten og fysioterapeuten med grunnutdanning uttrykker at dersom fysioterapeuter inntar en slik rolle, vil dette sannsynligvis være hverken hensiktsmessig eller motiverende for pasienten. Fysioterapeuten med grunnutdanning ønsker en rolle som rådgiver og veileder, hvor hen med sin fagkompetanse kan bidra med virkningsfulle behandlingsråd. På tross av at dette ser hen utfordringen i at det kan være lett å bli for ivrig som fysioterapeut, da man har et håp om å hjelpe og “fikse” pasientene.

“Det at de... faktisk er de som er i førersetet og setter betingelsene, er kjempeviktig. Samtidig så må vi som fagfolk komme med de rette rådene og hjelpe de til å finne disse tiltakene som er virkningsfulle.” (FG, s. 4)

Fysioterapeuten med grunnutdanning opplever at pasienter stiller mer krav til hvordan de vil ha det. Hen tror fysioterapeuter i fremtiden vil ende opp i mer en rådgiverrolle enn en behandlerrolle. Dermed mener hen man må tenke ganske nytt om hvordan fysioterapeuter

møter og hjelper folk. Veiledning kan like gjerne gjøres gjennom PC eller telefon, som gjennom et fysisk møte. Videre tror hen at det ligger mye potensiale i å bruke teknologi som kommer. Teknologi kan fremme motivasjon ved å gi en tettere oppfølging, mer forpliktelse og belønningssystemer, via for eksempel apper. Fysioterapeuten med grunnutdanning nevner også at fysioterapeuter kan bruke spillelementer, og psykologien som ligg i spill til noe positivt, for eksempel at en blir "hektet".

4.3 En god pasient-terapeutrelasjon

En god pasient-terapeutrelasjon er noe som fremheves i alle de tre intervjuene som viktig for å motivere pasienter med LMSP til å følge behandlingsråd. Å danne og investere i en god relasjon tidlig i behandlingsforløpet er noe manuellterapeuten og psykomotorikeren mener er vesentlig. Psykomotorikeren mener en god relasjon dannes ved å oppriktig se, lytte til og anerkjenne det pasienten tenker og opplever. Manuellterapeuten mener en god relasjon blir dannet ut fra om pasientene føler hen vil de vel, og at hen kan det hen driver med. Hen mener relasjonen da kan bidra til at pasienten føler seg trygg, tatt på alvor og får tillit til fysioterapeuten.

En relasjon som er preget av at pasienten har tillit til fysioterapeuten er noe alle informantene tror er av betydning for pasientens motivasjon. Når pasienten har tillit til terapeuten kan pasientens motivasjon og tro på behandlingsrådene øke. Psykomotorikeren tror at dersom pasienter har tillit til fysioterapeuten, kan de spørre og få svar som bygger opp en tro på at de kan bli bedre.

“Det handler om tillit, spesielt hvis du har vært hos mange før og ikke blitt bedre, så handler det jo om å bygge opp tillit til at “dette tror jeg på, dette går jeg for.”
(PM, s. 8)

Samtidig tilføyer psykomotorikeren at når man har folk over lang tid, må man passe på å ikke bli for mye venn. Informanten mener at dersom en får en for vennskapelig relasjon, vil man som fysioterapeut miste noen av de verktøyene og autoriteten en har som fagperson og det objektive blikket.

“Relasjonen har jo sine grenser selvfølgelig. Ikke bli for mye kompis, men nok menneske.” (PM, s. 8)

4.4 Forklaringer og forståelse

Fysioterapeuten med grunnutdanning uttaler at det er sentralt for hen å bevisstgjøre pasientene med LMSP på hva som hindrer de i å følge råd, eller ta valg de vet medfører problemer. Når både fysioterapeut og pasient har fått en større forståelse for hindringene, er det lettere for fysioterapeuten å komme med råd og innspill for å overkomme dem. I alle intervjuene kom det frem at pasientenes forståelse for egne plager kunne være noe som hindret de i å følge behandlingsråd.

“Når du skal ut å gå den turen eller gjøre de øvelsene som vi ble enige om, hva er det som hindrer deg, hvilke tanker er det som kommer i veien da?” (FG, s.7)

Alle våre informanter har erfaring med at pasientene med LMSP har fått ulike forklaringer og råd fra mange behandlere, sosial omgangskrets og internett. Disse rådene kan være motstridende og forvirrende. Når pasienter har søkt etter råd og forklaringer på internett kan det gjøre at pasientene henger seg fast i en forklaringsmodell, sier psykomotorikeren. Fysioterapeuten med grunnutdanning sier informasjonen kan gjøre pasientene mer bekymret. Det å fange opp misforståelser, og å oppklare i motstridende forklaringer, er noe alle informantene opplevde som nyttig for å motivere.

“De kommer ofte med en enorm... eller mye forskjellig forståelse av hva som er problemene deres, ofte basert på andre, på lege, eller andre behandlere, som har gitt noen forklaringer som ikke nødvendigvis stemmer med det en vet fra forskning. Som gjør at de faktisk er mindre motiverte for å gjøre noe selv.” (FG, s. 3)

Forståelse for smertemekanismer ved LMSP er noe alle informantene trekker frem som viktig i forhold til motivasjon. Usikkerhet og frykt rundt smerter kan være en årsak til at mange av pasientene er passive. For manuellterapeuten og psykomotorikeren fremstår det som viktig å fremme en forklaringsmodell som inkluderer en forståelse av hypersensitivitet, tolkning og reaksjon på smerte. Psykomotorikeren forklarer videre at stress og belastninger fra omgivelsene kan være med på å forsterke smerteopplevelsen. Når pasientene har denne forståelsen kan de ifølge psykomotortikeren våge å utfordre smertene sine og lære å tolke smertene på en bedre måte.

“Mange tror jo og tenker jo at smerter betyr at nå holder de på å ødelegge noe i kroppen sin, uansett.” (MT, s. 3)

Samtlige informanter retter fokus mot forklaringer av sammenhengen mellom plager og tiltak. Manuellterapeuten vektlegger forklaringen av sammenhengen mellom muskel- og skjelettplager, trening generelt og spesifikke øvelser rettet mot det fysioterapeuten tror er årsaken til plagene. Psykomotorikeren nevner viktigheten av å forklare hva en forventer å oppnå med ulike tiltak. Fysioterapeuten med grunnutdanning nevner at hen må forklare noen pasienter at tiltak ikke nødvendigvis trenger å være omfattende og tungt for å ha effekt.

I tillegg mener psykomotorikeren og fysioterapeuten med grunnutdanning at pasientene må få en forståelse for at de må gjøre noe utenom behandlingstiden. Fysioterapeuten med grunnutdanning legger opp til at pasientene skal gjøre mest på egenhånd og har dermed lengre tid mellom behandlingene. Psykomotorikeren sier det er hjemme de i hovedsak må gjøre og oppleve endringene.

“Det er hjemme du lever, ikke hos fysioterapeuten.” (PM, s. 7)

4.5 Mestring

Pasienter med LMSP er ifølge psykomotorikeren en pasientgruppe som kanskje har et spesielt behov for å oppleve mestring. Når pasienten får en mestringsopplevelse der de klarer å gjøre seg bedre selv, kan hen spille på det gjentatte ganger utover i prosessen. Videre sier psykomotorikeren at mestring kan oppnås ved at pasientene når målene de har satt sammen. Hen påpeker at det ikke er så lett for pasientene å se fremgang når de gradvis oppnår målene og blir bedre over tid. For å tydeliggjøre fremgangen og skape en mestringsopplevelse kan pasienten føre loggbok, eller fysioterapeuten kan bruke tester og spørreskjema som målestokk. Fysioterapeuten med grunnutdanning er også opptatt av å tydeliggjøre hva pasientene mestrer å gjøre selv, blant annet ved å følge opp avtalte hjemmelekser. Hen poengterer hvilke endringer pasientene har klart å gjennomføre og at det er disse endringene som vil gi resultater. Å legge opp til at pasienten skulle oppleve mestring i en øvelse var noe alle informantene nevnte som viktig for å motivere. Det kan for eksempel være at de i øvelsen opplever å få mindre smerter eller mer kraft. Pasienten kan da få en tro på at plagene deres er mulig å påvirke.

“Du så jo at det du gjorde der, det fikk du til, og så ble du bedre. Så du har jo mye i deg, du har jo masse ressurser.” (PM, s. 4)

Målsetting kan, som nevnt over, være en kilde til mestringsopplevelse for pasienten. Å sammen med pasienten sette mål for behandlingen tidlig i forløpet, er noe psykomotorikeren og fysioterapeuten med grunnutdanning nevner som avgjørende for å være motivert til å gjennomføre behandlingsråd. Psykomotorikeren uttrykker at målene burde være konkrete, hverdagsnære, oppnåelige, ha et tidsperspektiv og være definert ut fra hva som er viktig for pasienten.

4.6 Individuelle forskjeller i ressurser og utfordringer

Informantene forteller at for en stor del av pasientene er det ikke nødvendig å jobbe med motivasjon. Manuellterapeuten og fysioterapeuten med grunnutdanning har inntrykk av at mange pasienter allerede er motivert for å bli kvitt plagene, eller til å gjøre en forandring. Før de kommer til behandling har mange pasienter selv tatt initiativ til å søke på internett for å finne ut hva de selv kan gjøre, noe de to informantene ser på som en ressurs. Fysioterapeuten med grunnutdanning hevder å se en utvikling der pasienter har mer kunnskap om hva de kan og bør gjøre enn de hadde før. Stadig flere kommer heller ikke til fysioterapeuten for å “bli fikset”, men for å råd om hva de selv skal gjøre for å bli bra. Psykomotorikeren har også erfaring med at noen pasienter gjør som de blir oppfordret til, bare fordi fysioterapeuten sier det, og da er det heller ikke er så nødvendig å jobbe med motivasjon. Pasienter som er mer ressurssterke, men hvor det kan ha gått galt i en liten periode, er også lettere å motivere ifølge fysioterapeuten med grunnutdanning. Hen trekker derimot frem at det er en utfordring for fysioterapeuter å motivere pasienter til å fortsette med tiltakene når behandlingen avsluttes, og å vite om de gjennomfører tiltakene. Hen legger også til at vi vet at halvparten av alle pasienter ikke fullfører rehabiliteringen etter de har avsluttet behandlingen.

”Jeg tror ikke folk har lyst til å gå rundt med de vondtene og smertene de har, og ikke kunne gjøre mange ting. Det tror jeg. Jeg tror de er motiverte for å bli kvitt de plagene.” (PG, s. 5)

Selv om mange pasienter i utgangspunktet er motivert, kan det være faktorer i pasientens liv som likevel gjør det vanskelig å følge opp behandlingsrådene mener fysioterapeuten med grunnutdanning. Hen mener endringene kan bli vanskelige på grunn av en sammensatt situasjon hvor både økonomi, sosial status, utdanning, personlighet og livsstil spiller inn. For noen pasienter er endringene som skal til for å gjøre at de blir bra så store at det ikke engang er nok å være motivert. Manuellterapeuten og fysioterapeuten med grunnutdanning trekker

frem at råd som handler om å bryte et mønster i livsstilen krever mye å følge opp. Det er for eksempel en utfordring å motivere pasienter som generelt er passive og ikke liker fysisk aktivitet og trening, til å nettopp være fysisk aktive og trene. Samtidig påpeker alle informantene at mange med LMSP også kan være for aktive, og ha motsatte utfordringer. De klarer ikke å sette på bremsen, må alltid prestere og være på tilbudssiden. Manuellterapeuten understreker at folk er forskjellige og er motivert for forskjellige ting, og at hen må justere sin tilnærming til mange ulike personer i løpet av en dag.

“Noen som er veldig aktive kan være veldig motiverte for å få en øvelse til. Det trenger de ofte ikke (latter). Mens andre som ikke gjør så mange øvelser kan være motivert for ikke noe annet enn “gi meg behandling”, fordi de egentlig ikke orker. De kan gjerne være enige om å få noen øvelser og prøve, men de orker ikke forandringen, eller orker ikke å gjøre noe mer” (MT, s.3)

Prioriteringer kan være en annen årsak til at det kan være utfordrende å følge råd, mener fysioterapeuten med grunnutdanning. Selv om pasienten i utgangspunktet er motivert for å fungere og bli kvitt plagene, er det noe annet som blir viktigere. Det kan være å hjelpe og ta vare på andre, fremfor å ta vare på seg selv. Hen legger vekt på at behandlingsrådene blir mer overkommelige for pasientene dersom vi som fysioterapeuter reduserer ulempene ved gjennomføring av behandling, for eksempel at det tar tid. Hen har inntrykk av at de to vanligste hindringene for å følge behandlingsråd er mangel på tid til gjennomføringen og at behandlingsrådene oppleves som kjedelige. Alle informantene mener det er betydningsfullt for motivasjonen til å følge behandlingsråd at tiltakene pasientene skal gjennomføre oppleves som overkommelige og gjennomførbare i hverdagen.

“Skulle heller brukt tiden på noe annet, skulle heller kjørt ungene, eller fulgt opp de med lekser eller skulle heller besøkt moren min.” (FG, s. 7)

Pasientens sosiale nettverk nevnes av informantene som både en ressurs og en utfordring for å motivere pasienter med LMSP til å følge behandlingsråd. Den sosiale omgangskretsen kan ifølge manuellterapeuten og psykomotorikeren ha en påvirkning på pasientens innstilling og tanker rundt både fysisk aktivitet, smerte og behandlingsråd. Psykomotorikeren har erfaring med at dersom pasienten har mange fysisk aktive personer i omgangskretsen kan det sosiale nettverket være en ressurs, som vil motivere til etterlevelse av råd som innebærer mer fysisk aktivitet. Hvis omgangskretsen derimot er lite opptatt av fysisk aktivitet kan denne innstillingen påvirke pasienten i motsatt retning. Psykomotorikeren understreker at det er

viktig å tilegne seg informasjon om sosialt nettverk i undersøkelsen av pasienten, og at den sosiale omgangskretsen kan være gunstig å spille på i utformingen og utførelsen av behandlingsrådene. Psykomotorikeren kan for eksempel råde pasientene til å utføre øvelser sammen med, eller lære bort øvelser til, de som i undersøkelsen kom frem som støttepersoner.

5. METODEDRØFTING

Før vi drøfter de sentrale funnene fra intervjuene, vil vi i dette kapitlet drøfte styrker og svakheter ved våre valg i innsamling og analyse av materialet. Vi vil trekke frem sider ved metoden av hensyn til refleksivitet, intervjuprosessen og valg av informanter. I tillegg vil vi belyse sider av problemstillingen av hensyn til bredde og spesifisering av tidsrom.

5.1 Refleksivitet og forforståelse

Forforståelsen vår er det vi forstår verden ut fra (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 244). Den består av erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og teoretisk referanseramme som vi har ved oppstart av prosjektet. Refleksivitet i forskning innebærer å ha en aktiv holdning der vi overveier og erkjenner betydningen av våre egne forestillinger og ståsted (Malterud, 2017, s. 19-20). Vi prøvde å ha et bevisst forhold til forforståelsen for å ikke la den overdøve data fra informantene (Malterud, 2011, s. 41). Likevel kan man aldri fullt og helt gjøre rede for, og legge fra seg forforståelsen (Thornquist, 2012, s. 198). Den vil hele veien påvirke måten vi samler, leser og tolker våre data på (Malterud, 2017, s. 44). Intervjuer vil for eksempel til en viss grad være delaktig i å skape dataene som senere analyseres (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 99).

Hovedspørsmålene i intervjuguiden gjenspeilte vår forforståelse da denne var vår inngangsport til temaet. I analyseprosessen forsøkte vi å ta mest mulig avstand fra forforståelsen i systematiseringen. Vi forsøkte å danne koder som var mest mulig basert på informantenes faktiske utsagn. Likevel ser vi at kodene “samarbeid” og “relasjon” har utspring vår forforståelse. Vår forforståelse tilsa at relasjon og brukermedvirkning er essensielt for motivasjon. Ettersom disse koden ble mye omtalt under intervjuene ble det naturlig å ha de som koder, uavhengig av vår forforståelse.

Videre tilsa vår forforståelse rundt problemstillingen at mange pasienter ikke er motiverte til å følge behandlingsråd. I forkant av intervjuene trodde vi at rundt 70% ikke følger behandlingsrådene som blir gitt av fysioterapeuter, og at mange av de som fulgte behandlingsråd kom til å stoppe opp etter at behandlingsperioden ble avsluttet. Ekstra vanskelig trodde vi det var å motivere pasienter med LMSP. Vi så for oss at mange med LMSP har en passiv livsstil som er vanskelig å endre, og at en del allerede har prøvd mange

ulike behandlere. Likevel hadde vi en sterk tro på at mer fokus på motiveringsarbeid kunne føre til økt etterlevelse av rådene.

Med tanke på informantenes ulike faglige bakgrunn forventet vi at psykomotorikeren ville fokusere på brukermedvirkning og samtale rundt pasientens plager. Manuellterapeuten forventet vi at ville ha mindre fokus på samtale og mer på strukturelle og biomekaniske forhold. Fysioterapeuten med grunnutdanning trodde vi ville ha en tilnærming som kombinerte disse to retningene.

5.2 Intervjuprosessen

Da vi var ute etter fysioterapeuters refleksjoner og erfaringer, var en kvalitativ metode egnet for å gi svar på problemstillingen (Malterud, 2011, s. 27). En utfordring ved kvalitative intervju kan være at informantene svarer ut ifra hva de tenker er forventet av de, eller ut ifra de refleksjonene og erfaringene de kommer på der og da. Observasjoner av behandlingstimer kunne også vært en interessant tilnærming. Da kunne vi sett hvordan fysioterapeutene implementerer motivasjonsstrategier i praksis. Observasjon av behandling alene ville ikke gitt oss den samme innsikten i fysioterapeuters refleksjoner og erfaringer.

Intervjuprosessen i det kvalitative intervjuet kan gi ny innsikt og bevissthet (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 48). For eksempel så vi under første intervju at det ble mangel på tid til spørsmål fra observatøren, noe vi i utgangspunktet hadde lagt inn i arbeidsfordelingen. I de påfølgende intervjuene prioriterte intervjueren derfor hovedspørsmålene og å følge opp tankerekker, men utelot noen oppfølgingsspørsmål. Slik fikk observatøren bedre tid til å stille utfyllende spørsmål mot slutten av intervjuet. Vi innså at observatøren hadde en bedre oversikt over hvilke spørsmål som burde stilles for å utdype eller oppklare rundt det informanten hadde sagt tidligere. Ved å utelate noen oppfølgingsspørsmål la vi bort litt av forhåndsstrukturen fra intervjuguiden. Å ha litt mindre forhåndsstruktur kunne imidlertid være nyttig for å i større grad få frem informantens perspektiv på problemstillingen. Vi beholdt en viss grad av struktur med hovedspørsmålene, som er en betingelse for at man skal kunne sammenligne (Ryen, 2002, s. 97). Etter hvert som vi ble tryggere på formuleringer, bedret arbeidsfordelingen og stilte mer relevante utdypingsspørsmål, opplevde vi at intervjuene ble mer interessante.

5.3 Utvalget av informanter

Vår forforståelse tilsa at de ulike fagretningene ville fokusere på ulike faktorer som kunne belyse problemstillingen fra flere sider. I resultatene så vi derimot stort sett en overensstemmelse mellom informantene. Mange av resultatene er også i overensstemmelse med teoretisk og empirisk litteratur på motivasjon eller etterlevelse av behandlingsråd, noe som utdypes i resultatdrøftingen. Overensstemmelsen informantene imellom, og med litteratur, øker sannsynligheten for at våre funn kan være gjeldende i andre sammenhenger der pasienter med LMSP oppsøker fysioterapi. Med tanke på overførbarhet vil vi ta i betraktning at vi har fått kjennskap til kun tre enkelte informanters erfaringer og refleksjoner. Selv om overførbarheten i følge Malterud (2011, s. 59) ikke øker proporsjonalt med antall informanter, anser vi det som meget sannsynlig at ytterligere datainnsamling kunne tilført mer kunnskap. Vårt utvalg begrenset seg altså ikke ut fra metning (Malterud, 2011, s. 60), men ut fra bacheloroppgavens omfang. Hensikten med oppgaven, som er en kvalitativ studie, er heller ikke å generalisere eller å fastslå at det er slik for alle fysioterapeuter, men å få innblikk i informantenes erfaringer og refleksjoner (Malterud, 2011, s. 55).

I ettertid ser vi at overensstemmelsen mellom informantene kanskje kan forklares ut ifra at de har samme grunnutdanning, yrke og er en del av det norske fysioterapimiljøet. I tillegg reflekterer uttalelsene tendenser og verdier i samfunnet, for eksempel fokuset på brukermedvirkning og forklaringer om smertemekanismer. Under intervjuene fikk informantene også relativt like spørsmål ut ifra temaene i intervjuguiden, noe som til en viss grad vil være bestemmende for hva de snakker om.

Selv om informantene stort sett var overensstemte seg imellom, kom det frem at de nyanserte og vektla faktorene noe ulikt. Dette kan ha ført til at noen avsnitt i resultatkapittelet i hovedsak er basert på en informants erfaringer og refleksjoner. Underveis i prosessen ble vi bevisst på at arbeidserfaring, i like stor grad som ulik fagretning, kan ha gitt variasjoner i materialet. Fysioterapeuten med grunnutdanning jobber for eksempel helprivat og sier hen møter mest av de som er mer ressurssterke. Det kan tenkes at hen derfor opplever at mange pasienter er motiverte, og tar initiativ til å søke informasjon for å finne ut hva de kan gjøre selv. Videre kan det tenkes at hen som helprivat kan være mer opptatt av å definere og markedsføre sin rolle som fysioterapeut. Kanskje er det bakgrunnen for at hen har flest refleksjoner rundt fysioterapirollen nå og i fremtiden, samt bruken av teknologi. Hen var også

den som i størst grad var opptatt av å bevisstgjøre pasienter på hvilke hindringer og prioriteringer som står i veien for at pasientene skal gjøre mer selv.

Psykomotorikeren og manuellterapeuten var de som i størst grad vektla å gi pasienten forklaringer rundt smertemekanismer, og hadde flest refleksjoner rundt pasient-terapeutrelasjonen. Vår forforståelse som tilsa at manuellterapeuten ville ha et større fokus på strukturelle og biomekaniske forhold, ble dermed utfordret. Resultatene er i tråd med at mange manuellterapeuter har beveget seg mer i retning mot en biopsykososial forståelsesmodell for langvarige plager (Nijs, Roussel, Wilgen, Koke & Smeets, 2013, s. 97). Videre var psykomotorikeren den av informantene som var mest opptatt av å gi pasienten mestringsopplevelser. Det kan tenkes at pasientene psykomotorikeren møter har hatt plagene over lengre tid. Hen sier at pasientene gjerne har vært til mange andre behandlere først, og de får hjelp i spesialisthelsetjenesten. Manuellterapeuten med driftstilskudd sier pasientene er veldig forskjellige av hensyn til motivasjon, aktivitet og oppfølgingsbehov.

Arbeidserfaringer og faglig retning kan være noe av bakgrunnen for hvorfor informantene vektlegger ulike elementer for å motivere. Samtidig har informantene selv ulike personligheter. Den enkeltes erfaringer og refleksjoner vil være et resultat av mange andre faktorer enn bare faglig bakgrunn eller arbeidssted. For eksempel uttrykte psykomotorikeren og fysioterapeuten med grunnutdanning at de har en spesiell interesse for problemstillingen, noe som også kan ha medvirket til at store deler av resultatene er basert på deres bidrag.

5.4 Problemstillingen

Problemstillingen i oppgaven er relativt bred. Læringsmessig har det vært en fordel, da vi har fått innblikk i mange ulike faktorer som kan motivere voksne med LMSP til å følge behandlingsråd. Oppgaven kan dermed gi innblikk i kompleksiteten rundt etterlevelse av behandlingsråd. Informantene brakte inn flere nye perspektiver, som hadde vært ønskelig å diskutere med de andre informantene. Oppgavens omfang begrenset nye intervjurunder. Et eksempel er når fysioterapeuten med grunnutdanning i siste intervju brakte opp perspektivene på teknologi som motivator og fysioterapeutens rolle i fremtiden. Med en bred problemstilling ble det utfordrende å ta stilling til hva som var de mest sentrale funnene, da vi fikk et overfladisk innblikk i mange tema, i stedet for dypdykk i få. Dersom vi skulle gjort oppgaven

på ny kunne vi spisset diagnosegruppen mer, og eventuelt fokusert på betydningen av kun en faktor, for eksempel forståelse for smertemekanismer.

5.5 Tidsrom for etterlevelse av behandlingsråd

Fysioterapeuten med grunnutdanning påpekte at det er en utfordring for fysioterapeuter å motivere pasienter til å fortsette med tiltakene når behandlingen avsluttes, og å vite om de gjennomfører. Hens uttalelse fikk oss til å innse at vi i intervjuene burde spesifisert hvilket tidsrom det var snakk om å motivere pasientene til å gjennomføre behandlingsråd. I tidsrommet der pasienten fremdeles har oppfølgingstimer hos fysioterapeut, eller etter avsluttet behandlingsforløp. Informantene kan på grunn av mangel på spesifisering ha uttalt seg om begge tidsrommene. Vi kan derfor si noe om hva informantene mener er viktige faktorer for påvirkning av pasientenes motivasjon, men ikke om dette gjelder på kort eller lang sikt. Bassett (2003, s. 61) hevder at etterlevelse av behandlingsråd over lang tid, utenfor en veiledet treningssetting, er spesielt vanskelig for mange. I senere forskning hadde det vært interessant å belyse motivasjon til etterlevelse på kort versus lang sikt, for å se om det er forskjeller.

6. RESULTATDRØFTING

I resultatdrøftingen vil vi først belyse hvorvidt vår forforståelse, som tilsa at mange pasienter ikke er motivert for å følge råd, stemmer overens med innsikten vi har fått gjennom arbeidet med bacheloroppgaven. Deretter vil vi drøfte de sentrale faktorene informantenes erfaringer og refleksjoner tilsier at kan påvirke pasienter med LMSP sin motivasjon til etterlevelse av behandlingsråd. De sentrale faktorene vi identifiserte i analysen og vektlegger i drøftingen, er samarbeid, relasjon, forklaringer, forståelse, og mestring. Videre vil vi drøfte subgruppene livsstil, tidsmangel og sosialt nettverk sin betydning for motivasjon. Til slutt vil vi drøfte problemstillingens betydning i fremtidens fysioterapi.

6.1 Er pasientene motiverte?

Vår forforståelse og erfaring fra praksis tilsa at mange pasienter ikke er motiverte for å følge behandlingsråd, og at mangel på etterlevelse er et stort problem innen fysioterapi. Resultatene fra intervjuene viste på en annen side at informantene oppfatter en stor andel av pasientene som motiverte. En systematisk oversikt av Rhodes & Fiala (2009, s. 435) viser at to tredjedeler av pasienter følger treningsopplegg de får fra fysioterapeuten. Mellom 10- 30% av pasientene følger ikke rådene, og vil ha behov for at fysioterapeuten fokuserer på å motivere til etterlevelse av behandlingsråd. Andelen pasienter som ikke er motivert til å følge behandlingsråd er lavere enn vår forforståelse tilsa. Likevel er andelen større enn ønskelig (Bassett, 2003, s. 61), og det er interessant å utforske hva informantene tenker om motivering av de resterende 10-30%, som ikke etterlever behandlingsrådene.

6.2 Sentrale faktorer som kan påvirke pasienters motivasjon

6.2.1 Samarbeid i utforming og evaluering av behandlingsråd

I resultatene kommer det frem at å samarbeide med pasienten i utformingen og evalueringen av behandlingsråd er noe samtlige informanter er opptatt av. Informantenes syn er i tråd med at brukermedvirkning er en lovpålagt rettighet, og at det oppfordres til å gi pasienten større makt i helsetjenesten (Jamtvedt & Hagen, 2015, s. 31). Vår forforståelse tilsa at å inkludere pasienten kunne nedprioriteres i travle fysioterapidager, men det viste seg imidlertid at dette er noe informantene vektlegger i stor grad. Samarbeidet er ifølge informantene viktig for pasientens motivasjon til å følge behandlingsråd, blant annet fordi pasientene da føler de blir tatt på alvor og har påvirkning på utformingen. Når pasienten medvirker i utforming og

evaluering av behandlingsråd kan det styrke pasientens følelse av autonomi, som igjen fremmer indre motivasjon ifølge Ryan & Deci (2000, s. 71). Psykomotorikeren mente også at målene for behandlingen må settes ut ifra hva som er viktig for pasienten. Når fysioterapeuter spør pasientene om “Hva er viktig for deg?” utgjør brukermedvirkning en viktig del av fysioterapeuters arbeidsmåte (Jamtvedt & Hagen, 2015, s. 32).

Fysioterapeuten med grunnutdanning og manuellterapeuten har inntrykk av at pasientene ønsker å medvirke i utforming av behandlingsråd i større grad enn før. Informantenes inntrykk underbygges av en systematisk oversikt av Chewning et al. (2012, s. 13). Den systematiske oversikten viser at andelen pasienter som selv ønsker å medvirke i beslutninger om egen helse har økt siden 2000 – tallet. Det kan se ut som etterlevelsen av behandlingsråd har økt parallelt med pasienters ønske om å medvirke. Bentsen (2013, s. 207) skriver at den gjennomsnittlige etterlevelsen av behandlingsprogram for pasienter med kronisk sykdom har økt fra 63% før 1980 til 75% etter 1980. En studie fra 90 – tallet beskrev at andelen pasienter som ikke fulgte treningsprogram fra fysioterapeuten kunne være så høy som 70% (Sluijs, Kok, Zee, Turk & Riolo, 1993, s. 782). Dette står i kontrast til oppsummert forskning fra 2009 som foreslår at 10- 30% ikke etterlever behandlingsråd (Rhodes & Fiala, 2009).

6.2.1.1 Fysioterapeutens rolle i samarbeidet

Samtlige informanter uttrykker at de ikke ønsker å være en fysioterapeut som bare forteller pasientene hva de skal gjøre og “har alle svarene”. Det vil ikke være motiverende for pasienten om fysioterapeuten inntar en slik rolle, mener både manuellterapeuten og fysioterapeuten med grunnutdanning. Hvilken rolle fysioterapeuten tar i samarbeidet kan påvirke pasientens motivasjon, da rollen ifølge Thornquist (2009, s. 125) både kan understøtte og undergrave pasientens mestringsevne og tro på seg selv. Fysioterapeuten med grunnutdanning påpeker utfordringen i at man som fysioterapeut kan bli for ivrig etter å hjelpe. Iveren kan potensielt virke hemmende på brukermedvirkningen, og kan være et eksempel på uhensiktsmessig maktbruk. Fysioterapeutens posisjon gir muligheter for både hensiktsmessig og uhensiktsmessig maktbruk (Thornquist, 2009, s. 30). Samtidig som det ser ut til at pasienters ønske om å medvirke har økt, er det noen pasienter som vil overlate beslutninger til helsepersonell (Jamtvedt & Hagen, 2015, s. 31). Denne nyansen kommer også frem hos psykomotorikeren som mener at noen pasienter gjør det de blir oppfordret til, bare fordi fysioterapeuten sier det. Det kan tenkes at de ikke ønsker eller har ressurser til å inkluderes i utformingen av tiltak, eller at de har stor tillitt til fysioterapeuten.

Fysioterapeuten med grunnutdanning mener at selv om det er viktig at pasienten medvirker, må fysioterapeuter fortsatt må bruke sin fagkompetanse i form av råd og effektive tiltak. Manuellterapeuten gir også råd om hvilke øvelser som vil være egnet for pasienten, når pasienten kommer til hen med øvelser fra internett. Å gi pasientene større makt skal ikke skje på bekostning av fysioterapeutens faglige forsvarlighet (Jamtvedt & Hagen, 2015, s. 32). Bruerkunnskap er viktig da pasienten er den som kjenner kroppen sin best, men fagkunnskap skal spille en like stor rolle i brukermedvirkningen (Helsedirektoratet, 2017). Psykomotorikeren er opptatt av å beholde en viss grad av autoritet i pasient-terapeutrelasjonen. Dette er i tråd med det Thornquist (2009, s. 165), skriver om at fysioterapeuters makt i relasjonen vil være forutsetning for faglig forsvarlig helsearbeid.

6.2.2 En pasient-terapeutrelasjon preget av tillit og anerkjennelse

Alle informantene trakk frem at en god pasient-terapeutrelasjon preget av tillitt var av betydning for pasienters motivasjon. Informantenes erfaring underbygges av Ryan, Patrick, Deci & Williams (2008, s. 3), som hevder at forholdet mellom pasient og helsepersonell er en viktig faktor for endring i pasienters helseatferd. Videre mener Ryan et al. (2008, s. 3) at pasienter er mer villig til å adoptere verdier og atferd som er foreslått av personer de har tillitt til. Resultatene fra en enkeltstudie på pasienters etterlevelse av hjemmetreningsprogram fra fysioterapeuten, antyder at forholdet mellom pasient og terapeut er blant de viktigste faktorene som kan påvirke etterlevelse (Østerås & Haaland, 2001).

Psykomotorikeren vektlegger en relasjon hvor fysioterapeuten oppriktig ser, lytter til og anerkjenner det pasienter opplever og tenker. Å føle seg anerkjent og sett kan være spesielt viktig for pasienter med LMSP som gjerne har vært til mange ulike behandlere mener hen. Å anerkjenne det pasienten sier kan ifølge Thornquist (2009, s. 127), bidra til å støtte opp under pasientens selvstendighet, mestringsevne og tro på seg selv. Ryan et al. (2008, s. 3) hevder at en følelse av anerkjennelse og forståelse vil være avgjørende for at pasienten skal få en opplevelse av tilhørighet og tillitt. Videre kan en relasjon der pasienten føler at fysioterapeuten vil de vel, slik manuellterapeuten er opptatt av, bygge opp under behovet for tilhørighet. En følelse av tilhørighet og tillitt kan fremme motivasjon ifølge Ryan & Deci, (2000, s. 71).

6.2.3 Forklaringer og forståelse

Alle informantene mener at økt forståelse for egne plager kan bidra til å motivere pasienter med LMSP til etterlevelse av behandlingsråd. Usikkerhet og bekymring rundt egen smerte var noe informantene hadde erfaring med at kunne hindre pasienten i å følge råd, da mange av pasientene hadde bevegelsesfrykt. Bevegelsesfrykt og pasientens oppfatninger om smerte kan være avgjørende for om muskel- og skjelettplager utvikler seg til å bli langvarige (Østerås, 2012, s. 24) og er i systematiske oversikter vist å være en barriere for fysisk aktivitet for pasienter med LMSP (Jack, McLean, Moffett & Gardiner, 2010, s. 226; Oliveira et al., 2016, s. 1840). En ufarliggjøring av smerten kan dermed være nyttig for å motivere til å følge råd. Psykomotorikeren mente for eksempel at pasientene med forståelse for smertemekanismer ved langvarige plager kan våge å utfordre smertene sine. Å gi forklaringer som reduserer frykt for smerte og forstå pasientens oppfatninger om smerte er også en strategi som anbefales i den systematiske oversikten av Jack et al. (2010, s. 226).

Når pasienten får en forståelse for egne plager og økt kunnskapsgrunnlag for å påvirke egen atferd, kan det bidra til myndiggjøring. Videre var psykomotorikeren og fysioterapeuten med grunnutdanning opptatt av å fremme pasientens forståelse for at de må gjøre noe utenom behandlingstiden. En slik ansvarliggjøring kan også være en form for myndiggjøring. Gjennom myndiggjøring kan pasientene få en opplevelse av autonomi, noe som vil være positivt for pasientens motivasjon ifølge Ryan & Deci (2000, s. 71). Informantene gir også forklaringer rundt hensikten med tiltakene for å motivere til gjennomføring. Dette er i overensstemmelse med Reeve (2015, s. 148) som skriver at det å gi pasientene et rasjonale vil fremme en mer autonom motivasjon.

6.2.3.1 Forutsetninger for en felles forståelse

Informantene anser det å oppklare i de eventuelle motstridende og forvirrende forklaringer pasienten kan ha fått fra ulike kilder, som nyttig for å motivere til å følge behandlingsråd. Forklaringene kan for eksempel være noe pasientene har lest på internett. Psykomotorikeren har erfaring med at pasienter ut fra informasjon på internett kan henge seg fast i en forklaringsmodell de synes passer. Videre har fysioterapeuten med grunnutdanning erfaring med at pasienter kan bli mer bekymret når de leser informasjon på internett. Informantenes utsagn er i tråd med Fredriksen & Sudmann (2016, s. 32) som skriver at pasienter kan ha ulike forutsetninger for å tolke internettbasert helseinformasjon.

Dersom forklaringene fysioterapeuter gir skal være oppklarende må kommunikasjonen foregå på et nivå som samsvarer pasientens helseinformasjonsforståelse. Videre skriver Thornquist (2009, s. 23) at budskap alltid fortolkes i en meningssammenheng. Dermed vil det være nyttig for å skape forståelse at fysioterapeuten tar med seg pasientens oppfatninger og forståelse av helseinformasjonen i kommunikasjonen. At pasienten forstår helseinformasjonen kan være en forutsetning for motivasjon til å følge råd, da helseinformasjonsforståelse også omhandler å anvende den informasjonen man får.

6.2.4 Mestring

Psykomotorikeren uttalte at pasienter med LMSP kanskje har ekstra behov for å oppleve mestring. Å oppleve mestring ved å for eksempel gjennomføre et øvelsesprogram og gjøre seg selv bedre, er ifølge Bandura (referert i Manger & Wormnes, 2015, s. 116) viktig for videre mestringsforventninger. Mestringsforventninger er en av de faktorene som kan være avgjørende for om muskel- og skjelettplager utvikler seg til å bli langvarige (Rasmussen-Barr, Campello, Arvidsson, Nilsson-Wikmar & Äng, 2012, s. 142; Østerås, 2012, s. 24). Det kan dermed tenkes at mange i denne pasientgruppen har lave mestringsforventninger, og at dette er noe av bakgrunnen for psykomotorikerens utsagn. Lav mestringsforventning kan være en barriere for etterlevelse (Jack et al., 2010, s. 227), og er en av de faktorene som kan påvirke hvorvidt pasienter med kroniske korsryggssmerter gjennomfører trening (Middleton, 2004, s. 159).

Både psykomotorikeren og fysioterapeuten med grunnutdanning var opptatt av å sette mål sammen med pasienten, og mente det var avgjørende for motivasjon til å følge behandlingsråd. Psykomotorikeren var opptatt av at målene skulle være konkrete, oppnåelige og ha et tidsperspektiv. Alle disse faktorene vil påvirke pasienters motivasjon (Manger & Wormnes, 2015, s. 44). Oppnåelige mål er ifølge Bandura (1995, referert i Manger & Wormnes, 2015, s. 130) nyttig for å fremme mestringsforventning.

6.2.4.1 “Hvis jeg gjør dette så klarer jeg å gjøre meg bedre... selv.” (PM, s. 4)

Psykomotorikeren mente det var viktig å gi pasienter en mestringsopplevelse der de klarer å gjøre seg bedre selv. Likeledes ønsket fysioterapeuten med grunnutdanning å poengtere for pasienten at det er de endringene de klarer å gjøre selv om vil bidra til bedring. Å gi pasientene tro på at de selv kan bidra for å bli bedre fremmer en indre kontrollplassering. Å bygge opp under indre kontrollplassering, kan være nyttig for å motivere pasienter til å følge behandlingsråd (Manger & Wormnes, 2015, s. 97). Pasienter med en indre kontrollplassering er i en enkeltstudie vist å gjennomføre behandlingsråd i større grad, enn pasienter som har en ytre kontrollplassering (Friedrich, Gittler, Halberstadt, Cermak & Heiller, 1998, s. 475).

Fysioterapeuten med grunnutdanning fortalte om pasienter som mottok forklaringer fra annet helsepersonell som gjorde de umotiverte for egeninnsats. Mengshoel (2019, s. 26) viser også i sin intervjustudie til tilfeller der helsepersonell har forklart pasienter med LMSP at plagene ikke kan bli bedre, noe som fratok pasientene håp om at de selv kunne påvirke situasjonen. Hvis fysioterapeuten derimot informerer om de sannsynlige årsakene til plagene og hva som skal til for å påvirke dem i riktig retning, slik våre informanter uttaler at de gjør, kan det øke pasienters forståelse av at de selv kan gjøre noe for å bli bedre (Østerås & Haaland, 2001).

Å bygge opp under pasienters handlingsevne og tro på egne krefter trenger ikke utelukkende å skje gjennom å gi pasienten forklaringer og helsefaglig informasjon. Like viktig kan det være å støtte opp under pasientens egne erfaringer (Thornquist, 2009, s. 157). Ved å legge opp til at pasienten for eksempel opplever mindre smerter i gjennomføringen av en øvelse, slik som informantene forteller at de gjør, kan det støtte opp under pasientens tro på at de selv kan påvirke plagene.

6.2.5 Livsstil

For pasienter med LMSP anbefaler kliniske retningslinjer livsstilsendring med mer fysisk aktivitet (Mengshoel, 2019; Oliveira et al., 2016, s. 1833). Manuellterapeuten og fysioterapeuten med grunnutdanning mente at motivasjonen for å endre livsstil kan være vanskelig å opprettholde, en erfaring som underbygges av Sutton (1994, referert i Sniehotta, Schwarzer, Scholz & Schüz, 2005, s. 566). Utfordringen i å motivere pasienter til å opprettholde en aktiv livsstil underbygges i en systematisk oversikt, som viste at tiltak basert

på fysisk aktivitet ikke førte til en markant øke aktivitetsnivå for pasienter med LMSP i ettertid (Oliveira et al., 2016, s. 1841).

De to informantene hadde erfaring med at det er utfordrende å motivere pasienter som generelt er passive, til nettopp å være fysisk aktive og trene. Å generelt være lite fysisk aktiv presenteres i ulike studier som en barriere for etterlevelse av fysioterapi og fysisk aktivitet (Jack et al., 2010; McPhail, Schippers, Marshall, Waite & Kuipers, 2014). Klinisk erfaring av Bårdsen & Thornquist (2010, s. 1487) tilsier at mange lite fysisk aktive personer har dårlige erfaringer med trening og bevegelse. De dårlige erfaringene vil ut fra teori om tidlige mestrings erfaringer redusere motivasjonen for fysisk aktivitet (Bandura 1997, referert i Manger & Wormnes, 2015, s. 116).

Mengshoel (2019, s. 27) har erfaring med at pasienter med LMSP opplever det som meningsløst å bruke tid på livsstilsendring hvis målet er å mestre hverdagen bedre. Å mestre hverdagen bedre kan ifølge psykomotorikeren være et realistisk mål for mange. Råd om endring av livsstil trenger heller ikke være synonymt med mer trening. Våre informanters erfaring tilsier at mange pasienter med langvarige muskel- og skjelettplager også er for aktive. Store deler av fokuset i forskningen på etterlevelse av behandlingsråd er på trening, selv om fysioterapeuter kan gi mange ulike behandlingsråd til pasienter som ønsker å mestre plagene bedre i hverdagen. I en systematisk oversikt påpekes det at alle de inkluderte studiene undersøker etterlevelse av råd om trening, ikke andre typer behandlingsråd, noe forfatterne hevder er et tegn på hull i litteraturen (Peek, Sanson-Fisher, Mackenzie & Carey, 2016, s. 127-128).

6.2.6 Tidsmangel i hverdagen

Fysioterapeuten med grunnutdanning påpekte at for å motivere pasienter til å følge behandlingsråd er det sentralt å finne hindrene for etterfølgelse, for så finne løsninger for å overkomme de. Utsagnet underbygges av tre systematiske oversikter (Bachmann, Bachmann & Oesch, 2017, s. 30; Essery, Geraghty, Kirby & Yardley, 2017, s. 519; Rhodes & Fiala, 2009, s. 425).

Opplevelsen av at en har for lite tid til å gjennomføre rådene, og at det ikke passer inn i hverdagen, blir av informantene nevnt som hindringer for å følge behandlingsråd. Forskning på trening og fysisk aktivitet viser at tidsmangel er et rapportert hinder (Bachmann et al.,

2017, s. 27; Jack et al., 2010; Rhodes & Fiala, 2009, s. 435). Fysioterapeuten med grunnutdanning stiller spørsmål ved om tidsmangelen kan være en prioriteringssak. Pasienter prioriterer i hverdagen, gjerne ubevisst, å bruke tiden på noe annet som blir viktigere enn behandlingsrådene. Informantene er opptatt av å sammen med pasientene planlegge og tilpasse treningen til hverdagen, som forskning også anbefaler fysioterapeuter (Jack et al., 2010, s. 277).

6.2.7 Sosialt nettverk

Resultatene våre viser at informantene mener sosialt nettverk både kan hemme og fremme pasienters motivasjon til å følge behandlingsråd. Oppsummert forskning konkluderer også med at manglende støtte fra sosialt nettverk kan være en hindring for etterlevelse (Bachmann et al., 2017, s. 27; Jack et al., 2010, s. 227). Sosial støtte kan fremme etterlevelse av behandlingsråd fra fysioterapeuter (Alageel, Bearne, Godfrey, Meade & Sweeney, 2019, s. 10; Essery et al., 2017, s. 531; Jack et al., 2010, s. 227). Sosial støtte kan også fremme motivasjon for trening generelt for pasienter med langvarige muskel og skjelettsmerter (Alageel et al., 2019, s. 10). Psykomotorikeren understreker at å spille på sosial omgangskrets og støttepersoner i utformingen og utføringen av behandlingsråd, kan være lurt. Fysioterapeuter og pasienter bør derfor legge til rette for inkludering av ressursene i pasientens nettverk, men også ta i betraktning hvor mye en kan kreve av omgangskretsen. Fysioterapeuter må også ta stilling og forholde seg til at noen omgangskretser kan virke hemmende på motivasjonen for å etterleve behandlingsråd.

6.3 Problemstillingens betydning i fremtidens fysioterapi

Fysioterapeuten med grunnutdanning kommer med en hypotese om at fysioterapeuter i fremtiden vil gå enda mer inn i en rådgiverrolle, og at vi må tenke ganske nytt om hvordan fysioterapeuter møter og hjelper folk. Basert på hans uttalelse, kan det tenkes at motivasjon for å følge behandlingsråd kan bli et enda viktigere tema i fremtiden, dersom fysioterapeuter primært skal veilede, og gjerne motivere pasienter mot positiv helseatferd. Essery et al. (2017, s. 519) understøtter fysioterapeuten med grunnutdanning sin påstand da delvis hjemmebasert rehabilitering stadig blir vanligere for pasienter med langvarige plager. De tror dette er en trend som vil fortsette, når en tar i betraktning at mange fysioterapeuter har begrenset tid og ressurser (Essery et al., 2017, s. 519).

Fysioterapeuten med grunnutdanning tror det ligger mye potensiale i å motivere pasienter med teknologi. I fremtiden kan teknologien muligens, i en større skala enn i dag, hjelpe fysioterapeuter til å motivere pasienter som i dag ikke etterlever behandlingsråd. For eksempel kan en app gi tettere oppfølging, mer forpliktelse og belønningssystemer, som informanten nevner. Hen nevner også at fysioterapeuter kan bruke spillelementer og psykologien i spill til noe positivt. Deterding, Khaled, Nacke & Dixon (2011, s. 2) hevder spilldesign er en verdifull tilnærming for å øke motivasjon og skape engasjement. Et relativt nytt forskningsfelt forsker på denne spillifiseringen. ”Spillifisering” eller “gamification”, er definert som ”å ta i bruk spilldesign- elementer i en ikke-spill kontekst” (Deterding et al., 2011, s. 1). En systematisk oversikt av Johnson et al. (2016, s. 104) viste at spillifisering har en positiv effekt på atferdsendring rettet mot fysisk aktivitet. En annen systematisk oversikt viste at spillifisering og virtuelle virkeligheter kan øke ytre motivasjon og gi en opplevelse av belønning. Forfatterne skriver at det sannsynligvis vil bli mer populært med bruk av videospill i helsefremmende intervensjoner (Theng, Lee, Patinadan & Foo, 2015, s. 353). Det stilles derimot spørsmål ved hvilke følger teknologien kan få for pasient- terapeutrelasjonen i fysioterapi, og hvordan det menneskelige og relasjonelle skal bli ivaretatt i alle mulighetene teknologien byr på (Lindvåg, 2018, s. 4). Det kan hevdes at menneskelig relasjon spiller en vesentlig rolle i utfallet av mange behandlinger (Lindvåg, 2018, s. 4; Norcross & Lambert, 2011, s. 7).

7. KONKLUSJON

Hensikten med bacheloroppgaven var å få innblikk i fysioterapeuters erfaringer og refleksjoner, rundt å motivere pasienter med langvarige muskel- og skjelettplager til å etterleve behandlingsråd. I analysen av materialet identifiserte vi fem sentrale faktorer som informantenes erfaringer og refleksjoner tilsier at kan påvirke pasienters motivasjon. De sentrale faktorene er samarbeid i utforming og evaluering av behandlingsråd, en god pasient-terapeutrelasjon, forklaringer, forståelse og mestring. Individuelle forskjeller i grad av motivasjon, livsstil, prioriteringer og sosialt nettverk er andre faktorer informantene erfarer at kan ha innvirkning på pasienters motivasjon for å følge råd.

Bakgrunnen for at vi valgte å intervjuere fysioterapeuter med ulik faglig bakgrunn var å få et variert materiale. I resultatene så vi derimot stort sett en overenstemmelse informantene imellom, selv om de nyanserte og vektla faktorene ulikt. Da vi kun har fått innsikt i den enkelte informants erfaringer og refleksjoner, kan vi ikke vurdere om det er representativt for alle fysioterapeuter med samme faglige bakgrunn. Å generalisere resultater er heller ikke hensikten med en kvalitativ metode.

Resultatene er i tråd med teori og empiri rundt tema som motivasjon, relasjon, brukermedvirkning, myndiggjøring, kommunikasjon og barrierer for etterlevelse av behandlingsråd. I tillegg ga resultatene interessante funn rundt potensialet i å benytte teknologi for å motivere, samt om motivering av pasienter kan bli desto viktigere for fysioterapeuter i fremtiden. Potensialet i å benytte teknologi ville vært interessant å belyse i videre forskning. Det ville også vært interessant å belyse motivasjon til etterlevelse av behandlingsråd på kort versus lang sikt. Da tidsrommet for gjennomføring av behandlingsråd ikke ble spesifisert for informantene, kan vi i denne oppgaven ikke si sikkert om informantenes erfaringer og refleksjoner gjelder motivasjon på kort eller lang sikt.

Den brede problemstillingen har gitt oss et innblikk i kompleksiteten rundt temaet etterlevelse av behandlingsråd, samt hvor sammensatt gruppen med langvarige muskel- og skjelettplager er. Samtidig har informantenes erfaringer og refleksjoner lært oss at det er mange faktorer fysioterapeuter sammen med pasienten kan påvirke, for å motivere pasienter som av ulike grunner ikke etterlever behandlingsråd. Vi er spente på å se utviklingen til fysioterapi i fremtiden når det gjelder teknologi og om motivering av pasienter faktisk blir enda viktigere.

8. REFERANSELISTE

- Alageel, S. H., Bearne, L. M., Godfrey, E. L., Meade, L. B. & Sweeney, L. H. (2019). Behaviour change techniques associated with adherence to prescribed exercise in patients with persistent musculoskeletal pain: Systematic review. *British journal of health psychology*, 24(1), s. 10. doi:10.1111/bjhp.12324
- Bachmann, C., Bachmann, S. & Oesch, P. (2017). Recommendations for Improving Adherence to Home-Based Exercise: A Systematic Review, 28(1), s. 20-31. doi:https://doi.org/10.1055/s-0043-120527
- Barrie, J. (2011). Patient empowerment and choice in chronic pain management.(art & science: person-centered care). *Nursing Standard*, 25(31), s. 38-41. doi:10.7748/ns.25.31.38.s52
- Bassett, Sandra Frances. (2003). The assessment of patient adherence to physiotherapy rehabilitation. *New Zealand Journal of Physiotherapy*, 31(2), 60-66. Hentet fra https://www.researchgate.net/profile/Sandra_Bassett/publication/284411604_The_assessment_of_patient_adherence_to_physiotherapy_rehabilitation/links/56afc4cb08ae9c1968b48840/The-assessment-of-patient-adherence-to-physiotherapy-rehabilitation.pdf
- Bentsen, S. B. (2013). Etterlevelse av behandlingsprogrammer hos pasienter med kronisk sykdom. *Nordisk sygeplejeforskning*, 3(03), s. 207-215. Hentet fra https://www-idunn.no.galanga.hvl.no/file/pdf/62525230/nsf_2013_03_pdf.pdf
- Brämberg, E. B., Bergstrom, G., Jensen, I., Hagberg, J. & Kwak, L. (2017). Effects of yoga, strength training and advice on back pain: a randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 18(1)doi:10.1186/s12891-017-1497-1
- Bårdsen, Å. & Thornquist, E. (2010). Må vi trene for å ha god helse?, 130, s. 1487-1488. doi:doi: 10.4045/tidsskr.10.0312
- Chakrabarti, S. (2014). What's in a name? Compliance, adherence and concordance in chronic psychiatric disorders. *World journal of psychiatry*, 4(2), s. 30-36. doi:10.5498/wjp.v4.i2.30
- Chewning, B., Bylund, C. L., Shah, B., Arora, N. K., Gueguen, J. A. & Makoul, G. (2012). Patient preferences for shared decisions: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 86(1), s. 9-18. doi:10.1016/j.pec.2011.02.004
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Daykin, R. A. & Richardson, R. B. (2004). Physiotherapists' Pain Beliefs and Their Influence on the Management of Patients With Chronic Low Back Pain. *Spine*, 29(7), s. 783-795. doi:10.1097/01.BRS.0000115135.19082.97
- Deterding, S., Khaled, R., Nacke, L. & Dixon, D. (2011). *Gamification: Toward a definition*. Innlegg presentert ved CHI 2011 Workshop Gamification: Using Game Design Elements in Non-Game Contexts, Vancouver, BC, Canada.

- Essery, R., Geraghty, A. W. A., Kirby, S. & Yardley, L. (2017). Predictors of adherence to home-based physical therapies: a systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 39(6), s. 519-534. doi:10.3109/09638288.2016.1153160
- Folkehelseinstituttet. (2015, 11. mai). Fakta om psykiske plager og lidelser hos voksne. Hentet 01. mai 2019 fra <https://www.fhi.no/historisk-arkiv/artikler/psykisk-helse/psykiske-plager-og-lidelser-hos-vok/>
- Folkehelseinstituttet. (2018, 14. mai). Muskel- og skjeletthelse. Hentet 29.mars 2019 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/muskel-og-skjeletthelse/>
- Fredriksen, E. H. & Sudmann, T. T. (2016). Fra søk til bruk av helseinformasjon på internett ; e-Health literacy i en norsk kontekst. *Fysioterapeuten*, 83(10), s. 26-33.
- Friedrich, M., Gittler, G., Halberstadt, Y., Cermak, T. & Heiller, I. (1998). Combined exercise and motivation program: Effect on the compliance and level of disability of patients with chronic low back pain: A randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79(5), s. 475-487. doi:10.1016/S0003-9993(98)90059-4
- Helsedirektoratet. (2017, 17. oktober). Brukermedvirkning. Hentet 25. mars fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning>
- Ihlebak, C. & Lærum, E. (2010). Rammer flest, koster mest og får minst. *Tidsskrift for Den norske legeförening*,
- Jack, K., McLean, S. M., Moffett, J. K. & Gardiner, E. (2010). Barriers to treatment adherence in physiotherapy outpatient clinics: A systematic review. *Manual Therapy*, 15(3), s. 220-228. doi:10.1016/j.math.2009.12.004
- Jamtvedt, G. & Hagen, K. B. (2015). Brukermedvirkning og kunnskapsbasert fysioterapi, 2015(2), s. 30-33. Hentet fra <https://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Fagartikler/Brukermedvirkning-og-kunnskapsbasert-fysioterapi>
- Johnson, D., Deterding, C. S., Kuhn, K. A., Staneva, A., Stoyanov, S. & Hides, L. (2016). Gamification for Health and Wellbeing: A Systematic Review of the Literature. *Internet Interventions*, 6, s. 89–106
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Leeuw, M., Goossens, M., Linton, S., Crombez, G., Boersma, K. & Vlaeyen, J. (2007). The Fear-Avoidance Model of Musculoskeletal Pain: Current State of Scientific Evidence. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(1), s. 77-94. doi:10.1007/s10865-006-9085-0
- Lindvåg, D. (2018). Teknologi og fysioterapi. *Fysioterapeuten*, 85(2), s. 4. Hentet fra <https://fysioterapeuten-eblad.no/dm/fysioterapeuten-2-18/files/assets/common/downloads/publication.pdf?uni=4d7fbbce30cdea96da2ba62d612d7b86>
- Lærum, E., Brage, S., Ihlebæk, C., Johnsen, K., Natvig, B. & Aas, E. (2013). *Et muskel- og skjelettrengskap. Forekomst og kostnader knyttet til skader, sykdommer og plager i muskel- og skjelettsystemet*. Oslo: Muskel og Skjelett Tiåret (MST) v/ FORMI.

- Lærum, E., Brox, J. I., Storheim, K., Espeland, A., Haldorsen, E., Munch-Ellingsen, J., ... Werner, E. L. (2007). *Korsryggsmerter - med og uten nerverotaffeksjon*. Hentet fra <https://www.muskelskjeletthelse.no/wp-content/uploads/2016/06/Nasjonale-kliniske-retningslinjer-korsryggsmerter-2007-Fullversjon.pdf>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Manger, T. & Wormnes, B. (2015). *Motivasjon og mestring: utvikling av egne og andres ressurser* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- McPhail, S. M., Schippers, M., Marshall, A. L., Waite, M. & Kuipers, P. (2014). Perceived barriers and facilitators to increasing physical activity among people with musculoskeletal disorders: a qualitative investigation to inform intervention development. *Clinical Interventions in Aging*, 9, s. 2113-2122. doi:10.2147/CIA.S72731
- Mengshoel, A. M. (2019). Langvarige muskel- og skjelettplager: Bedring som personlig tilhelingsarbeid. *Fysioterapeuten*, 86(3), s. 24 - 28.
- Middleton, A. (2004). Chronic Low Back Pain: Patient Compliance With Physiotherapy Advice and Exercise, Perceived Barriers and Motivation. *Physical Therapy Reviews*, 9(3), s. 153-160. doi:10.1179/108331904225006312
- Nijs, J., Roussel, N., Wilgen, C.P., Köke, A. & Smeets, R. (2012). Thinking beyond muscles and joints: Therapists' and patients' attitudes and beliefs regarding chronic musculoskeletal pain are key to applying effective treatment. *Manual therapy*. 18(2), s. 96-102. doi:10.1016/j.math.2012.11.001.
- Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy Relationships That Work II. *Psychotherapy*, 48(1), s. 4-8. doi:10.1037/a0022180
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promot. Int.*, 13(4), s. 349-364. Hentet fra <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
- Náfrádi, L., Nakamoto, K. & Schulz, P. (2017). Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. *PLoS One*, 12(10), s. e0186458. doi:10.1371/journal.pone.0186458
- Oliveira, C. B., Franco, M. R., Maher, C. G., Christine Lin, C. W., Morelhão, P. K., Araújo, A. C., ... Pinto, R. Z. (2016). Physical Activity Interventions for Increasing Objectively Measured Physical Activity Levels in Patients With Chronic Musculoskeletal Pain: A Systematic Review. *Arthritis Care & Research*, 68(12), s. 1832-1842. doi:10.1002/acr.22919

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3:
- Peek, K., Sanson-Fisher, R., Mackenzie, L. & Carey, M. (2016). Interventions to aid patient adherence to physiotherapist prescribed self-management strategies: a systematic review. *Physiotherapy*, 102(2), s. 127-135. doi:10.1016/j.physio.2015.10.003
- Pettersen, K. S. & Jenum, A. K. (2014). Hva betyr lav «health literacy» for sykepleiernes helsekommunikasjon?
- Rasmussen-Barr, E., Campello, M., Arvidsson, I., Nilsson-Wikmar, L. & Äng, B.-O. (2012). Factors predicting clinical outcome 12 and 36 months after an exercise intervention for recurrent low-back pain. *Disability and Rehabilitation*, 34(2), s. 136-144. doi:10.3109/09638288.2011.591886
- Reeve, J. (2015). *Understanding motivation and emotion* (6th ed. utg.). Hoboken, N.J: Wiley.
- Rhodes, R. E. & Fiala, B. (2009). Building motivation and sustainability into the prescription and recommendations for physical activity and exercise therapy: The evidence. *Physiotherapy Theory and Practice*, 25(5-6), s. 424-441. doi:10.1080/09593980902835344
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, 55(1), s. 68-78. doi:10.1037/0003-066X.55.1.68
- Ryan, R. M., Patrick, H., Deci, E. L. & Williams, G. C. (2008). Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on Self-Determination Theory. *The European Health Psychologist*, 10(1), s. 2-5. Hentet fra http://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2008_RyanPatrickDeciWilliams_EHP.pdf
- Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet: fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforl.
- Schulz, P. J. & Nakamoto, K. (2013). Health literacy and patient empowerment in health communication: The importance of separating conjoined twins. *Patient Education and Counseling*, 90(1), s. 4-11. doi:10.1016/j.pec.2012.09.006
- Sluijs, E. M., Kok, G. J., Zee, J. v. d., Turk, D. C. & Riolo, L. (1993). Correlates of exercise compliance in physical therapy (includes commentaries and author response). *Physical Therapy*, 73(11), s. 771. doi:10.1093/ptj/73.11.771
- Sniehotta, F. F., Schwarzer, R., Scholz, U. & Schüz, B. (2005). Action planning and coping planning for long-term lifestyle change: theory and assessment. *European Journal of Social Psychology*, 35(4), s. 565-576. doi:10.1002/ejsp.258
- Språkrådet. (2018, 9. november). Kronisk. Hentet 01. mai 2019 fra <https://www.sprakradet.no/Vi-og-vart/hva-skjer/Aktuelt-ord/kronisk/>

- Theng, Y.-L., Lee, J. W. Y., Patinadan, P. V. & Foo, S. S. B. (2015). The Use of Videogames, Gamification, and Virtual Environments in the Self- Management of Diabetes: A Systematic Review of Evidence. *Games for Health Journal*, 4(5), s. 352-361. doi:10.1089/g4h.2014.0114
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. (2012). Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag, Bergen: Fagbokforlaget.
- Vlaeyen, J. W. & Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art., 85(3), s. 317-332 Hentet fra <https://core.ac.uk/download/pdf/34408879.pdf>
- Wahl, A. K., Opseth, G., Nolte, S., Osborne, R. H., Bjørke, G. & Mengshoel, A. M. (2018). Is regular use of physiotherapy treatment associated with health locus of control and self-management competency? A study of patients with musculoskeletal disorders undergoing physiotherapy in primary health care. *Musculoskeletal Science and Practice*, 36, s. 43-47. doi:10.1016/j.msksp.2018.04.008
- Østerås, H. & Haaland, K. (2001). Compliance i fysioterapi. *Fysioterapeuten*, 10
- Østerås, B. (2012). Langvarige muskel- og skjelettsmerter: Psykologiske faktorer og kliniske implikasjoner. *Fysioterapeuten*, 4, s. 24-28.