



# Høgskulen på Vestlandet

## BFY330 - Bacheloroppgave

BFY330

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	01-05-2020 09:00	<b>Termin:</b>	2020 VÅR
<b>Slutt dato:</b>	19-05-2020 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave	<b>Studiepoeng:</b>	15
<b>SIS-kode:</b>	203 BFY330 1 O 2020 VÅR Bergen		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 330

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 11838

**Egenerklæring \*:** Ja

**Inneholder besvarelsen Ja  
konfidensielt  
materiale?:**

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

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)

**Gruppenummer:** 8

**Andre medlemmer i  
gruppen:** 350

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

«Fysioterapi og langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettsmerter: Belyst fra tre forskjellige perspektiv»

«Physical therapy and chronic, unspecified musculoskeletal pain: Three different perspectives»

**Kandidatnummer: 330 & 350**

Bachelorprogram i fysioterapi

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse og funksjon

Innleveringsdato: 19.05.2020.

Antall ord: 11838

## Forord

Å skrive denne bacheloroppgaven har vært lærerikt og utfordrende. Det har stilt krav til faglighet, refleksjon og kreativitet. Forhåpentligvis vil arbeidet gjøre oss bedre rustet til å hjelpe pasienter med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettsmerter når vi snart skal ut i arbeidslivet.

Situasjonen med Covid-19-pandemien har preget vårt arbeid til en viss grad. Vi vil takke våre tre inspirerende informanter som ga av seg selv i en vanskelig og uforutsigbar tid. Av dere har vi lært mye, og uten dere hadde ikke oppgaven vært mulig å gjennomføre. Vi vil også takke vår veileder Randi Sviland for god veiledning underveis i prosessen. Takknemlighet sendes også til kjærester og familie som har støttet oss. Avslutningsvis vil vi takke hverandre for eminent partnerskap med faglige diskusjoner, refleksjoner og mye latter.

Bergen, 18. mai 2020.

## Sammendrag

**Tittel:** «Fysioterapi og langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettsmerter: Belyst fra tre forskjellige perspektiv»

**Problemstilling:** «Hvordan forstår fysioterapeuter i ulike praksisfelt pasienter med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettsmerter, og hvordan velger de behandlingstilnærming til den enkelte pasient?»

**Metode:** Kvalitativ metode er benyttet for å besvare problemstillingen. Datainnsamlingen ble utført ved hjelp av semistrukturerte intervjuer. Vi intervjuet en psykomotorisk fysioterapeut, en manuellterapeut og en fysioterapeut fra smerteklinikk ved universitetssykehus. Intervjuene ble transkribert ord-for-ord og analysert med systematisk tekstkondensering.

**Resultat:** Alle informantene forstår pasientene sine smerter som sammensatt av flere faktorer i ulike dimensjoner. De understreker viktigheten av å kartlegge det multifaktorielle for å finne de opprettholdende faktorene til smerteopplevelsen. Dette gjøres ved en grundig anamnese og kroppsundersøkelse. Kjønn, sinnsstemning og livssituasjon nevnes som sentrale faktorer som kan påvirke smerter. Det ses på som viktig å være åpen, søkende og trygg som fysioterapeut i møte med disse pasientene, bl.a. fordi en langvarig smertetilstand ofte kan føre til frustrasjon. Pasient-terapeut-relasjonen er en hjørnestein i pasientbehandlingen. Et overordnet mål er at pasienten skal bli mer selvstendig og få økt funksjonsnivå. For å oppnå dette er pasientens motivasjon for endring særs viktig. Noen viktige verktøy i pasientbehandlingen er pasientundervisning og samtale, fysisk aktivitet og kroppslige erfaringer. Det er ingen fasitsvar på hvilke tiltak som har best effekt.

**Konklusjon:** Fysioterapeutene fra de ulike praksisfeltene har mange fellestrekk ved sin forståelse av og tilnærming til pasientgruppen. Personlige faktorer fremgår tydelig i det de formidler om sin yrkesutøvelse. Det er vanskelig å si om de personlige faktorene representerer forhold ved den enkelte terapeut eller forhold ved praksisfeltet, og vi kan derfor ikke konstatere at resultatene er gyldige for alle fysioterapeuter innen samme felt. En representant fra hvert praksisfelt viste seg å gi mindre variasjonsbredde i resultatene enn forventet, da informantene deler flere grunnleggende tanker om pasientmøter og behandling.

## Abstract

**Title:** «Physical therapy and chronic, unspecified musculoskeletal pain – three different perspectives»

**Research question:** «How do physical therapists from differing fields of practice understand chronic, unspecified musculoskeletal pain, and how do they determine treatment approach for each individual patient?»

**Method:** A qualitative method is used to answer the research question. Data was collected using semi-structured interviews. Subjects were three physical therapists: one specialized in psychomotor physiotherapy, one specialized in manual physiotherapy and one working in a pain management clinic in a university hospital. Interviews were transcribed verbatim and analysed using systematic text condensation.

**Results:** All subjects interpret patients pain as a complex of several factors in different dimensions. They underline the importance of multifactorial mapping to identify the reasons behind patients persistent experience of pain. This is accomplished through thorough assessment and examination. Gender, mood and life situation are mentioned as important determinants influencing perceived pain. Openness, interest and being able to instil a feeling of safety are mentioned as important qualities in a physical therapist, because chronic pain often leads to negative feelings such as frustration in patients. The therapist-patient relation is a cornerstone in the treatment. The number one goal is to increase patient autonomy and functioning. In order to achieve change patient motivation is of utmost importance. Tools central to this endeavour is patient education, conversation, physical activity and bodily experiences. There are no clear-cut answers to which intervention is superior.

**Conclusion:** Similarities between physiotherapy specialisations regarding understanding and approach to treatment of patients were identified. Individual factors are apparent in what subjects describe regarding their own professional practice. It is difficult to determine whether individual factors represent aspects of a single therapist or their specialisation in general, and it is therefore not possible to determine if these findings represent all therapists working in the same field. Interviewing one specialist from each field produced less variation in results

between fields/specializations than expected, and the subjects shared a common view regarding basic ideas concerning how to interact with and treat patients.

**Innholdsfortegnelse**

<b>1.0 Innledning .....</b>	<b>8</b>
<i>1.1 Bakgrunn for valg av tema .....</i>	8
<i>1.2 Hensikt med oppgaven og problemstilling .....</i>	9
<i>1.3 Oppgavens oppbygning .....</i>	9
<b>2.0 Teori.....</b>	<b>10</b>
<i>2.1 Smerte .....</i>	10
<i>2.2 Ulike forklaringsmodeller på smerte: biomedisinsk og biopsykososial .....</i>	11
<i>2.3 Fysioterapeuters fagutøvelse og arbeidsmåte .....</i>	12
2.3.1 Pasient-terapeut-relasjon .....	12
2.3.2 Fysioterapeutisk undersøkelse .....	13
2.3.3 Fysioterapeutens grunnleggende forståelse .....	14
<i>2.4 Anbefalte tiltak for langvarige, uspesifikke smerter .....</i>	14
<i>2.5 Ulike praksisfelt i fysioterapi.....</i>	15
<b>3.0 Metode .....</b>	<b>17</b>
<i>3.1 Valg av metode .....</i>	17
<i>3.2 Valg av informanter.....</i>	17
<i>3.3 Forberedelse til intervjuene.....</i>	18
<i>3.4 Gjennomføring av intervjuene .....</i>	18
<i>3.5 Bearbeiding av data.....</i>	18
<i>3.6 Analyse.....</i>	19
<i>3.7 Etske aspekter.....</i>	20
<i>3.8 Vitenskapsteori og forforståelse .....</i>	20
<b>4.0 Resultat.....</b>	<b>22</b>
<i>4.1 Presentasjon av informantene .....</i>	22
<i>4.2 Forståelse av uspesifikk smerte .....</i>	22



4.2.1 Biopsykososialt perspektiv på langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettsmerter	23
<i>4.3 Forståelse av pasientgruppen</i>	23
4.3.1 En pasientgruppe preget av multidimensjonale faktorer	23
4.3.2 Den søkende pasienten	24
<i>4.4 Tilnærming til pasientgruppen</i>	25
4.4.1 Grunnleggende prinsipper i fysioterapiprosessen	25
4.4.2 Undersøkelse	26
4.4.3 Verktøy i pasientbehandlingen	27
<b>5.0 Diskusjon</b>	<b>29</b>
<i>5.1 Informantenes forståelse av uspesifikke muskel- og skjelettsmerter</i>	29
5.1.1 Biopsykososialt perspektiv på langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettsmerter	30
<i>5.2 Informantenes forståelse av pasientgruppen</i>	31
5.2.1 Gjengangere i helsevesenet	31
5.2.2 Det sårbare ved ikke å bli trodd	31
5.2.3 Når smerte blir en identitet	32
5.2.4 Kjønnforskjeller i pasientgruppen	33
<i>5.3 Informantenes tilnærming til pasientgruppen</i>	34
5.3.1 Grunnleggende prinsipper i fysioterapiprosessen	34
5.3.2 Undersøkelse	36
5.3.3 Verktøy i pasientbehandlingen	37
<b>6.0 Metodediskusjon</b>	<b>40</b>
<i>6.1 Valg av metode</i>	40
<i>6.2 Valg og kontakt av informanter</i>	40
<i>6.3 Forberedelse og gjennomføring av intervjuene</i>	40
<i>6.4 Bearbeiding av data</i>	41
<i>6.5 Analyse</i>	41
<i>6.6 Validitet og overførbarhet</i>	42
<b>7.0 Konklusjon</b>	<b>43</b>

<b>8.0 Litteraturliste</b> .....	<b>45</b>
<b>Vedlegg 1: Forespørsel om deltakelse i bachelorprosjekt</b> .....	<b>51</b>
<b>Vedlegg 2: Samtykkeerklæring</b> .....	<b>55</b>
<b>Vedlegg 3: Intervjuguide</b> .....	<b>56</b>
<b>Vedlegg 4: Transkripsjon 1</b> .....	<b>58</b>
<b>Vedlegg 5: Transkripsjon 2</b> .....	<b>58</b>
<b>Vedlegg 6: Transkripsjon 3</b> .....	<b>58</b>

# 1.0 Innledning

Oppgaven vår handler om mennesker med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettsmerter. Fysioterapeuter har en helt spesiell kompetanse når det kommer til undersøkelse, behandling og forebygging av plager som omhandler bevegelsesapparatet (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2004, s. 5). Vi har valgt å avgrense smertebegrepet til å gjelde muskel- og skjelettsystemet, og å konsentrere oss om uspesifikke smerter, som assosieres med å være uklare og ha flere sammensatte forhold (Den norske legeforening, 2009, s. 22).

Ca. 30% av befolkningen i Norge har en langvarig, vedvarende smerte, skriver Folkehelseinstituttet (2018). De utdyper videre at «*smerte i muskel- og skjelettsystemet er den vanligste typen langvarig smerte*». Smerter er den hyppigste årsaken til at mennesker søker hjelp fra helsevesenet, og i 85% av tilfellene er smerten knyttet til muskel- og skjelettapparatet (Den norske legeforening, 2009, s. 6).

Problemstillinger knyttet til muskel- og skjelettapparatet er den vanligste årsaken til trygdeytelser ved sykefravær og uførhet i Norge (Ihlebak, Brage, Natvig & Bruusgaard, 2010, s. 2365). NAV presenterer at «*muskel- og skjelettlidelser er den største enkeltårsaken til sykefravær og utgjorde 31 prosent av alle sykefraværstilfellene i 4. kvartal 2019*» (Sundell, 2020). I 2009 var kostnadene knyttet til muskel- og skjelettsystemet på hele 14,3 milliarder kroner (Lærum et al., 2013, s. 16). Dette er enorme tall. Vi forstår derfor smerter i muskel- og skjelettsystemet som en stor samfunnsøkonomisk belastning, som igjen gjør dette til et meget samfunnsaktuelt tema.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi har valgt å skrive om dette temaet fordi vi finner det veldig interessant og utfordrende. Begge har møtt mennesker fra denne pasientgruppen i praksisperioder og i arbeid innen helse og omsorg. Vi har opplevd å komme til kort når det gjelder disse pasientene, fordi vi har følt oss usikre og ikke har hatt tilstrekkelig kunnskap. Som ferdige fysioterapeuter ønsker vi å være best mulig rustet til å gi god helsehjelp til pasienter med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettsmerter.

## 1.2 Hensikt med oppgaven og problemstilling

Hensikten med vårt bachelorprosjekt er å undersøke hvordan fysioterapeuter med forskjellig bakgrunn og spesialisering forstår og tilnærmer seg denne pasientgruppen. Vi ønsker å lære av erfarne og dyktige fysioterapeuter fra ulike praksisfelt. Vårt hovedfokus vil være likheter og forskjeller i det informantene formidler angående forståelse og handling. Basert på vår bakgrunn og hensikt har vi valgt følgende problemstilling:

«Hvordan forstår fysioterapeuter i ulike praksisfelt pasienter med langvarige uspesifikke muskel- og skjelettsmerter, og hvordan velger de behandlingstilnærming til den enkelte pasient?»

### **Begrepsavklaring:**

Uspesifikk smerte: Smerte uten en klar årsakssammenheng, der det kan være vanskelig å forstå patogenesen bak. Det finnes flere synonymer til begrepet, bl.a. idiopatiske smerter (Helsedirektoratet, 2015a).

Langvarige og kroniske smerter: Vi har bevisst valgt å bruke ordet «langvarige» smerter i stedet for kroniske. Vi deler Brodals syn: «Kronisk» er lite presist, og hos pasienter kan det skape unødvendig frykt for at smertene vil vare for alltid (Brodal, 2013, s. 231). Fordi «kroniske» ofte brukes i litteraturen vil dette ordet likevel finnes i vår oppgave, men altså hovedsakelig i sammenheng med faglitteratur som selv benytter begrepet.

## 1.3 Oppgavens oppbygning

I kapittel 2 presenterer vi teori som er relevant for vår problemstilling. I tredje kapittel redegjør vi for metoden vi har brukt i oppgaven. I fjerde kapittel presenterer vi resultatene våre, og videre i femte kapittel diskuterer vi resultatene og knytter dem opp mot relevant teori. Avslutningsvis følger metodediskusjon og konklusjon. Til sist ligger litteraturlisten. Vedlegg (1-3) følger nederst i oppgaven, mens vedlegg (4-6) presenteres i et eget dokument.

## 2.0 Teori

### 2.1 Smerte

Blant langvarige muskel- og skjelettsmerter er det rygg, skuldre og nakke som gir mest plager i befolkningen. Plager og smerter i forbindelse med korsrygg bidrar aller mest til sykefravær og uførhet (Lærum et al., 2013, s. 12). Men hva er smerte, og hvorfor får vi vondt?

International Association for the study of Pain [IASP] (2017) definerer smerte på følgende måte: «*An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage*». Videre skriver IASP at smerteopplevelsen alltid er subjektiv, og at hvert individ bruker begrepet «smerte» ulikt på bakgrunn av erfaringer det har gjort seg med smerte gjennom livet. Smerten er alltid reell for den som opplever den (Fors, 2012, s. 64).

Smertesansen vår er livsviktig og spiller en stor rolle når det kommer til å beskytte oss fra påkjenninger fra omgivelsene (Brodal, 2013, s. 230). Moseley & Butler (2017, s. 3) skriver at smerte gjør vondt fordi hjernen vår er sikker på at kroppen trenger beskyttelse. «*Det er viktig å være klar over at aktivitet i nociseptorer – fremkalt av «smertestimuli» - og smerteopplevelse kan opptre uavhengig av hverandre*» skriver Brodal (2013, s. 230). En nociseptor er en reseptor som blir aktivert av stimuli som gir eller vil gi vevsskade dersom stimuli vedvarer. Som oftest kjenner vi smerte i forbindelse med at nociseptorer er stimulert. Det er derfor vanlig å tenke at en opplevelse av smerte henger sammen med at noe er «feil» i kroppen. Likevel går det an å føle på en intens smerte uten at nociseptorer er aktivert og vice versa (Brodal, 2013, s. 230).

Det er vanlig å skille mellom akutte og langvarige smerter. Akutte smerter oppstår ved skade eller sykdom som kommer helt plutselig, og varigheten kan variere fra en dag og opp til flere uker. Langvarige smerter har en varighet på tre til seks måneder eller mer (Felleskatalogen, 2016). Akutt smerte fungerer som en overlevelsesreaksjon, og har som hensikt å beskytte oss mot ytterligere skade. Kronisk smerte, som muskelsmerte, har ikke den samme beskyttende funksjonen, og langvarige smerter kan derfor bli en sykdom i seg selv (Fors, 2012, s. 12). Det finnes flere risikofaktorer som kan være med på å forklare hvorfor smerte blir langvarig. «*Gule flagg er psykososiale kjennetegn som kan predikere langvarige plager, og som krever økt oppmerksomhet, særlig med tanke på retur til yrkesaktivitet*» skriver Helsedirektoratet

(2016). Videre står det at de viktigste gule flaggene for denne pasientgruppen er angst, depresjon, engstelse for fysisk aktivitet og økt smerteopplevelse.

Som tidligere nevnt konsentrerer vi oss om uspesifikke muskel- og skjelettsmerter. I tilfeller med langvarige smertetilstander kan det være utfordrende å identifisere, behandle og fjerne den bakenforliggende årsaken til smerten (Fors, 2012, s. 86). Pasienter oppsøker helsevesenet på grunn av langvarige smerter, uten at helsepersonell kan forstå patogenesen. Tilstandene forstås dermed som uspesifikke og som å være uten en klar årsakssammenheng (Helsedirektoratet, 2015a).

## 2.2 Ulike forklaringsmodeller på smerte: biomedisinsk og biopsykososial

Den biopsykososiale modellen ble utarbeidet av George Libman Engel på 1970-tallet. Modellen ble lansert som et alternativ til den biomedisinske modellen som preget helsesynet på den tiden (Engel referert i Falkum, 2008, s. 255). *“Biomedisin er den delen av medisinen som er knyttet til biologi, med særlig vekt på kroppen (somatikk) og ikke på psykologiske samfunnsmedisinske forhold»* skriver Hem (2020). Engel tok avstand fra å definere sykdommer utelukkende som naturfenomener, og dermed overse de psykologiske og sosiale aspektene (Falkum, 2008, s. 256). Med lanseringen av den biopsykososiale modellen kunne man bedre forstå sykdom i et helhetlig lys med biologiske, sosiale og psykologiske faktorer (Engel, referert i Falkum, 2008, s. 256-257). Moseley & Butler (2017, s. 12) stiller seg bak Engel i at helse best kan forklares og forstås i et skjæringspunkt mellom disse tre kategoriene. Videre nevner de eksempelvis at biologiske faktorer kan være genetikk og skade i vev, psykologiske faktorer kan være tanker og følelser og sosiale faktorer kan være samfunn og kultur.

Den biopsykososiale modellen ble kritisert da den ble presentert og den blir også kritisert i vår tid. Flere stiller seg spørrende til om dette kan betegnes som en vitenskapelig modell. Malt (2019) skriver at den biopsykososiale modellen har fått kritikk for at den ikke har nok vitenskapsfilosofisk grunnlag. Mange velger å se på den biopsykososiale modellen som en grov forståelsesramme, og som en oppfordring til klinikere og forskere om å rette blikket mer mot helheten ved sykdom og mennesket (Falkum, 2008, 257).

Det kommer tydelig frem i litteratur at smerte er preget av multidimensjonale faktorer. Norsk legemiddelhåndbok (2020) skriver bl.a. at «*smerte er et sammensatt fenomen, som influeres av fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og åndelige/eksistensielle forhold*». Det er derfor viktig å benytte en biopsykososial forståelses- og behandlingsmodell på denne pasientgruppen, slik at det multifaktorielle kan adresseres, mener Kaarbø (2016). Dette innebærer å kartlegge det biomedisinske ved smerten, som smertedebut- og intensitet, men også en grundig undersøkelse av psykososiale faktorer som kan forsterke eller vedlikeholde smerten. Hun nevner eksempelvis inspeksjon av unngåelsesatferd, aktivitetsnivå, søvn og medikamentbruk. Ahlsen (2014, s. 30) hevder derimot at dette perspektivet har sine begrensninger når det gjelder å forstå pasientens sykdomshistorie, hvordan den kroniske tilstanden har påvirket dem og når det kommer til å svare på mer eksistensielle og moralske spørsmål. Hun anbefaler derfor at fysioterapeuter bør sette seg inn i og bruke perspektiver fra andre teorier for å kunne forstå disse pasientene og gi god behandling.

## 2.3 Fysioterapeuters fagutøvelse og arbeidsmåte

Fysioterapeuters fagutøvelse tar utgangspunkt i undersøkelse og funksjonsvurdering av pasientens problem og hva pasienten selv ønsker hjelp til. Dette skal danne fundamentet for valg av behandling og tiltak. Målet er at pasienten kan utvikle, gjenvinne eller vedlikeholde funksjonsevnen ved å utnytte sine egne fysiske, psykiske og sosiale ressurser, og bidra aktivt i å bedre egen helse. Det er nødvendig med et trygt og tillitsfullt forhold mellom pasient og terapeut for å oppnå dette (Norsk Fysioterapeutforbund [NFF], 2015a).

### 2.3.1 Pasient-terapeut-relasjon

I en studie som omhandler pasient-terapeut-relasjon i fysioterapibehandling av muskel- og skjelettplager, skriver O'Keeffe et al. (2016, s. 610) at en positiv interaksjon mellom pasient og terapeut assosieres med redusert smerte, redusert uførhet og høyere tilfredshet med behandlingen. Tre faktorer omtales som særlig viktige for å oppnå dette: enighet om målsettinger, enighet om tiltak for å nå målene og alliansen mellom terapeut og pasient.

### 2.3.2 Fysioterapeutisk undersøkelse

Fysioterapeutisk undersøkelse har to hovedelementer: anamnese og klinisk undersøkelse. Det er en kroppslig og verbal samhandlingssituasjon hvor fysioterapeuten innhenter informasjon om pasientens ressurser og begrensninger. Undersøkelsen skal munne ut i forslag til konkrete målsettinger som er formulert i samarbeid med og oppleves relevante og meningsfulle for den aktuelle pasienten (NFF, 2015a).

#### **Anamnese**

Sentrale elementer i en anamnese er bl.a. pasientens sykehistorie og livssituasjon, ressurser og begrensninger og hvordan daglige aktiviteter og funksjoner mestres (NFF, 2015a).

Anamnesen gir holdepunkter for forståelse av pasientens livssituasjon og utvikling og forløp av sykdom, samt vesentlig informasjon med tanke på realistisk forventning av behandlingsresultat. Den har dermed stor betydning for vurderingsgrunnlaget for behandling (Thornquist, 2012, s. 103).

#### **Klinisk undersøkelse**

Sentralt i en klinisk undersøkelse er detaljert bevegelsesanalyse av generell funksjon, spesifikke undersøkelser og tester og vurdering av mulige sammenhenger mellom ulike funn, pasientens funksjonsproblemer og livssituasjon (NFF, 2015a). Generelle funksjoner er sammensatte daglige bevegelser, som f.eks. av- og påkledning, gange og trappegang (Thornquist, 2012, s. 118-119). Analyse av disse gir viktig informasjon om hvordan kroppen belastes og brukes. Spesifikke undersøkelser velges på grunnlag av hvordan pasienten gjennomfører generelle funksjoner, og vi forfølger på denne måten våre enkeltfunn fra bevegelsesanalysen (Thornquist, 2012, s. 119-120). Konklusjonen på undersøkelsen utvikles ved at en sammenfatter funnene fra både kroppslige og verbale informasjonskilder, og tolker disse som en helhet (Gretland, 2007, s. 96).

#### **Behandling**

Det er funksjonelle forhold som står i fokus for fysioterapibehandlingen, fordi patologiske forhold gjenspeiles i funksjon (Thornquist, 2012, s. 312). I behandling benytter fysioterapeuten forskjellige metoder, teknikker og øvelser, samt informasjon og veiledning. Tiltakene velges ut fra de konkrete målsettingene som er gjort i samarbeid med pasienten. Pasientens aktive deltagelse i behandlingen er viktig (NFF, 2015a).



### 2.3.3 Fysioterapeutens grunnleggende forståelse

Funn i en fysioterapeutisk undersøkelse er alt som kan bidra til å skape en økt forståelse for pasienten og dens utfordringer (Gretland, 2007, s. 95). Men hva bidrar til fysioterapeutens egen forståelse og tolking av funnene, og får dermed konsekvenser for valg av behandling og tiltak til pasientene? Et viktig prinsipp innenfor fysioterapiprofesjonen er å arbeide kunnskapsbasert. Det innebærer å inkludere forskning, egen erfaring og pasientenes preferanser i klinisk fagutøvelse. De mange faglige beslutningene fysioterapeuter tar hver dag påvirkes av flere faktorer, og deres viktigste informasjonskilde er grunnutdanningen og egen erfaring (Jamtvedt, Hagen & Bjørndal, 2015, s. 13). Klinisk erfaring gjør fysioterapeuten bedre egnet til å løse problemer og i bedre stand til å forstå viktigheten av pasientens kontekst, familiehistorie og arbeidssituasjon som bakgrunn for valg av behandling og råd (Jamtvedt et al., 2015, s. 26). Med økt erfaring kommer behovet for mer informasjon og kunnskap, og derav må terapeuten kontinuerlig innhente, kritisk vurdere og ta i bruk ny kunnskap (Jamtvedt et al. 2015, s. 31).

Thornquist (2012, s. 312) peker på at sosiokulturelle faktorer som bl.a. egen forståelse av sykdom og kropp, verdier, normer og menneskesyn vil være bestemmende for hva som blir definert som en god behandling av den enkelte. I tillegg til dette vil strukturelle føringer, f.eks. lovverk om plikter og rettigheter for helsepersonell, og hvordan tjenesten er organisert og finansiert, få betydning for forståelse og handling (Thornquist, 2009, s. 44).

## 2.4 Anbefalte tiltak for langvarige, uspesifikke smerter

I Aktivitetshåndboken kommer det tydelig frem at fysisk aktivitet er viktig for pasienter med langvarige smerter. Det kan bl.a. gi smertelindring, bidra til en bedre livsstil, ha positiv effekt på humør og nattesøvn og redusere stressnivået (Börjesson, Mannekorpi, Knardahl, Karlsson & Mannheimer, 2009, s. 582). Fysisk aktivitet bør alltid prøves før man går i gang med passive behandlingsmetoder og medisinsk behandling (Börjesson et al., 2009, s. 590). I oppslagsverket BMJ Best Practice fremgår det at førstevalget i behandling av langvarige muskelsmerter bør være ikke-medikamentell behandling. Tiltak som aktiv bevegelse og øvelser blir trukket frem som gode anbefalinger («Chronic pain syndromes», 2018).

Som tidligere nevnt er rygg smerter blant en av de vanligste formene for muskel- og skjelettsmerter i samfunnet. I nasjonale kliniske retningslinjer for korsrygg smerter er det anbefalt å være i fysisk aktivitet for personer med vondt i ryggen. Trening og øvelser blir også her trukket frem. Et annet tiltak for langvarige uspesifikke korsrygg smerter er ryggskole med kognitiv tilnærming (Lærum, Brox & Storheim, 2007, s. 41-45). Ryggskole skal bidra til økt funksjon og mestring hos pasientene, og inneholder bl.a. undervisning om smerter, fysiologi og anatomi. Kognitiv tilnærming innebærer at ulike måter vi tenker på kan spille inn på smertene våre. Grunnlaget for å bruke en kognitiv tilnærming til langvarige smertepasienter er at pasientene skal bli bevisst på eventuelle selvkritiske og negative tanker, og hvordan de kan prøve å tenke nytt (Lærum et al., 2007, s. 16-17).

Passive behandlingsmetoder som manipulasjon, massasje og akupunktur, har ifølge retningslinjene liten eller kortvarig effekt på langvarige plager. Dersom slike metoder skal brukes, anbefales det som supplement til trening og øvelser. Elektroterapi, traksjon og bruk av korsett er eksempler på behandlingsmetoder uten dokumentert effekt (Lærum et al., 2007, s. 13).

## 2.5 Ulike praksisfelt i fysioterapi

Som spesialfysioterapeut har man i tillegg til sin breddekompetanse som fysioterapeut en spesialkompetanse innenfor et avgrenset felt. For å bli spesialist må man ha en masterutdanning, samt veiledet praksis av et definert omfang (NFF, 2018). Spesialitetene vil komme til uttrykk i bl.a. hvordan terapeuten undersøker og velger tilnærming til pasienten. Vi vil nå kort presentere de ulike praksisfeltene som utgjør erfaringsgrunnlaget til informantene i vår oppgave.

### **Psykomotorisk fysioterapi**

For å bli psykomotorisk fysioterapeut kreves det en mastergrad i psykomotorisk fysioterapi (NFF, 2020a). En psykomotorisk fysioterapeut arbeider med et vidt spekter av funksjonsnedsettelse, deriblant muskel- og skjelettplager, kroniske smertetilstander og ulike former for psykiske lidelser. I en psykomotorisk undersøkelse er bl.a. pasientens bevegelses- og vanemønster, pust, og spenningsforhold i musklene vektlagt (NFF, 2015b). Psykomotorisk

fysioterapi skal være hjelp til selvhjelp, og pasienten skal være en aktiv deltaker i egen behandling (NFF, 2014).

### **Manuellterapi**

Denne mastergraden gir fordypet kompetanse i muskel- og skjelettsystemet, og manuellterapeuter undersøker og behandler tradisjonelt sett pasienter med plager innenfor dette området. Som primærkontakt har de dessuten henvisnings-, rekvisisjons- og sykmeldingsrett (Helsedirektoratet, 2015b). Grunnen til at manuellterapeuter har disse rettighetene, er at de har opplæring innenfor trygdesystemet, og har bestått kurs-eksamen i bl.a. radiologi og differensialdiagnostikk (NFF, 2020b).

### **Smerteklinikk**

Smerteklinisk poliklinikk er en tverrfaglig poliklinikk som er organisert under spesialisthelsetjenesten. Her blir pasienten tatt imot av et tverrfaglig team bestående av lege, psykolog og fysioterapeut. Fokuset ligger på evidensbasert utredning og behandling. Det finnes per 2013 fire sykehus i Norge som oppfyller kravene til en tverrfaglig smerteklinikk. Pasienter med muskel- og skjelettlidelser er hovedgruppen av pasienter ved disse klinikkene, og de har i all hovedsak uspesifikke smerter. Pasienter med langvarig smerteproblematikk skal henvises til smerteklinikk når *«primærhelsetjenesten ikke rår over pasientenes helseproblem og annen spesialisthelsetjeneste ikke har kompetanse til å hjelpe eller kan gi prioritet»* (Helsedirektoratet, 2015c).

## 3.0 Metode

I dette kapittelet gjør vi rede for valg av metode, innhenting og analyse av data.

### 3.1 Valg av metode

Vi har valgt å benytte kvalitativ metode fordi vi mener denne metoden egner seg best til å belyse vår problemstilling (Dalland, 2017, s. 51). Vi er ute etter fysioterapeuters erfaringer og refleksjoner angående mennesker med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettsmerter. Dette er data som ikke kan samles inn ved å bruke måleutstyr og måleredskaper, og derav ble valget av metode naturlig å ta. Kvalitativ metode kjennetegnes bl.a. ved at den går i dybden på et tema og at den innhenter flere opplysninger om få undersøkelsesenheter (Dalland, 2017, s. 53). Vi har brukt semistrukturerte intervjuer med individuelle deltakere for å besvare vår problemstilling. Denne metoden brukes når man ønsker å gi deltakerne tid og rom til å hente frem erfaringer (Malterud, 2017, s. 133).

### 3.2 Valg av informanter

For å besvare problemstillingen i vår oppgave ønsket vi å intervjuer fysioterapeuter fra forskjellige praksisfelt. Dette ville gi oss mulighet til å få frem variasjonsbredde i resultatene. Variasjonsbredde gir en mulighet for å beskrive flere nyanser av ett og samme fenomen (Malterud, 2017, s. 59). Sammen med vår veileder kom vi frem til tre forskjellige praksisfelt: en psykomotorisk fysioterapeut, en manuellterapeut og en fysioterapeut som jobber på smerteklinikk knyttet til universitetssykehus. I første omgang ville vi ta kontakt med avtalefysioterapeuter som jobber på institutt og smerteklinikker på aktuelle universitetssykehus.

Vi startet med å finne kandidater og kontaktinformasjon på hjemmesidene til den aktuelle kommunen og til universitetssykehusene. Deretter sendte vi et informasjonsskriv med forespørsel om deltagelse (Vedlegg 1) på mail. Skrivet er utarbeidet sammen med Høgskulen på Vestlandet [HVL] og inneholdt informasjon om prosjektet og samtykkeskjema. Det var vanskelig å få svar på mailene fordi flere av instituttene var midlertidig stengt i denne tidsperioden. Vi kontaktet derfor kandidatene på SMS og viste til mailen vi hadde sendt for mer utfyllende informasjon. Vi fikk til slutt rekruttert tre informanter til vår oppgave.

### 3.3 Forberedelse til intervjuene

I forkant av intervjuene utarbeidet vi en semistrukturert intervjuguide med spørsmål som hjelp til å holde oss innenfor temaet (Malterud, 2017, s.133). Vi la vekt på å formulere åpne spørsmål slik at informantene fikk snakke fritt, men samtidig holdt seg innenfor temaer som besvarer problemstillingen. Vår intervjuguide ble revidert to ganger sammen med veileder. Den ferdige intervjuguiden (Vedlegg 3) inneholder noen hovedspørsmål og oppfølgingsspørsmål. Vi diskuterte og reflekterte før hvert intervju rundt aktuelle temaer og svarene vi trodde vi kom til å få. Før vi gjennomførte intervjuene testet vi det tekniske utstyret vårt. Vi gjorde også et testintervju av hverandre for å vurdere intervjuguiden og måle lengde på intervjuene. Vi bestemte oss for at det ble mest ryddig dersom en av oss gjennomførte intervjuet og den andre observerte og tok notater. Observatøren fikk mulighet til å stille supplerende oppklarings- og oppfølgingsspørsmål mot slutten av intervjuet, og vi byttet på å være intervjuer og observatør.

### 3.4 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene foregikk som videosamtale på PC. Vi tok lydopptak av intervjuene med båndopptaker i form av mobiltelefon i flymodus. Lydopptak er et virkemiddel som fanger opp samtalens språklige elementer som f.eks. pauser, nøling og latter (Malterud, 2017, s 73). Under intervjuet fokuserte vi på å unngå avbrytelser slik at informantene fikk snakke uforstyrret, og å fremstå interessert ved å gi bekræftende nikk underveis. Alle informantene fikk mulighet til å oppsummere eller ta opp temaer de ønsket å gå dypere inn i, mot slutten av intervjuet. Vi satt sammen og intervjuet informantene i rolige omgivelser, dette gjaldt alle informantene også. Alle intervjuene tok mellom 35 og 55 minutter og ble gjennomført i løpet av uke 14 og 15, og vi brukte samme intervjuguide i alle tre intervjuene.

### 3.5 Bearbeiding av data

*«Den kvalitative forskningsprosessen omformer erfaringer og hendelser til tekst og mening fra observasjon eller samtaler»* (Malterud, 2017, s. 77). Ved endt intervju overførte vi lydopptaket til passordbeskyttet PC og transkriberte innholdet hver for oss. Ved å selv gjøre jobben med transkribering får forskeren en unik mulighet til å bli kjent med sitt eget materiale (Malterud, 2017, s. 80). Vi transkriberte intervjuene ord-for-ord for å ivareta det opprinnelige

materialet i størst mulig grad, slik informantenes erfaringer og meninger ble formidlet og oppfattet under intervjuene (Malterud, 2017, s. 77). Deretter bearbeidet vi teksten til en mer leservennlig versjon. Vi fjernet gjentakelser, små-ord uten sammenheng og stamming, og leste deretter kritisk gjennom transkripsjonen og den bearbeidede versjonen for å sikre at ingen viktig informasjon var gått tapt, som beskrevet av Dalland (2017, s.90). Vi transkriberte alle intervjuene til bokmål og anonymiserte studiesteder, arbeidsplasser og andre opplysninger som kunne gjøre informantene gjenkjennbare.

### 3.6 Analyse

Vi gjennomførte en tverrgående analyse av tekstene etter Malterud (2017, s. 97) sin metode for systematisk tekstkondensering. For å skape et analytisk rom med flere nyanser startet vi med å lese gjennom transkripsjonene hver for oss, for å få et helhetsinntrykk og identifisere gjennomgående temaer (Malterud, 2017, s. 100). Begge hadde kommet frem til flere temaer som kunne være aktuelle, og vi brukte en del tid på å bli enige om hvilke temaer som belyste problemstillingen best mulig. Det neste vi gjorde var å identifisere meningsbærende enheter. Dette vil si å gjennomgå hele teksten grundig og systematisk for å kunne trekke frem delene av teksten som bærer med seg kunnskap om ett eller flere av temaene vi valgte ut i første omgang (Malterud, 2017, s. 101). Videre systematiserte vi de meningsbærende enhetene i ulike undertemaer i form av subgrupper, og sammenfattet deretter de meningsbærende enhetene fra hver subgruppe til en sammenhengende tekst, et kondensat. Vi valgte også ut passende «gullsitater» som illustrerte det vi hadde abstrahert i kondensatene våre og ønsket å få frem (Malterud, 2017, s. 108). Det siste trinnet i analysen gikk ut på å bruke kondensatene til å lage en analytisk tekst for hver subgruppe. Den analytiske teksten skal formidle fellestrekk med variasjoner fra alle informantene som sammenfattes i analyse og syntese (Malterud, 2017, s. 109). Det er disse tekstene som legger grunnlaget for våre hovedkategorier og dermed oppgavens resultater og diskusjon.

*«All forskning bygger på fortolkning av representasjoner av de forholdene som vi ønsker å studere»* (Malterud, 2017, s. 77). Det er derfor viktig å presisere at resultatene som blir presentert i denne oppgaven, er våre fortolkninger av det informantene sa. Det kan derfor ha forekommet misforståelser.

### 3.7 Etske aspekter

Et viktig etisk aspekt ved kvalitativ forskning er å ivareta informantenes personvern og anonymitet. Vi må også sikre at taushetsplikten blir overholdt: informantenes taushetsplikt overfor sine pasienter og studentenes taushetsplikt overfor sine informanter. Dette gjorde vi ved å følge retningslinjer for forskningsprosjekter utarbeidet av HVL og godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata. Informantene ble gjort kjent med deres rett til personvern og rett til å trekke seg fra prosjektet når som helst, og skrev under på informert samtykke (Vedlegg 2). I transkripsjonene (Vedlegg 4-6) har vi anonymisert alle opplysninger som kan føre til at informantene gjenkjennes. Lyddopptakene fra intervjuene ble slettet fra mobil umiddelbart etter overføring til PC ved endt intervju, og fra PC umiddelbart etter transkribering.

### 3.8 Vitenskapsteori og forforståelse

Den vitenskapsteoretiske bakgrunnen for valget av kvalitativ metode er hermeneutikk. Hermeneutikk handler om fortolkning og forståelse av tekster, og det kan hjelpe oss med å analysere våre egne fortolkninger og vite hvordan vår forforståelse kan spille inn på analysen av intervjuene (Thornquist, 2018, s. 167).

Forforståelse er noe vi har, ikke noe vi velger. Det er som en ryggsekk som består av bl.a. erfaringer, hypoteser og faglig perspektiv, som vi bringer med oss inn i forskningsprosjekter (Malterud, 2017, s. 44-45). Vi klarer dermed ikke å være helt objektive og forutsetningsløse i denne oppgaven, men vil påvirke den ut fra vår subjektivitet. Malterud skriver at «*den vanligste fallgruven er at forforståelsen overdøver budskapet fra det empiriske materialet*» (2017, s. 45). Å ha et bevisst forhold til vår forforståelse, før vi går i gang med innhenting og analyse av data, kan gjøre at vi forebygger svakheter som dette. Vi vil likevel understreke at vi aldri kan redegjøre for hele vår forforståelse (Thornquist, 2018, s. 230).

Vår forforståelse blir beskrevet ut fra det ståstedet vi har i dag. Vi har begge møtt denne pasientgruppen gjennom praksisarbeid og arbeid innen helse og omsorg. Vi opplever pasientenes situasjoner som svært komplekse og sammensatte, og mener at det er flere faktorer som spiller inn på smertene pasientene kjenner på. Vi tror at disse pasientene har et stort fokus på smerte i sin hverdag, og at de kjenner på en håpløshet. Mange av pasientene har kanskje møtt motstand som å ikke bli tatt på alvor og ikke bli trodd. Vi opplever at disse pasientene er svært takknemlige når de møter helsepersonell som ser dem, undersøker dem,

lytter og tar seg god tid. Erfaringene vi har gjort oss i praksis viser at det ikke er noe fasitsvar på tilnærming og valg av tiltak til denne pasientgruppen. Ved videre arbeid med oppgaven skal vi prøve å være kritiske og reflekterte rundt temaet, samtidig som vi er bevisste på vår forforståelse og at vi aldri vil kunne være helt objektive.



## 4.0 Resultat

I dette kapittelet blir resultatene fra de tre intervjuene presentert. Analysen resulterte i tre hovedkategorier som vi har tatt utgangspunkt i når vi skal presentere resultatene, for å best mulig besvare vår problemstilling. Hovedkategoriene er: Informantenes forståelse av uspesifikk smerte, forståelse av pasientgruppen og tilnærming til pasientgruppen.

Hovedkategoriene er videre strukturert i undertemaer. Vi vil først gi en kort presentasjon av informantene.

### 4.1 Presentasjon av informantene

Informant 1: Kvinnelig fysioterapeut med mastergrad i psykomotorisk fysioterapi. Har totalt ti års erfaring som fysioterapeut, derav seks år som psykomotorisk fysioterapeut. Jobber i dag privat med driftstilskudd. Har mest erfaring med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettplager.

Informant 2: Mannlig fysioterapeut med videreutdanning i manuellterapi. Har 20 års erfaring som fysioterapeut fra sykehus og institutt, hvorav 16 år som manuellterapeut. Arbeider til daglig med kompliserte, sammensatte smertepasienter og har mye erfaring fra dette feltet.

Informant 3: Kvinnelig fysioterapeut med spesialisering i onkologisk fysioterapi. Har totalt 39 års erfaring som fysioterapeut og har jobbet store deler av karrieren på smerteklinikk, som hun også gjør i dag. Anser pasienter med langvarige, ikke-maligne smerter som sitt hovedfelt.

### 4.2 Forståelse av uspesifikk smerte

*«... men med uspesifikke smerter så kan man altså ikke relatere smertene til en spesifikk anatomisk struktur nødvendigvis, eller patologisk prosess.»*

Informantene er enige om at uspesifikke smerter ikke kan forstås ut fra en biomedisinsk forklaringsmodell. De mener at i denne pasientgruppen er det liten sammenheng mellom grad av smerte og radiologiske eller andre såkalte objektive funn. Dette begrunnes med at alle forstår årsaken til uspesifikke smerter som sammensatt og multifaktoriell. De nevner mange

ulike faktorer som kan være med på å skape og opprettholde uspesifikke muskel- og skjelettsmerter, som f.eks. angst, stress, dårlig søvn og depresjon. Informantene opplever dog at pasienter ofte ikke har den samme forståelsen av smertene, og ønsker en biomedisinsk forklaring.

#### 4.2.1 Biopsykososialt perspektiv på langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettsmerter

Informant 1 tror at mange fysioterapeuter har en grunntanke om at behandling skal foregå ut fra et biopsykososialt perspektiv, men at de mangler et konkret verktøy for å kunne opprettholde dette i praksis. Hun retter kritikk mot den biopsykososiale modellen, fordi hun mener at det ikke er hensiktsmessig å skille mellom kropp og psyke når man snakker om uspesifikke smerter med pasientene, noe hun mener denne modellen gjør. Informant 2 opplever på den andre siden at biopsykososial tilnærming blir mer og mer brukt blant fysioterapeuter, og at dette er det største paradigmeskiftet som har skjedd på 15-20 år innenfor fysioterapi.

### 4.3 Forståelse av pasientgruppen

*«... for å konkludere så vil jeg si det at hver pasient er ulik, hver pasient er unik, og er påvirket av multiple faktorer som vi har mulighet å adressere i denne pasientgruppen.»*

#### 4.3.1 En pasientgruppe preget av multidimensjonale faktorer

Alle informantene sier at de forstår denne pasientgruppen som svært heterogen. Fellestrekk ved alle pasientene er at problemstillingene er sammensatte og komplekse. Informant 2 sier at smerte er et dominerende trekk i denne pasientgruppen, men at det er et uttrykk for veldig mye. Informantene mener at pasientene sin situasjon er preget av multiple faktorer, f.eks. biologiske, fysiske, sosiologiske, kognitive og psykiske miljøfaktorer. Informant 3 mener at disse pasientene ofte er inne i en ond sirkel. De har kanskje angst, er deprimert, har mistet jobben sin, har lavt utdanningsnivå, har dårlig økonomi, og sover og spiser dårlig. *«De scorer på alle de typer parametere som er med på å opprettholde smertene.»*

Kvinner utgjør den største delen av pasientgruppen hos alle informantene våre, og alle var enige om at det er komplekse og sammensatte forklaringer på dette. Det er enighet blant informantene om at kvinner nok er flinkere til å oppsøke helsehjelp for denne typen plager enn det menn er. Informant 3 undrer seg over om kvinner kan ha en lavere toleranse for smerte enn menn.

#### 4.3.2 Den søkende pasienten

En felles erfaring blant informantene er at de fleste av disse pasientene har vært i behandling hos andre terapeuter tidligere, men at dette ikke har gitt dem noen varig effekt på plagene. Samtlige av informantene sier at pasientene ønsker å få svar på viktige nøkkelspørsmål som omhandler deres situasjon, f.eks.: «*Hvorfor har jeg ikke blitt frisk enda?*» Informant 2 mener at det å få klare, tydelige svar og føringer for veien videre vil være viktig for pasienten. Han opplever at jo lenger tid pasienten har hatt problemet sitt uten å få noen bedring, jo mer frustrasjon er det. Informant 3 erfarer at de som har hatt smertene over en lengre periode, ofte utvikler et dårlig selvbilde. Hun legger til at flere av pasientene gjerne kan si at de føler seg inkompetent som menneske, fordi de kanskje ikke klarer å være i jobb eller være en god mor eller far. Videre opplever hun at mange av pasientene føler seg dårlig behandlet av helsevesenet i den forstand at de ikke blir trodd og tatt på alvor.

Informant 1 tar opp at mange av disse pasientene leter etter et språk for å kunne formidle sine plager og begrensninger til omgivelsene sine. Plagene er ofte usynlige, slik at pasientene ser helt friske ut, og derfor opplever hun at de har et ekstra sterkt behov for å forsvare sin pasientrolle for samfunnet. «... *de ser jo helt friske ut, sant. De ser jo ut som meg og deg. Men likevel så kan de ha så masse smerte og plager. Og det kan ikke de forstå.*»

## 4.4 Tilnærming til pasientgruppen

*«... det nytter ikke å ha et kvarters konsultasjoner på denne typen pasienter.»*

### 4.4.1 Grunnleggende prinsipper i fysioterapiprosessen

Alle informantene jobber ut fra samme grunntanke om at pasienten etter hvert skal bli mer selvstendig og få økt funksjonsnivå. Informant 1 er tydelig på at behandling hos henne skal være hjelp til selvhjelp. Hun mener hennes rolle er å hjelpe pasientene til å tåle sine smerter og plager og det livet de står i, men på en annen måte enn de har håndtert det til nå. Informant 3 stiller seg bak dette og sier at man aldri kan love pasientene å bli smertefrie, men at de mest sannsynlig vil kunne oppnå bedre funksjon og klare mer.

Når det gjelder varighet på behandlingsforløpet er de ikke helt samstemte. Informant 1 forteller at hun kan ha pasientene i behandling i ett til to år. Hun forsvarer det lange behandlingsforløpet med at kontakten gradvis blir sjeldnere. Informant 2 legger gjerne opp til et løp der han og pasienten jobber intensivt og målrettet over en satt periode, eksempelvis tre måneder. I sin rolle som primærkontakt opplever han ofte at pasienter med muskel- og skjelettsmerter heller tar kontakt med han enn med fastlegen. Informant 3 angir at hun ikke har så mange pasienter i behandling. Hun gjør mest tverrfaglige vurderinger og henviser ofte til fysioterapeuter i primærhelsetjenesten. Hun anslår dog at hun har noen få pasienter i behandling, og sier at disse har hun opp til 10 ganger.

Alle informantene sier at det er en blanding mellom forskning og erfaringsbasert kunnskap som preger deres praksis. Informant 2 og 3 nevner også at de spør pasienten om deres tanker og preferanser angående behandling. Informant 2 mener at det handler om å trekke ut det beste fra begge verdener, både forskning og erfaring. Informant 1 vektlegger å bruke hele seg med all sin erfaring og kunnskap i møte med pasienten, og presiserer at dette varierer etter kontekst og pasienten hun har foran seg. Informant 3 ser verdien av erfaringsbasert kunnskap, men er tydelig på at den må underbygges av forskning.

Alle informantene mener at det er veldig viktig å ha en god pasient-terapeut-relasjon, der forståelsen av hva som er problemet, og hva som må gjøres videre, er felles. De mener at dersom dette ikke ligger til grunn vil ikke pasientene ha effekt av behandlingen, og må derfor henvises videre. Informant 3 sier at det viktigste vi gjør som behandlere, er å møte pasienten på en god måte. Hun mener at noen av de viktigste egenskapene å ha som terapeut er å være trygg, støttende og ikke bli redd på pasientens vegne: «... fordi at hvis man blir utrygg som fysioterapeut er det speiling rett over til pasienten, som også blir utrygg.» Informant 2 mener at en god pasient-terapeut-relasjon er preget av gjensidig tillit: «... du må føle deg trygg på at pasienten stoler på det du sier, og tar det til seg. Ellers så blir det ikke etterlevd.»

Det er bred enighet blant informantene om at pasientenes motivasjon for endring er en viktig faktor for å oppnå effekt av behandling. Informant 1 har sterkt fokus på å gi pasientene kroppslige erfaringer for å kunne endre sine kroppslige strategier. «Det er ingenting som er sterkere enn det å kjenne noe på seg selv. At dette er bra for meg, eller dette er ikke bra for meg» sier hun. Hun trekker frem eksempler som at de hever stemmen, blir sinte og biter tennene sammen når de snakker om f.eks. ekteskapet sitt. Hennes erfaring er at de kan oppdage at det som er belastende for dem, kjenner de i kroppen der og da. Hun utforsker deretter sammen med pasienten og stiller spørsmål som: «Er det nye måter å være i verden på?» og «Er det nye måter å stå på, gå på og sitte på?» Informant 3 erfarer at de pasientene som er villige til å endre på sin livsstil, ofte får det mye bedre i form av økt funksjonsnivå. Informant 2 beskriver viktigheten av å tilrettelegge for at pasientene gjør de endringene som må til for å komme ut av tilstanden de er i, noe som innebærer å se på fysiske, sosiale og kognitive aspekter.

#### 4.4.2 Undersøkelse

Alle informantene vektlegger en grundig anamnese og kroppsundersøkelse ved første møte med pasienten. Informant 2 og 3 understreker at de alltid bruker lang tid ved førstegangskonsultasjon. Dette er for å få kartlagt hele pasientens historie og for å finne det multifaktorielle ved den. Informant 2 vektlegger å lytte til det narrative med pasientens egen historie. Han presiserer at det er viktig å innhente informasjon om eventuell mage-/tarmproblematikk, da dette er et faglig interesseområde han har. Han ønsker også å kartlegge pasientens egenforståelse av plagene og forventningene til behandling allerede ved første møte. Informant 1 beskriver derimot at hun gjerne avventer en stund med å spørre om

pasientens mål og forventninger, til de har vært hos henne noen ganger. Hun begrunner dette med at mange av pasientene ikke helt vet hva de går til første gang de kommer til henne. «... slik at de har fått kjent på egen kropp hva psykomotorisk handler om. .... Da har de litt mer forutsetninger for å komme med hva de trenger hjelp til.»

Informant 1 og 3 bruker en psykomotorisk kroppsundersøkelse og utdyper videre at i denne ser de bl.a. på pust, spenningsmønster, hvordan pasienten beveger seg i vanemønster, og kjenner på hud og muskulatur. De legger til at dersom det kreves gjør de spesifikke tester i tillegg, på det eller de kroppsområdene pasienten opplever som smertefulle. Informant 2 spesifiserer at han alltid undersøker om det kan være en underliggende årsak til smertene som krever en annen tilnærming.

#### 4.4.3 Verktøy i pasientbehandlingen

Når det kommer til effekt av tiltak erfarer informantene at det ikke finnes noe fasitsvar på hvilke tiltak man bør velge for denne pasientgruppen. Informant 2 og 3 er enige om at enkeltstående tiltak ikke fungerer så bra, fordi pasientene i mange tilfeller har en sammensatt lidelse som krever en sammensatt behandlingspakke. De er også enige om at de ikke tror at passiv behandling har langvarig effekt for denne pasientgruppen.

Informant 3 løfter frem fysisk aktivitet, trening og avspenning som gode tiltak for denne pasientgruppen. Normalisering blir vektlagt, og med dette mener hun å bruke muskulaturen på en normal måte for å oppnå bedre funksjon. De fleste av disse pasientene vil kunne oppleve å få økte smerter i en periode etter oppstart av trening, før det bedrer seg, erfarer informant 3. Dette gjør hun pasientene klar over, slik at de ikke skal bli redde når dette skjer. Informant 2 unngår å trekke frem spesifikke enkeltstående tiltak for denne pasientgruppen. Effekt av tiltak har veldig mye med konteksten og hvordan man bruker tiltaket å gjøre, sier han. Han vil dog trekke frem viktigheten av å bruke god tid, ha god kommunikasjon, avklare forventninger tidlig og ha en klar plan på forløpet.

Alle informantene bruker undervisning som en del av pasientbehandlingen, bevisst eller ubevisst. Hensikten med dette er at pasienten skal få bedre innsikt i og forståelse av egen situasjon. Informant 1 sier at hun nok bruker undervisning som et tiltak, men at hun ikke kaller det undervisning. Hun forklarer at hun er obs på ikke å bruke abstrakte og skolerte

modeller og språk i denne undervisningen. Dette mener hun kan fremmedgjøre pasienten til seg selv. Hun bruker derfor et dagligdags språk, med eksempler som «å ha gråten i halsen» og «å føle seg på tuppa» for at pasienten enkelt skal kunne forstå hva hun mener. Informant 2 og 3 har fokus på å gi pasientene en innføring i hvordan nervesystemet og smertesystemet fungerer fysiologisk, og begge bruker å tegne på tavle som et virkemiddel for å nå frem til pasienten.

Alle informantene er enige om at samtale er et viktig verktøy i behandlingen. Informant 1 mener at psykomotoriske fysioterapeuter kan ha en tendens til å prate litt for mye, og vil derfor begrense bruken av samtale til der hun mener at det er hensiktsmessig. «... *vi skal vite hvorfor og hva vi bruker samtale til. .... Den må ha et fokus, et mål og et tema.*» Informant 3 er tydelig på at hun ikke er redd for å spørre pasienten rett ut om temaer som kan oppleves som vanskelige, for å invitere til en samtale om dette. Hun nevner eksempelvis å spørre om angst, sinnsstemning, døgnrytme, medikamentbruk og kosthold. «*Samtaleterapi eller samtale som behandlingsverktøy, er kanskje det sterkeste verktøyet vi har*» sier informant 2. Han forteller videre at han ikke har fått dårligere resultater med pasientene sine i løpet av perioden med Covid-19-pandemien, hvor han ikke har kunnet møte pasientene sine fysisk, men har vært nødt til å arbeide via videokonsultasjoner. Han mener at dette illustrerer hvor viktig samtale er.

## 5.0 Diskusjon

I dette kapittelet skal vi diskutere noen sentrale funn fra våre resultater. Vi ønsker å se på likheter og forskjeller, og hvordan informantenes ulike praksisfelt kommer til uttrykk i deres forståelse og arbeid med denne pasientgruppen. Vi vil også knytte funnene våre opp mot aktuell teori om pasientgruppen. Vi har valgt å beholde de tre hovedkategoriene fra resultatdelen, men vi har strukturert dem videre i andre undertemaer.

### 5.1 Informantenes forståelse av uspesifikke muskel- og skjelettsmerter

Alle våre informanter forstår årsaken til uspesifikk smerte som sammensatt og multifaktoriell. Det samme viser også litteratur. Som det står i Norsk legemiddelhåndbok (2020) må smerte forstås som sammensatt fenomen påvirket av bl.a. fysiske, sosiale og psykiske faktorer. Informantene er enige om at uspesifikke smerter ikke kan forklares ved hjelp av den biomedisinske modellen. Sammenhengen mellom grad av smerte og såkalte objektive funn er sjelden klar hos pasienter med langvarige smerter. Det er derfor viktig å kartlegge andre relevante forhold. Dette er i overensstemmelse med George L. Engel som mente at den biomedisinske modellen til stadighet overså de sosiale og psykologiske aspektene ved sykdom. Dette var grunnlaget for at han lanserte den biopsykososiale modellen på 1970-tallet (Falkum, 2008, s. 255-256). Moseley & Butler (2017, s. 12) bruker den biopsykososiale modellen for å forklare smerte.

Informantene nevner ulike psykososiale faktorer som kan være med på å skape og opprettholde uspesifikke muskel- og skjelettsmerter, som f.eks. angst, stress, dårlig søvn og depresjon. Under «gule flagg», dvs. tegn for det som kan skape og opprettholde smerte, nevner Helsedirektoratet (2016) flere av de samme psykososiale faktorene. Våre informanters forståelse og rådende tenkning på området er at en persons helse best kan forstås i et skjæringspunkt av biologiske, psykologiske og sosiale domener.



### 5.1.1 Biopsykososialt perspektiv på langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettsmerter

Kaarbø (2016) skriver at ettersom pasienter med langvarige smertetilstander er så komplekse, vil det være hensiktsmessig å benytte en biopsykososial forståelsesmodell for å kunne adressere de multiple faktorene som spiller inn på pasientens smerte. Dette er Ahlsen (2014, s. 30) uenig i. Hun mener at et biopsykososialt perspektiv har begrensninger i møte med disse pasientene, og at fysioterapeuter derfor bør supplere med andre teorier for å bedre kunne forstå pasientgruppen og gi god helsehjelp.

Informant 2 mener at en biopsykososial tilnærming på denne pasientgruppen stadig oftere blir brukt blant fysioterapeuter, og at dette er det største paradigmeskiftet som er sett innenfor fysioterapi de siste 15-20 årene. Informant 1 retter kritikk mot den biopsykososiale modellen, og mener at den fortsatt viser en slags oppdeling mellom psyke og kropp i de ulike dimensjonene. På grunnlag av dette undrer hun seg over om det er riktig å benytte denne modellen i møte med langvarige smertepasienter, og hun presiserer at kropp og psyke *ikke* må skilles. Selv om den biopsykososiale modellen har fått mange tilhengere, har den også blitt kritisert helt siden den ble lansert. Falkum (2008, s. 255) skriver at det er lite inngående informasjon om modellen i litteratur, og at det som er å finne ofte er kortfattet og overfladisk.

Den ovennevnte diskusjonen viser at det ikke er enighet om hvorvidt et biopsykososialt perspektiv er tilstrekkelig i møte med denne pasientgruppen. Det vi finner en felles forståelse av både hos informantene og i litteratur, er at pasienter fra denne pasientgruppen er komplekse og sammensatte. Vi må derfor se pasienten ut fra alle dens aspekter og dimensjoner.

## 5.2 Informantenes forståelse av pasientgruppen

### 5.2.1 Gjengangere i helsevesenet

Informantene opplever at mange pasienter med langvarige smertetilstander har prøvd ut flere behandlingsmetoder uten varig effekt. I en tverrsnittstudie (Breitve, Hynninen & Kvåle, 2008, s. 22) kommer det frem at mange pasienter som oppsøkte psykomotorisk fysioterapi rapporterte å ha flere helseplager av klinisk betydning, deriblant muskel- og skjelettplager. En stor andel av dem fikk helsehjelp fra flere behandlere i helsevesenet samtidig, og mange hadde prøvd alternative behandlingsmetoder i forkant. Selv om denne studien tar for seg pasienter som kom til psykomotorisk fysioterapeut, gir det et godt bilde på at pasientene hadde fått helsehjelp fra flere profesjoner enten samtidig eller før de oppsøkte psykomotorisk fysioterapeut. Dette bygger opp under våre informanters erfaring at pasienter med langvarige, uspesifikke smerter ofte har vært innom flere behandlere uten varig effekt, og at de derfor forblir søkende etter hjelp i helsevesenet. Spesielt informant 3 har denne erfaringen. Et særtrekk ved hennes praksisfelt er at det krever henvisning fra en annen instans i helsetjenesten og hun har dermed utelukkende pasienter som har vært til konsultasjoner og/eller behandling før.

### 5.2.2 Det sårbare ved ikke å bli trodd

Informant 3 opplever at mange av pasientene føler seg dårlig behandlet av helsevesenet i den forstand at de ikke blir trodd og tatt på alvor. I retningslinjer for smertelindring kommer det frem at mennesker med langvarig smerteproblematikk blir nedprioritert i norsk helsevesen (Den norske legeforening, 2009, s. 6). I avhandlingen "Kampen for (tro)verdighet" viser Werner (2005, s. 39) at særlig kvinner med kroniske muskelsmerter må jobbe hardt både i forkant og under selve konsultasjonen, for å bli tatt på alvor og forstått når de søker medisinsk hjelp. Men hvorfor har pasientene denne opplevelsen? Vår umiddelbare tanke er at deler av helsevesenet fortsatt kan preges av en biomedisinsk tankegang, der biologien er i fokus og andre aspekter overses, som beskrevet av Hem (2020). Helsepersonell med denne tankegangen kan derfor ha vansker med å se og forklare en årsakssammenheng mellom smertene pasienten angivelig kjenner på. På den andre siden kan det være at pasientene har en biomedisinsk tankegang, og derfor kan ha problemer med å godta en forklaring av smertene som uttrykkes i en annen dimensjon enn den biologiske. Tradisjonelt forbindes smerte med at

noe er galt i kroppen, men dette er ikke nødvendigvis alltid tilfellet. Ifølge IASP (2017) er smerte er alltid en subjektiv opplevelse. Brodal (2013, s. 230) bekrefter i tillegg at fysiologiske prosesser i menneskekroppen muliggjør å kjenne på en intens smerte uavhengig av nociseptoraktivering.

Informant 1 antyder at mange pasienter med langvarige smertetilstander ofte har «usynlige» plager, og at de derfor i stor grad føler en trang til å forsvare pasientrollen de har for samfunnet. Men hvorfor er det så viktig for dem? Som vi nevnte innledningsvis i oppgaven er pasienter med muskel- og skjelettsmerter årsak til en stor andel av det totale sykefraværet i Norge (Sundell, 2020). En kvalitativ studie av sykemeldte med psykiske lidelser og muskel-skjelettlidelser i Norge (Batt-Rawden & Solheim, 2011, s. 40), viser at mange opplever det som verre å være sykemeldt dersom man ikke ser syk ut. Den ene informanten i studien formidler at det er enklere å få sympati og medfølelse fra andre når det gjelder en plage som er synlig for omgivelsene. Ettersom at flere i denne pasientgruppen ikke er i arbeid grunnet sine smerter, som ikke er synlige i like stor grad som f.eks. en brukket arm, undrer vi oss dermed over om de kjenner på stigma fra samfunnet de lever i. Vi vet at samfunn og kultur kan utgjøre sosiale aspekter ved smerte (Moseley & Butler, 2017, s. 12), og vi vet at å være i jobb er viktig for mennesker, fordi det bl.a. bidrar til fellesskap og verdiskapning i samfunnet (Auen, 2018). Når man faller utenfor dette fellesskapet, er det derfor nærliggende å tenke at man ønsker å ha en gyldig grunn for at man ikke får bidratt til samfunnet på den måten man vil.

### 5.2.3 Når smerte blir en identitet

Informant 2 opplever stor grad av frustrasjon hos de pasientene som har gått med plagene sine lenge uten å få noen bedring. Informant 3 erfarer at de som har hatt smertene over en lengre periode, ofte utvikler et dårlig selvbilde. Selvbildet er hvordan vi evaluerer oss selv, og det kan svekkes eller bedres gjennom erfaringer vi gjør oss gjennom livet (Håkonsen, 2014, s. 184). Ifølge Norsk Pasientforening (u.å.) opplever mange pasienter med langvarige smerter at smerten blir styrende for livet deres, reduserer livskvalitet og begrenser jobb og sosialt liv. Informant 3 beskriver at flere av hennes pasienter gjerne føler seg inkompetente som menneske, ettersom at de ikke strekker til i de rollene som de ønsker å fylle. Men hvorfor tar smerten så stor plass i pasientenes liv? En mulig grunn kan være at pasientene fokuserer mer på begrensninger enn muligheten til å leve sitt liv på tross av smertene. Tanker og følelser er psykologiske aspekter ved smerte (Moseley & Butler, 2017, s. 12). Å ha negative tanker om

seg selv og egen situasjon kan dermed være medvirkende faktorer til opprettholdelsen av smertene.

#### 5.2.4 Kjønnforskjeller i pasientgruppen

En likhet i informantenes praksiser er at kvinner dominerer pasientgruppen med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettsmerter. Uspesifikke smerter og plager har tradisjonelt sett vært mest knyttet til kvinner. Kroniske muskelsmerter er den største gruppen av norske kvinners helseplager som blir oppfattet som ubestemte av legene (Malterud, 2001, s. 15). Men hvorfor er det flere kvinner enn menn som får denne diagnosen? Hvordan pasientene blir møtt av helsevesenet kan tenkes å ha en innvirkning på dette. Informant 1 opplever ofte at menn har en mer biomedisinsk forståelse av kroppen, og derfor oftere ønsker en biomedisinsk forklaring på plagene sine. Malterud (2001, s. 16) bekrefter at menn oftere får stilt en sykdomsdiagnose, og kvinner får oftere stilt en symptomdiagnose. Malterud referert i Ahlsen (2014, s. 29) viser også at leger oftere legger vekt på følelsesmessige forklaringer på symptomer når pasientene er kvinner, enn når de samme symptomene tilhører menn. Dette viser at helsepersonell kan tenkes å oftere trekke slutninger i retning av en biomedisinsk forståelse når menn er pasientene.

Våre informanter tror at kvinner generelt oppsøker helsehjelp oftere enn menn. Statistisk Sentralbyrå bekrefter dette, 76 % av norske kvinner hadde en eller flere konsultasjoner hos fastlegen i 2018, mot 64 % av menn (SSB, 2019). Informant 3 lurer på om kvinner kan ha lavere toleranse for smerter enn menn, og derfor går oftere til legen. Studier har påvist fysiologiske forskjeller mellom kvinner og menn som resulterer i at kvinner har lavere smerteterskel og smertetoleranse (Rustøen & Stubhaug, 2008, s. 129). Menn og kvinner opplever og tolker smerte på ulike måter (Chin & Rosenquist referert i Fors, 2012, s. 110). Kvinner opplever smerte som en naturlig del av livet i forbindelse med f.eks. menstruasjon og fødsel, mens for menn er smerter ofte knyttet til noe mer akutt som skader eller uhell (Rustøen & Stubhaug, 2008, s. 133). Denne forskjellige erfaringen med smerter i løpet av livet kan være med på å tilrettelegge for at menn og kvinner tolker smerte på forskjellig vis. Vi kan derfor se at kjønn spiller en rolle i forekomst av og behandling for langvarige smertetilstander.

## 5.3 Informantenes tilnærming til pasientgruppen

### 5.3.1 Grunnleggende prinsipper i fysioterapiprosessen

#### **Kunnskapsbasert praksis**

Alle informantene hevder at deres praksis preges av en blanding mellom forskning og erfaringsbasert kunnskap. Informant 2 presiserer at det er viktig å trekke ut det beste fra begge verdener. Informant 3 mener at på smerteklinikk nytter det ikke kun å bruke erfaringsbasert kunnskap, selv om denne er verdifull, for det kreves at valgene hun tar kan støttes av forskning. Vi kan se at våre tre informanter er enige om viktigheten av å arbeide kunnskapsbasert, noe som har vært et bærende prinsipp innenfor fysioterapifaget i mange år (Jamtvedt et al., 2015, s. 22). Informant 1 trekker også frem viktigheten av å bruke hele seg i møte med pasienten, hvor egen kunnskap og erfaring kommer tydelig frem i behandlingsforholdet. Dette bygger Jamtvedt et al. (2015, s. 26) godt oppunder, når de skriver at erfaring kan gjøre fysioterapeuten bedre rustet til å løse problemer og forstå hvem pasientene er og hvor de kommer fra. Brukermedvirkning er også et aspekt som prioriteres blant informantene når det kommer til valg av tiltak. Informant 2 og 3 nevner at de alltid spør etter pasientens tanker og ønsker knyttet til behandling. Brukermedvirkning er en viktig del av å jobbe kunnskapsbasert (Jamtvedt et al., 2015, s. 27). Det er også en lovfestet rett i pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1).

#### **Pasient-terapeut-relasjon**

Informantene er tydelig enige om at å ha en god pasient-terapeut-relasjon, og en felles forståelse av hva som er problemet og hva som må gjøres videre, er alfa og omega for å oppnå effekt av behandlingen. Denne påstanden styrkes av O’Keeffe et al. (2016, s. 610): «*En positiv interaksjon mellom pasient og terapeut er assosiert med redusert smerte, redusert uførhet og høyere tilfredshet med behandlingen*», og enighet om mål og intervensjon mellom pasient og terapeut er viktig for å oppnå dette. Kommunikasjon, spesielt evnen til å lytte til pasienten, blir særlig av informant 2 understreket som en viktig faktor for å oppnå dette ønskede samspillet mellom pasient og terapeut. Dette støttes av studien til O’Keeffe et al. (2016, s. 611). I deres resultater kom det bl.a. frem at både pasienter og terapeuter så på aktiv lytting som et veldig viktig element i fysioterapeuters kommunikasjonsevner. Når pasienter fikk fortelle sin egen historie uavbrutt følte de seg verdsatt, og det bidro sterkt til relasjonen.

## **Endringsprosessen**

Det overordnede målet med fysioterapi er å fremme en endringsprosess som kan bidra til smertelindring og å øke eller opprettholde funksjonsnivå på kort og lang sikt (NFF, 2015a). Pasientens aktive deltakelse i denne prosessen er essensiell, og informantene fremhever pasientenes motivasjon til endring som en sentral faktor for å oppnå effekt av behandlingen. Informant 3 oppgir at pasientene hun har i behandling må være villige til å endre på sin egen livsstil for å få det bedre.

Et særtrekk ved informant 1 sin psykomotoriske tilnærming er ønsket om å bidra til og starte pasientenes endringsprosess ved å gi dem kroppslige erfaringer. Hun er ute etter at pasientene skal legge merke til hva som skjer i kroppen når de forteller sin historie, og på den måten bli bevisst på sine kroppslige reaksjoner. Før man er bevisst på sine kroppslige måter å regulere følelsene sine på, kan det vanskelig skje en endring. Hun har en tydelig forståelse av at hennes rolle er å hjelpe pasientene til å tåle plagene sine og livet de står i på en annen måte enn de gjør i dag. Thornquist (2012, s. 51) beskriver at en forutsetning for å etablere trygghet og tillit til seg selv og egen kropp, er å erfare at kropp, følelser og livssituasjon henger tett sammen. Dette underbygger det informant 1 sier om kroppslige erfaringer. Informant 2 ønsker med sin multidimensjonale tilnærming å best mulig kunne tilrettelegge for at pasienten selv skal gjøre de endringene som må til for å komme seg ut av situasjonen. Han legger derfor vekt på sosiale og kognitive aspekter i tillegg til de fysiske. Det kommer dermed frem at informantene har det samme overordnede målet for pasientbehandlingen med fokus på endringsprosess, men de bruker forskjellige virkemidler for å skape endring.

## **Varighet på behandlingsforløp**

Informantene er enige om at et viktig mål med behandlingen er at pasienten skal bli mer selvstendig og oppnå økt funksjon, men tidsperspektivet er forskjellig. Informant 1 beskriver at psykomotorisk fysioterapi skal være hjelp til selvhjelp. Et behandlingsforløp hos henne kan gjerne vare i ett til to år, der pasientkontakten blir gradvis sjeldnere. Det lange behandlingsforløpet skal gi pasienten tid til å prosessere en ny eventuell følelsesmessig omstilling (Bunkan, 2001, s. 2848).

Informant 2 jobber gjerne intensivt med pasienter over et satt tidsperspektiv, på eksempelvis tre måneder, der mål og resultater vurderes fortløpende. Samtidig har også informant 2, i likhet med informant 1, et slags langtidsperspektiv på behandlingsforløpet. Hans rolle som

primærkontakt omfatter at han kan bl.a. kan sykmelde og henvise videre (Helsedirektoratet, 2015b). Informant 2 opplever derfor at pasienter ofte tar kontakt med ham fremfor fastlegen når det gjelder problemstillinger rundt muskel- og skjelettlidelser. Dette gjør at han sjelden avslutter et behandlingsforløp helt, men pasienter kan ta kontakt ved behov.

Informant 3 jobber på en annen måte enn de andre, ettersom hun som oftest gjør tverrfaglige utredninger av mennesker innenfor denne pasientgruppen (Helsedirektoratet, 2015c). Vi kan altså se at varigheten på behandlingsforløp varierer etter hva som er fysioterapeutens rolle og spesialisering.

### 5.3.2 Undersøkelse

#### **Anamnese**

Gjennom hele anamnesen vurderer informantene kontinuerlig det som blir sagt og gjort. De setter av god tid til å kartlegge ulike dimensjoner av pasientenes liv. Thornquist (2012, s. 99) understreker viktigheten av god tid på første møte, og å være åpen og lyttende både for ord og nonverbal kommunikasjon. I en anamnese ønsker informantene bl.a. å få frem pasientens egne beskrivelser av hvordan plagene påvirker dem i hverdagen, deres sosiale forhold, arbeidsliv, fritid, søvn og kosthold. Informant 3 understreker særlig viktigheten av å spørre pasientene om deres medikamentbruk. Mange av hennes pasienter har brukt mye og ofte lite hensiktsmessige medisiner, og hun vil derfor rette fokus mot dette som en del av bakgrunnen og det sammensatte sykdomsbildet til pasientene.

Informant 2 har etter mange år i feltet opparbeidet seg en erfaring på og interesse for en sammenheng mellom mage/tarm-funksjon og langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettsmerter. Han spør derfor alltid pasienten om naturlige funksjoner som dette. Både irritabel tykktarm og uspesifikke smerter kategoriseres som medisinsk uforklarlige plager og symptomer (Helsedirektoratet, 2015a). Både medikamentbruk og naturlige kroppslige funksjoner blir også nevnt av Thornquist (2012, s. 99-102) som særlig viktige punkter for fysioterapeuter å innhente konkret informasjon om.

Informant 2 er opptatt av å kartlegge pasientens egenforståelse av plagene samt forventningene til behandlingsforløpet allerede ved første møte. Han legger stor vekt på å la pasienten selv få fortelle sin historie, og bruker narrativ som et nøkkelbegrep. Dersom pasienten får fortelle åpent om bl.a. sine opplevelser av egne plager og forståelsen av faktorer

som er bestemmende for sykdomsutvikling ved første møte, vil dette skape et annet og bedre utgangspunkt for behandling (Thornquist, 2012, s. 99-100). Informant 1 sier at hun gjerne avventer en stund med å spørre om pasientens mål og forventninger, og begrunner dette med at mange av hennes pasienter ikke helt vet hva de går til første gang de kommer til henne. Mens informant 2 ønsker å få klargjort pasientens forventninger tidlig, slik at de kan utgjøre en del av målsetningene han sammen skal formulere med pasienten, vil informant 1 at pasientene først skal ha klart for seg hva psykomotorisk fysioterapi er, slik at de bedre kan gjøre rede for hva de ønsker hjelp til. Pasienters forventninger og mål verdsettes av begge informantene, men ulike spesialiseringer får konsekvenser for hvordan de velger å tilpasse spørsmålene sine.

### **Kroppsundersøkelse**

Informant 1 og 3 beskriver at de i den psykomotoriske kroppsundersøkelsen forholder seg til en mal. Undersøkelsen i psykomotorisk fysioterapi blir beskrevet som en systematisk og omfattende kroppsundersøkelse som danner grunnlag for samtale om kroppen og kroppslige forhold (Gretland, 2007, s. 96). Pasientens opplevelser av undersøkelsen anses som like viktig som det fysioterapeuten legger merke til og vurderer. Informant 2 undersøker alltid om det kan være en annen underliggende årsak til smertene som da vil kreve en annen tilnærming. I manuellterapi har differensialdiagnostikk et særegent fokus (NFF, 2020b). Dette er et viktig aspekt i undersøkelsen da han ofte får pasienter med muskel- og skjelettlidelser uten henvisning fra annet personell i helsetjenesten.

### **5.3.3 Verktøy i pasientbehandlingen**

#### **Aktive og passive behandlingstilnærminger**

Det kommer tydelig frem fra intervjuene at det ikke finnes fasitsvar på hvilke tiltak som fungerer best for denne pasientgruppen. Informant 2 og 3 presiserer at et variert behandlingstilbud med flere intervensjoner vil fungere bedre enn enkeltstående tiltak.

Informant 3 vil likevel trekke frem fysisk aktivitet og trening. Hun erfarer at disse tiltakene har god effekt hos denne pasientgruppen. Å velge fysisk aktivitet som tiltak for pasienter med langvarige smerter støttes av Aktivitetshåndboken, som anbefaler fysisk aktivitet og beskriver hvordan dette tiltaket kan virke positivt inn på pasientens smerteopplevelse (Börjesson et al., 2009, s. 582). I oppslagsverket BMJ Best Practice blir også øvelser og aktiv bevegelse omtalt som gode tiltak («Chronic pain syndromes», 2018). Forskning viser at trening og fysisk aktivitet har god effekt for denne pasientgruppen (Lærum et. al, 2007, s. 41-45). Det er altså



bred enighet om at fysisk aktivitet som tiltak har stor verdi for pasienter med langvarige, uspesifikke smerter.

Informant 2 og 3 tror at passive behandlingsmetoder alene ikke er det rette for denne pasientgruppen, fordi det ikke vil gi langvarig effekt. De mener at passiv behandling bør brukes i kombinasjon med andre tiltak. Denne tankegangen støttes av nasjonale kliniske retningslinjer for langvarige korsryggsmerter. Her står det bl.a. at passive behandlingsmetoder som massasje og akupunktur har kortvarig effekt, og elektroterapi og korsettbruk har svak evidensbasert dokumentasjon (Lærum et al., 2007, s. 13). Disse passive behandlingsmetodene kan altså benyttes på pasienter med langvarige ryggsmerter, men bør være som supplerer til øvelser (Lærum et al., 2007, s. 44).

### **Samtaleterapi**

Informantene er enige om at samtale som behandlingsverktøy er uvurderlig i møte med disse pasientene. For å illustrere betydningen av samtale i pasientbehandlingen, fortalte informant 2 at i perioden fysioterapiinstituttene var stengt på grunn av Covid-19-pandemien oppnådde han ikke dårligere resultater med pasientene sine. Han fortsatte å behandle dem over videokonsultasjoner, da hovedsakelig med samtale som behandlingstiltak. Covid-19-pandemien har åpnet opp for en ny måte å jobbe på i fysioterapi, fordi fra 21.april 2020 fikk fysioterapeuter nye takster for undersøkelse over videokonsultasjon. Begrunnelsen var at rundt 80 % av diagnosene kan stilles på bakgrunn av anamnesen alene, og videokonsultasjoner kan derfor i stor grad brukes som verktøy for klinisk vurdering og videre tiltak (NFF, 2020c). Dette underbygger eksempelet til informant 2. Informant 1 bruker også mye samtale i sin pasientbehandling, men er tydelig på at hun må ha et tema, fokus og mål med samtalen for at det skal være hensiktsmessig. Samtalen skal handle om det som har skjedd i timen, eller det de har erfart av kroppslige opplevelser. Gretland (2007, s. 183) skriver at utgangspunkt for den terapeutiske samtalen i fysioterapi innen psykisk helsevern alltid er kroppen og kroppslige forhold.

### **Pasientundervisning**

Alle informantene bruker undervisning som en del av pasientbehandlingen. Dette skal bidra til at pasientene får en økt forståelse av sin situasjon med en langvarig smertetilstand. Det fremgår tydelig i litteratur at pasientundervisning, her omtalt som ryggskole, er anbefalt for pasienter med langvarige, uspesifikke smerter (Lærum et al., 2007, s. 43). Selv om informantene er enige om verdien av undervisning har de ulike måter å praktisere dette på. Informant 1 styrer bevisst unna abstrakte og skolerte modeller i undervisningen, men legger vekt på et dagligdags språk som pasientene kan relatere seg til. Hun bruker gjerne eksempler som «å føle seg på tuppå» og «å ha gråten i halsen». Det er viktig for fysioterapeuter å bruke konkrete eksempler, slik at pasienten lettere kan kjenne etter i egen kropp (Engh & Radøy referert i Gretland, 2007, s. 190). Informant 2 og 3 gir derimot pasientene en innføring i hva smerte er, og hvordan nerve- og smertesystemet fungerer. De bruker tavle til å tegne på for å forklare mer inngående, og de kan også henvise til litteratur til videre lesning. Deres erfaring er at de fleste pasienter responderer godt på denne undervisningsformen.

## 6.0 Metodediskusjon

I dette kapittelet vil vi diskutere metoden vi har brukt i oppgaven ved å se på styrker og svakheter.

### 6.1 Valg av metode

Vi valgte å benytte kvalitativ metode for vår problemstilling, da kvantitative metoder som bygger på data i form av tall, ikke ville vært tilstrekkelig for å utforske menneskers erfaringer og opplevelser (Malterud, 2017, s. 30). Semistrukturerte intervjuer ble brukt i vår datainnsamling. Vi kunne ha gjennomført et fokusgruppeintervju, men fordi vi ønsket å gi deltakerne tid og rom til å dele sine individuelle erfaringer uavbrutt ble dette ikke aktuelt.

### 6.2 Valg og kontakt av informanter

Tanken bak et strategisk utvalg av informanter var å fremme en variasjonsbredde i resultatene. Ettersom at informantene delte mange felles grunntanker i forhold til forståelse og tilnærming ble variasjonsbredden mindre enn forventet. Vi forstår at én fysioterapeut fra hvert fagfelt ikke er representativt, men grunnet omfanget av oppgaven og den satte tidsrammen er vi tilfreds med tre informanter. Informanten vår fra smerteklinikk er spesialist i onkologisk fysioterapi. Selv om hun anser langvarige, ikke-maligne smerter som sitt hovedfelt, kan dette likevel ha påvirket resultatene.

Alle fysioterapiinstitutter måtte holde stengt for fysisk pasientkontakt i perioden 12. mars til 20. april grunnet covid-19-pandemien (Helsedirektoratet, 2020), og det var derfor vanskelig for oss å få rekruttert informanter til oppgaven via mail. Vi valgte derfor å sende en SMS hvor vi viste til mailen vi hadde sendt i forkant. Vi fant SMS mindre pågående enn å ringe, og valgte derfor dette alternativet.

### 6.3 Forberedelse og gjennomførelse av intervjuene

Vi brukte samme intervjuguide i alle tre intervjuene, men i noen tilfeller ble oppfølgingsspørsmålene overflødige fordi informantene svarte så utdypende på hovedspørsmålene. Dette kan ses på som en svakhet, men samtidig er det viktig i kvalitative intervjuer å ikke bli for bundet av intervjuguiden når formålet er å få vite noe man ikke visste

fra før (Malterud, 2017, s. 133-134). Vår vurdering er at vi fikk svar som belyste problemstillingen selv om vi ikke stilte de samme spørsmålene til alle. Grunnet Helsedirektoratets retningslinjer under Covid-19-pandemien valgte vi å gjennomføre intervjuene som videosamtale. Dette gjorde det vanskeligere for oss å observere kroppsspråk og mimikk hos informantene, og vi la derfor mindre vekt på å notere dette enn vi kanskje ellers hadde gjort ved et fysisk møte. Vår vurdering er at dette ikke har påvirket meningsinnholdet i stor grad.

## 6.4 Bearbeiding av data

Vi transkriberte innholdet i intervjuene ord-for-ord, noe som viste seg å ta svært lang tid. Vi ser i ettertid at vi kunne ha gjort teksten mer leservennlig ved å fjerne småord, stamming og lignende uten å miste meningsinnholdet allerede ved første transkripsjon. Vi vurderer likevel at ord-for-ord transkriberingen gjorde at vi fikk en unik nærhet til vårt eget materiale, og at vi gjorde det hver for oss sikret at begge fikk denne nærheten. En svakhet ved transkripsjonene er at i noen tilfeller gjorde bakgrunnsstøy at det ble utfordrende å høre hva som ble sagt på lydopptaket. I disse tilfellene sammenlignet vi transkripsjonene og kom frem til en felles forståelse, men vi er innforstått med at dette kan ha påvirket det opprinnelige meningsinnholdet i noe grad.

## 6.5 Analyse

Vi er to som skriver oppgaven sammen, noe som kan ses på som en styrke, da man sammen med en annen forsker kan få øye på detaljer man ikke ville ha sett alene (Malterud, 2017, s.100). Vi gjennomførte trinnvis analyse underveis i datainnsamlingsprosessen som anbefalt av Malterud (2017, s. 111), for å skjerpe prosjektets fokus og problemstilling. Vi gjennomførte en delvis analyse av det første intervjuet og identifiserte foreløpige temaer, utviklet kodegrupper, identifiserte meningsbærende enheter og kodet disse. Neste runde i analyseprosessen ble gjennomført da vi var ferdige med datainnsamlingen. Vi brukte mye tid på å reflektere og diskutere før vi ble enige om hovedtemaer.

## 6.6 Validitet og overførbarhet

Omfanget av oppgaven, vår begrensede tid og ressurser, samt en pågående uoversiktlig situasjon med Covid-19 fører til at det er vanskelig å si noe om oppgavens direkte overførbarhet til klinisk praksis. Vi har likevel diskutert funnene og knyttet dem opp mot aktuell teori. Dette gjør at en viss overførbarhet kommer til uttrykk uansett. Enkelte av kildene er ikke nyeste utgave fordi vi ikke hadde tilgang på skolens bibliotek under arbeidsprosessen.

I løpet av arbeidsprosessen har vi forsøkt å aktivt utvikle motforestillinger og argumenter der vi ser våre beslutninger og tolkninger opp mot alternative muligheter, en prosess som kalles refleksivitet i praksis (Malterud, 2017, s. 192). Vi erkjenner likevel at det ikke alltid er mulig å se føringene vi selv har lagt, og at vår forforståelse, våre motiver og forestillinger påvirker prosjektet og resultatene (Malterud, 2017, s. 19-20). Ved kritisk å gjennomgå vår metode vurderer vi validiteten i vår oppgave. Vi anerkjenner at det finnes både styrker og svakheter med metoden vår og at vi som forskere alltid vil påvirke resultatene i større eller mindre grad i kvalitative studier.

## 7.0 Konklusjon

Denne oppgaven har tatt utgangspunkt i problemstillingen: «Hvordan forstår fysioterapeuter i ulike praksisfelt pasienter med langvarige uspesifikke muskel- og skjelettsmerter, og hvordan velger de behandlingstilnærming til den enkelte pasient?». Grunnutdannelsen har i hovedsak fokus på å se årsakssammenhenger og sammenfatte funn til en funksjonsdiagnose. I møter med representanter fra vår utvalgte pasientgruppe har vi erfart at dette ikke alltid er like enkelt og derfor blitt nysgjerrige på å lære mer. Vi ville undersøke om en mastergrad eller spesialisert yrkeserfaring preger måten fysioterapeuter tenker og jobber på i arbeid med denne pasientgruppen.

Informantenes forståelse preges av kunnskapsgrunnlag og erfaring samt personlige faktorer som interesseområder, holdninger og personlige verdier. Vi har sett at personlige faktorer kommer tydelig til uttrykk i denne forståelsen. Det er vanskelig å si om de personlige faktorene representerer forhold ved den enkelte terapeut eller forhold ved praksisfeltet. Fordi vi har gjennomført intervjuer av kun en representant fra hvert praksisfelt, kan vi ikke konstatere at resultatene er gjeldende for alle fysioterapeuter som jobber innen valgte fagområder.

I denne studien har vi funnet flere likheter enn ulikheter i måten de forskjellige klinikerne beskriver sin forståelse av og tilnærming til pasienter med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettsmerter. I tilnærmingen må det multifaktorielle ved pasienten kartlegges nøye for å finne de vedlikeholdende faktorene til smertene. Kjønn, sinnsstemning og livssituasjon nevnes som sentrale faktorer som kan påvirke smerteopplevelsen. For å kunne adressere det multifaktorielle bør det bl.a. foreligge en god pasient-terapeut-relasjon, med en felles forståelse av mål og forventninger. Pasientens aktive deltagelse i behandlingen er sentral og utgjør en stor del av grunnlaget for å oppnå effekt av behandlingen. Det er enighet om at effekt ikke nødvendigvis er det samme som å bli smertefri. For mange av disse pasientene er hovedmålet å kunne leve et godt liv til tross for smertene, ved å øke funksjonsnivået og dermed livskvaliteten. Alle informantene våre har dette felles målet, men ulikhetene kommer til uttrykk i valg av virkemidler for å skape endring. Eksempler på dette er bl.a. ulikt tidsperspektiv på behandlingen, ulik praktisering av pasientundervisning og bruk av samtale som behandlingsverktøy.

Arbeidet med oppgaven har ikke gitt oss et entydig svar om valg av tiltak til denne pasientgruppen, verken fra intervjuene eller litteratursøk. Informantene våre satte oss på tanken om at det derfor bør velges andre forskningsdesign for denne pasientgruppen i fremtiden, og foreslo observasjonsstudier av tilnærming fremfor å forske på enkelttiltak. Vi sitter igjen med samme opplevelse etter arbeidsprosessen. Informantene våre har bidratt med erfaringer og kunnskap som vi anser som svært overførbart til vår egen kliniske fagutøvelse. Vi ønsker å bruke god tid til å kartlegge ulike dimensjoner av pasientens liv og skape en trygg, tillitsfull relasjon som bakteppe for behandlingen. Vi ser viktigheten av spesielt fysisk aktivitet, samtale og pasientundervisning som behandlingsverktøy.

## 8.0 Litteraturliste

- Ahlsen, B. (2014). Veier til ny innsikt eller reproduksjon av kjønns spesifikke myter? Biopsykososiale perspektiver på kroniske smerter. *Fysioterapeuten*, 81(10), 28-30. Hentet fra <https://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Fagartikler/Veier-til-ny-innsikt-eller-reproduksjon-av-kjoennsspesifikke-myter-Biopsykososiale-perspektiver-paa-kroniske-smerter>
- Auen, J. E. (2018, 2. mai). Å være i jobb. Hentet fra <https://ndla.no/subjects/subject:3/topic:1:55212/topic:1:174435/resource:1:1841>
- Batt-Rawden, K. B. & Solheim, L. J. (2011). *Sosiale årsaker til sykefravær: En kvalitativ studie av sykemeldte med psykiske lidelser og muskel-skjelettlidelser i Norge* (ØF-rapport nr. 03/2011). Hentet fra <http://www.ostforsk.no/wp-content/uploads/2014/11/032011.pdf>
- Breitve, M. H., Hynninen, M. & Kvåle, A. (2008). Emosjonelle symptomer og helseplager hos pasienter som oppsøker psykomotorisk fysioterapi. *Fysioterapeuten*, 75(12), 19-26. Hentet fra <https://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Fagartikler/Emosjonelle-symptomer-og-helseplager-hos-pasienter-som-oppsoeker-psykomotorisk-fysioterapi>
- Brodal, P. (2013). *Sentralnervesystemet* (5. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Bunkan, B. H. (2001). Psykomotorisk fysioterapi – prinsipper og retningslinjer. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 121(24), 2845-2848. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2001/10/kronikk/psykomotorisk-fysioterapi-prinsipper-og-retningslinjer>
- Börjesson, M., Mannerkorpi, K., Knardahl, S., Karlsson, J. & Mannheimer, C. (2009). Smerter. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken* (s. 582-601). Oslo: Helsedirektoratet.
- Chronic Pain Syndromes (2018, 13. juli). I *BMJ Best Practice*. Hentet fra <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/694/pdf/694/Chronic%20pain%20syndromes.pdf>



Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Den norske legeforening. (2009). *Retningslinjer for smertelindring*. Hentet fra

<https://www.legeforeningen.no/om-oss/publikasjoner/retningslinjer/retningslinjer-for-smertelindring-2009/>

Falkum, E. (2008). Den biopsykososiale modellen. Bør den formuleres på nytt i lys av nevrobiologisk og stressmedisinsk forskning? *Michael*, 5(3), 255-63. Hentet fra

<https://www.michaeljournal.no/asset/pdf/2008/3-255-63.pdf>

Felleskatalogen. (2016, 30. august). Smerter. Hentet fra

<https://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/smerter>

Folkehelseinstituttet. (2018, 16. april). Langvarig smerte. Hentet fra

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/smerte/>

Fors, E. A. (2012). *Hva er smerte*. Oslo: Universitetsforlaget.

Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen: Fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.

Helsedirektoratet. (2015a, 12. desember). Forekomst og klassifisering av langvarige smertetyper. Hentet fra

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/opioider/grunnleggende-emner/forekomst-og-klassifisering-av-langvarige-smertetyper>

Helsedirektoratet. (2015b, 1. november). Tilleggskompetanse fysioterapeut. Hentet fra

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/tilleggskompetanse-fysioterapeut>

Helsedirektoratet. (2015c). *Organisering og drift av tverrfaglige smerteklinikker* (IS-2190).

Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/organisering-og-drift-av-tverrfaglige->

[smerteklinikker/Organisering%20og%20drift%20av%20tverrfaglige%20smerteklinikker%20-%20Veileder.pdf/\\_/attachment/inline/0173dc62-5281-4ced-8da3-f28afe8ecaaa:4c4a5e20c8dac3ee001c5eef87e8d0c8d0ac16a6/Organisering%20og%20drift%20av%20tverrfaglige%20smerteklinikker%20-%20Veileder.pdf](https://www.helsebiblioteket.no/tema/Smerte/Smerteklinikker/Organisering%20og%20drift%20av%20tverrfaglige%20smerteklinikker%20-%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/0173dc62-5281-4ced-8da3-f28afe8ecaaa:4c4a5e20c8dac3ee001c5eef87e8d0c8d0ac16a6/Organisering%20og%20drift%20av%20tverrfaglige%20smerteklinikker%20-%20Veileder.pdf)

Helsedirektoratet. (2016, 7. desember). Generelt om sykemelding ved uklare smertetilstander i muskel, skjelett og rygg. Gule flagg. Hentet fra

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sykmelderveileder/diagnosespesifikke-anbefalinger-for-sykmelding/muskel-og-skjelettsystemet-l/generelt-om-sykmelding-ved-uklare-smertetilstander-i-muskel-skjelett-og-rygg-gule-flagg>

Helsedirektoratet. (2020, 12. mars). Omfattende tiltak for å bekjempe koronaviruset. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/nye-tiltak/id2693327/>

Hem, E. (2020, 16. mars). Biomedisin. I *Store medisinske leksikon*. Hentet fra

<https://sml.snø.no/biomedisin>

Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ihlebak, C., Brage, M., Natvig, B. & Bruusgaard, D. (2010). Forekomst av muskel- og skjelettlidelser i Norge. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 130(23), 2365-2368.

Hentet fra <https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2010--2365-8.pdf>

International Association for the Study of Pain. (2017, 14. desember). IASP Terminology.

Hentet fra <https://www.iasp-pain.org/terminology?navItemNumber=576>

Jamtvedt, G., Hagen, K., & Bjørndal, A. (2015). *Kunnskapsbasert fysioterapi: Metoder og arbeidsmåter* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kaarbø, M. B. (2016, 6. desember). Fysioterapeutens rolle ved en smerteklinikk [Powerpoint slides]. Hentet fra [https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Regional-](https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Regional-kompetansetjeneste-for-)

[kompetansetjeneste-for-](https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Regional-kompetansetjeneste-for-)

[smerte/Documents/Fysioterapeutens%20rolle%20i%20smerteklinikk.%20Mette%20Bøymo%20Kaarbø.pdf](#)

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* (MST-rapport 1/2013). Hentet fra <https://fysio.no/Forbundsfor siden/Aktuelt/Nyheter/Muskel-og-skjelett-koster-70-milliarder-aarlig>

Lærum, E., Brox, J. I. & Storheim, K. (Red.). (2007). *Nasjonale kliniske retningslinjer: Korsryggsmerter – med og uten nerverotsaffeksjon*. Hentet fra <https://www.muskelskjeletthelse.no/wp-content/uploads/2016/06/Nasjonale-kliniske-retningslinjer-korsryggsmerter-2007-Fullversjon.pdf>

Malt, U. (2019, 26. august). Biopsykososial modell. I *Store medisinske leksikon*. Hentet fra [https://sml.snl.no/biopsykososial\\_modell](https://sml.snl.no/biopsykososial_modell)

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud, K. (Red.). (2001). *Kvinnens ubestemte helseplager*. Oslo: Pax Forlag.

Moseley, L. & Butler, D. S. (2017). *Explain Pain Supercharged*. Australia: Noigroup Publications.

Norsk Fysioterapeutforbund. (2014, 25. november). Psykomotorisk fysioterapi. Hentet fra <https://fysio.no/Pasientinfo/Pasientbrosjyrer/Psykomotorisk-fysioterapi>

Norsk Fysioterapeutforbund. (2015a, 12. januar). Hva er fysioterapi? - Utdypet. Hentet fra <https://fysio.no/Hva-er-fysioterapi/Hva-er-fysioterapi-utdypet>

Norsk Fysioterapeutforbund. (2015b, 25. januar). Om fagfeltet. Hentet fra <https://fysio.no/Forbundsfor siden/Organisasjon/Faggrupper/Psykomotorisk-fysioterapi/Om-fagfeltet>

- Norsk Fysioterapeutforbund. (2018, 28. februar). Hva kreves for å bli spesialist. Hentet fra <https://fysio.no/Forbundsforbunden/Kompetanseutvikling/Spesialistgodkjenning/Hva-kraves-for-aa-bli-spesialist>
- Norsk Fysioterapeutforbund. (2020a, 25. februar). Utdanningsinstitusjoner. Hentet fra <https://fysio.no/Forbundsforbunden/Organisasjon/Faggrupper/Psykomotorisk-fysioterapi/Hvordan-bli-psykomotorisk-fysioterapeut/Utdanningsinstitusjoner>
- Norsk Fysioterapeutforbund. (2020b, 27. februar). Manuellterapi [Brosjyre]. Hentet fra <https://fysio.no/Forbundsforbunden/Organisasjon/Faggrupper/Manuellterapi>
- Norsk Fysioterapeutforbund. (2020c, 24. april). Videokonsultasjon for fysioterapeuter - undersøkelsestakster. Hentet fra <https://fysio.no/Forbundsforbunden/Aktuelt/Nyheter/Videokonsultasjon-for-fysioterapeuter-undersokelsestakster>
- Norsk legemiddelhåndbok. (2020, 12. februar). Smerter. Hentet fra <https://www.legemiddelhandboka.no/T21.1.1/Smerter>
- Norsk Pasientforening. (u.å.). Jeg har kroniske smerter og plager. Hentet fra <https://www.pasient.no/pasienters-problemer/jeg-har-kroniske-smerter-og-plager/>
- O’Keeffe, M., Cullinane, P., Hurley, J., Leahy, I., Bunzli, S., O’Sullivan P.B. & O’Sullivan, K. (2016). What Influences Patient-Therapist Interactions in Musculoskeletal Physical Therapy? Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis. *Physical Therapy*, 96(5), 609-622. <https://doi.org/10.2522/ptj.20150240>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>

Rustøen, T. & Stubhaug, A. (2008). Kjønnforskjeller og smerte. I T. Rustøen og A. K. Wahl (Red.). *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet* (s. 128-135). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Statistisk Sentralbyrå. (2019, 13. juni). Allmennlegetjenesten. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/statistikker/fastlegetj>

Sundell, T. (2020, 3. mars). Utviklingen i sykefraværet, 4. kvartal 2019. Hentet fra <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/sykefravar>

Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Thornquist, E. (2012). *Lungefysioterapi: Funksjonsvurderinger og klinisk arbeid* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: For helsefag* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Utdannings- og forskningsdepartementet. (2004). *Rammeplan for fysioterapeututdanning*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/ufd/pla/2003/0002/ddd/pdfv/215886-rammeplan\\_fysio\\_23.06.04\\_ny.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/ufd/pla/2003/0002/ddd/pdfv/215886-rammeplan_fysio_23.06.04_ny.pdf)

Werner, A. (2005). *Kampen for (tro)verdighet: Kvinner med «ubestemte» helseplager i møtet med legen og dagliglivet* (Doktoravhandling, Universitet i Oslo). Hentet fra [https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/30000/Werner\\_Kampen\\_for\\_troverdighet.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/30000/Werner_Kampen_for_troverdighet.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

## Vedlegg 1: Forespørsel om deltakelse i bachelorprosjekt

Vil du delta i forskningsprosjektet:

*«Fysioterapi og langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettsmerter: Belyst fra tre forskjellige perspektiv»*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke ulike fysioterapeuters erfaringer med pasienter med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettsmerter. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### **Formål**

Dette prosjektet vil utgjøre bacheloroppgave i fysioterapi ved Høgskulen på Vestlandet i Bergen. Formålet med prosjektet er å undersøke hvordan fysioterapeuter med ulik erfaring og/eller spesialisering forstår og tilnærmer seg pasienter med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettsmerter, og hvordan de velger tiltak til denne pasientgruppen. Prosjektet skal belyse ulike terapeuters erfaringer og refleksjoner: manuellterapi, psykomotorisk fysioterapi og fysioterapeuter fra poliklinisk smertebehandling.

Prosjektets problemstilling er: «Hvordan forstår fysioterapeuter med i ulike praksisfelt pasienter med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettsmerter, og hvordan velger de behandlingstilnærming til den enkelte pasient?»

Opplysningene som samles inn, skal ikke brukes til andre formål enn skissert i dette prosjektet.

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Høgskulen på Vestlandet er ansvarlig for prosjektet.

**Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du spørres om å delta i prosjektet fordi du er fysioterapeut og har erfaring med pasienter med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettsmerter.

**Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at vi vil gjennomføre et intervju med deg over Skype. Det er utarbeidet en intervjuguide som omhandler spørsmål om dine erfaringer om det aktuelle tema, som for eksempel:

- «Kan du fortelle litt om hvilken utdanning/erfaring/spesialisering du har?»
- «Hva er dine tanker om denne pasientgruppen?»
- «Hvordan forstår du fenomenet «uspesifikke smerter»?»
- «Hva legger du vekt på når du skal velge tiltak til disse pasientene?»

Intervjuet vil ta deg rundt 30-45 min. Vi tar lydopptak og notater fra intervjuet.

**Det er frivillig å delta**

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

**Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

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

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

Ingen vil kunne gjenkjenne deg i den skriftlige teksten.

**Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når bacheloroppgaven er godkjent, noe som etter planen er 6. juni 2020.

## Dine rettigheter

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

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

## Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskulen på Vestlandet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

## Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Bachelorstudenter:
  - Student 1
  - Student 2
- Høgskulen på Vestlandet ved prosjektansvarlig ved professor Liv Heide Magnussen, [lmag@hvl.no](mailto:lmag@hvl.no)
- Vårt personvernombud: Trine Anniken Larsen, [personvernombudet@hvl.no](mailto:personvernombudet@hvl.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.



Kandidatnummer: 330 og 350

Emnekode: BFY330

Innleveringsfrist: 19.05.20

Med vennlig hilsen

(Forsker/veileder)

Student

---

## Vedlegg 2: Samtykkeerklæring

### Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Fysioterapi og langvarige, uspesifikke muskel-og skjelettsmerter: Belyst fra tre forskjellige perspektiv*» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 3: Intervjuguide

### Intervjuguide

#### Problemstilling:

*«Hvordan forstår fysioterapeuter i ulike praksisfelt pasienter med langvarige uspesifikke muskel- og skjelettsmerter, og hvordan velger de behandlingstilnærming til den enkelte pasient?»*

#### Innledende spørsmål: utdanning og erfaring

1. Hvor lenge har du arbeidet som fysioterapeut?
2. Kan du fortelle litt om hvilken utdanning du har?
3. Hva har du mest erfaring med som fysioterapeut?
4. Hvor mange pasienter med langvarige, uspesifikke muskel-/skjelettsmerter har du ca. i løpet av en uke?
  - a. Hvordan er fordelingen mellom kvinner og menn blant disse pasientene?
    - Har du gjort deg opp noen tanker om hvorfor det er slik?
  - b. Hvor lenge behandler du slike pasienter før du henviser videre eller avslutter?

#### Informantens forståelse av pasientgruppen

5. Hvordan forstår du denne pasientgruppen?
6. Hvordan forstår du fenomenet “uspesifikke smerter”?
7. Hva er dine erfaringer med hvordan pasientene ser på sin egen helsesituasjon?
8. Hva opplever du er pasientenes forventninger til fysioterapi og behandling?

### Informantenes tilnærming til pasientgruppen

9. Hvordan vil du beskrive tilnærmingen din til denne pasientgruppen?
  - a. Hvordan skiller det seg fra møte med pasienter med akutte smerter?
  - b. Har du samme tilnærming til kvinner og menn i denne pasientgruppen?
10. Hva legger du vekt på når du skal velge tiltak til disse pasientene?
11. Følger du en mal?
  - a. Hvis ja: hva da?
  - b. Hvis nei: hvorfor ikke?
12. Hvilke tiltak erfarer du som viktigst for denne pasientgruppen?
  - a. Hva har hatt effekt?
  - b. Hva har ikke fungert?
13. Er det i hovedsak forskning eller erfaring som har betydning for dine valg?
  - a. Hva tenker du om forholdet mellom forskning og erfaringsbasert kunnskap når det gjelder konkrete behandlingssituasjoner?
14. Hvor mye vektlegger du samtale i behandlingen av disse pasientene?
  - a. Hva dreier samtalene seg om?
  - b. Hvordan snakker dere om smerte?
15. Bruker du undervisning i pasientbehandlingen?
  - a. Hvis ja: hva legger du vekt på i undervisningen?

### Avslutningsvis

16. Da vil jeg høre med min medstudent om hun har noe hun vil spørre om?
17. Hvilke råd vil du gi til to nyutdannede fysioterapeuter før møte med denne pasientgruppen?
18. Er det noe du ville ha spurt om som vi ikke har tenkt på?
19. Har du en sluttkommentar?

## Vedlegg 4: Transkripsjon 1

Se eget dokument.

## Vedlegg 5: Transkripsjon 2

Se eget dokument.

## Vedlegg 6: Transkripsjon 3

Se eget dokument.