



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BFY330-O-2021-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	07-05-2021 09:00	<b>Termin:</b>	2021 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	14-05-2021 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 BFY330 1 O 2021 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	324
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7984
----------------------	------

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

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	17
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	351

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

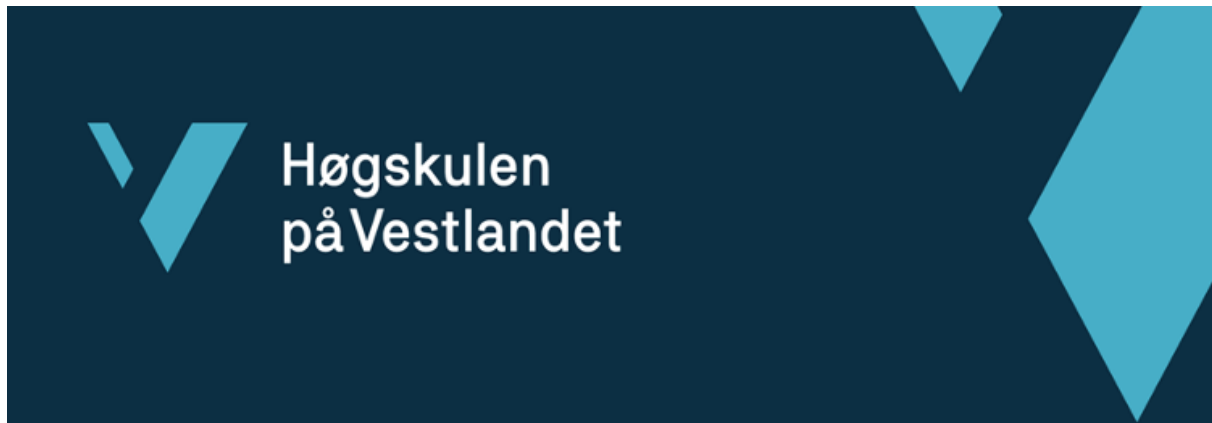
Ja

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**

“Langvarige, uspesifikke muskel og skjelettsmerter - et folkehelseproblem”

- Motivasjon til livsstilsendring

"Long-term, nonspecific musculoskeletal pain - a public health problem"

- Motivation for lifestyle change

**Kandidatnummer: 324 og 351**

Bachelorprogram i fysioterapi

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse og funksjon

Innleveringsdato: 14.05.21

Antall ord: 7984

*Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.*

## Forord

Arbeidet med bacheloroppgaven har vært en svært lærerik prosess hvor vi har lagt ned mye arbeid og engasjement. Vi har lært mye av informantene vi har intervjuet, veileder og litteraturen vi har benyttet oss av. I tillegg har vi lært mye av hverandres idéer, innspill og refleksjoner. Vi håper læringsutbyttet vi har fått gjennom arbeidet med denne oppgaven kan gi oss positivt utbytte i vår fremtidige hverdag som fysioterapeuter.

Arbeidsprosessen og oppgaven vår ble også til en viss grad preget av covid-19-pandemien.

Vi vil takke informantene som satte av tid til å delta i prosjektet vårt, samt medstudenter som stilte opp på pilotintervju. En spesiell takk går til vår veileder for god hjelp gjennom hele prosessen til tross for en vanskelig og uforutsigbar tid. Til slutt vil vi også vise takknemlighet overfor hverandre for et bemerkelsesverdig samarbeid.

Bergen, 14 mai 2021.

## Sammendrag

**Tittel:** “Langvarige, uspesifikke muskel og skjelettsmerter - et folkehelseproblem” -  
Motivasjon til livsstilsendring.

**Problemstilling:** “Hvilke erfaringer har ulike fysioterapeuter med å motivere kvinnelige pasienter med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettsmerter til livsstilsendring, og hvilke refleksjoner gjør de rundt dette arbeidet?”.

**Metode:** Kvalitativ metode ble benyttet i form av semistrukturerte intervju med individuelle deltakere. Vi intervjuet en fysioterapeut med spesiell kompetanse innenfor kvinnehelse, en fysioterapeut fra spesialisthelsetjenesten, en psykomotorisk fysioterapeut og en manuellterapeut. Intervjuene ble transkribert og analysert med systematisk tekstkondensering.

**Resultat:** Resultatene våre viser at det er stor overensstemmelse informantene imellom, og overens med teori. Motivasjon for fysioterapi er individuell hos kvinnelige pasienter med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettsmerter, og behandlingen må derfor tilpasses hver enkelt pasient. Sentrale faktorer som kan påvirke pasientens motivasjon til livsstilsendring er ifølge informantene en god pasient-terapeut-relasjon med et godt samarbeid i utforming av mål og forventninger, tiltak som fremmer glede og mestring, og som er realistiske og gjennomførbare. Andre faktorer informantene trekker frem som er betydningsfulle for å fremme motivasjon er målbare tester og pasientens aktive deltakelse i behandlingen. Når pasienten ser synlige resultater av behandlingen, oppleves fysioterapien som meningsfull og motivasjonsfremmende.

**Konklusjon:** Det er tydelig at det er mange faktorer som spiller inn på motivasjonen hos denne pasientgruppen, og det finnes derfor ingen felles fasit for hvordan motivasjon fremmes og vedlikeholdes. Det er viktig å tilpasse behandlingen individuelt, der en tar utgangspunkt i hver enkel pasient og deres behov. Siden motivasjon har betydning for utførelse av enhver handling, vil det alltid stå sentralt i arbeidet med mennesker. Individuell tilpasning av fysioterapibehandlingen og tiltak som fremmer motivasjon, blir derfor trukket frem som avgjørende for motivasjonen.

## Abstract

**Title:** "Long-term, nonspecific musculoskeletal pain - a public health problem" - Motivation for lifestyle change.

**Research question:** "What experiences do different physiotherapists have with motivating female patients with long-term, nonspecific musculoskeletal pain to make lifestyle changes and which reflections do they make about this work?".

**Method:** Qualitative method was used in the form of a semi-structured interview with individual participants. We interviewed a physiotherapist with special expertise in women's health, a physiotherapist from the specialist health service, a psychomotor physiotherapist and a manual therapist. The interviews were transcribed and analyzed with systematic text condensation.

**Results:** Our results show that there is a great agreement between the informants, and in accordance with theory. Motivation for physiotherapy is individual in female patients with long-term, nonspecific musculoskeletal pain, and the treatment must therefore be adapted to each individual patient. According to the informants, key factors that can influence the patient's motivation for lifestyle change is a good patient-therapist relationship with good cooperation in formulating goals and expectations, measures that promote joy and mastery, and which are realistic and feasible. Other factors that the informants point out as important for promoting motivation are measurable tests and the patient's active participation in the treatment. When the patient sees visible results of the treatment, the physiotherapy is perceived as meaningful and motivating.

**Conclusion:** It is clear that there are many factors that play a role in the motivation of this patient group, there is therefore no common conclusion for how motivation is promoted and maintained. It is important to adapt the treatment individually, based on each individual patient and their needs. Since motivation is important for performing any action, it will always be central in the work with people. Individual adaptation of physiotherapy treatment and measures that promote motivation are therefore highlighted as crucial for motivation.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>8</b>
<b>1.1 Bakgrunn for valg av tema</b> .....	<b>8</b>
<b>1.2 Hensikt med oppgaven og problemstilling</b> .....	<b>9</b>
<b>1.3 Oppgavens oppbygning</b> .....	<b>9</b>
<b>2.0 Teori</b> .....	<b>9</b>
<b>2.1 Motivasjon</b> .....	<b>9</b>
2.1.1 Selvbestemmelsesteorien .....	10
2.1.2 Kontrollplassering .....	10
2.1.3 Mestringsforventning .....	10
<b>2.2 Smerte</b> .....	<b>11</b>
2.2.1 Kjønnsperspektivet ved langvarig, uspesifikk smerte .....	11
2.2.2 En biopsykososial forståelsesmodell for langvarig smerte .....	11
<b>2.3 Fysioterapeuters fagutøvelse og arbeidsmåte</b> .....	<b>12</b>
2.3.1 Pasient- terapeut- relasjon .....	12
2.3.2 Fysioterapeutisk undersøkelse og behandling .....	13
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>14</b>
<b>3.1 Kvalitativ metode</b> .....	<b>14</b>
<b>3.2 Valg av informanter</b> .....	<b>15</b>
<b>3.3 Utarbeiding av intervjuguide og forberedelse til intervju</b> .....	<b>15</b>
<b>3.4 Gjennomføring av intervju</b> .....	<b>16</b>
<b>3.5 Bearbeiding av data</b> .....	<b>16</b>
3.5.1 Transkribering .....	16
3.5.2 Analyse .....	16
<b>3.6 Etiske aspekter</b> .....	<b>17</b>
<b>3.7 Forforståelse</b> .....	<b>18</b>
<b>3.8 Diskusjon av metode</b> .....	<b>18</b>
3.8.1 Valg av metode .....	18

3.8.2 Valg av informanter .....	19
3.8.3 Forberedelse og gjennomføring av intervju .....	19
3.8.4 Bearbeiding av data .....	19
<b>4.0 Resultat .....</b>	<b>20</b>
<b>4.1 Presentasjon av informantene .....</b>	<b>20</b>
<b>4.2 Forståelse av uspesifikk smerte.....</b>	<b>21</b>
4.2.1 Biopsykososialt perspektiv på langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettsmerter	21
<b>4.3 Forståelse av pasientgruppen .....</b>	<b>22</b>
4.3.1 Den usynlige pasienten.....	22
4.3.2 Den oppsøkende kvinnen .....	22
<b>4.4 Fysioterapiprosessen .....</b>	<b>23</b>
4.4.1 Pasient-terapeut- relasjon .....	23
4.4.2 Klinisk undersøkelse .....	23
4.4.3 Prinsipper for behandling .....	24
4.4.4 Etterlevelse av behandlingsråd.....	24
<b>4.5 Den motiverte pasient .....</b>	<b>25</b>
<b>5.0 Diskusjon .....</b>	<b>26</b>
<b>5.1 Kvinner i møte med helsevesenet og dagliglivet .....</b>	<b>26</b>
<b>5.2 Sentrale faktorer som kan påvirke pasientens motivasjon .....</b>	<b>27</b>
5.2.1 En søkende pasientgruppe .....	27
5.2.2 Grunnleggende prinsipper i fysioterapiprosessen .....	28
<b>6.0 Konklusjon.....</b>	<b>30</b>
<b>7.0 Referanseliste.....</b>	<b>32</b>
<b>Vedlegg 1: Forespørsel om deltakelse i bachelorprosjekt.....</b>	<b>36</b>
<b>Vedlegg 2: Samtykkeerklæring .....</b>	<b>40</b>
<b>Vedlegg 3: Intervjuguide.....</b>	<b>41</b>
<b>Vedlegg 4: Transkripsjon 1.....</b>	<b>43</b>
<b>Vedlegg 5: Transkripsjon 2.....</b>	<b>43</b>
<b>Vedlegg 6: Transkripsjon 3.....</b>	<b>43</b>



***Vedlegg 7: Transkripsjon 4*..... 43**

## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Muskel- og skjelettplager er svært utbredt i befolkningen og har stor betydning for folkehelse og livskvalitet (Lærum et al., 2014 s. 9). Vel 75 % av alle voksne i Norge opplever smerter eller plager fra muskel- og skjelettsystemet i en eller annen form i løpet av en måned (Lærum et al., 2014 s. 12). Muskel- og skjelettsmerter er en fellesbetegnelse på smerter, ubehag eller nedsatt funksjon i knokler, ledd, muskler, sener eller nerver (Aagestad et al., 2015, s. 125). Muskel- og skjelettsmerter er ofte uspesifikk, og sammenhengen mellom symptomer og objektive funn ved undersøkelse er svak (Folkehelseinstituttet, 2018). Slike smerter kan også utvikle seg til å bli langvarige (Lærum et al., 2014 s. 14). Langvarig smerte er definert som vedvarende eller stadig tilbakevendende smerter med varighet på tre måneder eller mer (Treede, 2015). Kvinner rapporterer gjennomgående mer smerte enn menn, og disse forskjellene gjenspeiles også i uførestatistikken, der mer enn dobbelt så mange kvinner som menn har muskel- og skjelettsmerter som hoveddiagnose (Folkehelseinstituttet, 2018).

Muskel- og skjelettsmerter er beregnet til å være den diagnosegruppen som plager flest og koster mest for samfunnet (Folkehelseinstituttet, 2018). Ifølge en rapport fra Muskel og Skjelett Tiåret, skyldes 46 % av sykefravær og 33 % av uførepensjon muskel- og skjelettplager, og i 2009 var kostnadene knyttet til muskel- og skjelettapparatet på hele 14,3 milliarder kroner (Lærum et al., 2014 s. 9). De økonomiske konsekvensene av sykefravær og uførepensjon knyttet til muskel- og skjelettapparatet er en stor samfunnsøkonomisk belastning, noe som gjør det til et aktuelt tema i dagens samfunn.

Ved langvarig smerte kreves det vanligvis mer egeninnsats enn det som er praktisk mulig under behandlingstiden hos fysioterapeuten for å bli kvitt eller redusere smertene. Fysioterapeuten gir råd om trening og aktivitet, som har vist seg å være svært viktig for et vellykket behandlingsresultat. Likevel, er det mange pasienter som ikke etterlever behandlingsrådene, noe som belyser viktigheten av at fysioterapeuter tar i bruk effektive motivasjonsstrategier (Rhodes & Fiala, 2009, s. 424). Vi ser på motivasjon som en viktig del av fysioterapi og en sentral faktor i all behandling. Vi har begge kjent på utilstrekkelighet i møte med denne pasientgruppen i praksis.

## 1.2 Hensikt med oppgaven og problemstilling

Gjennom arbeidsprosessen med denne oppgaven ønsker vi å bli bedre rustet til å møte pasienter med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettsmerter. For å få et bredere innsyn i temaet, ønsker vi å lære av faglig dyktige og erfarne fysioterapeuter. Vi ønsker å vektlegge likheter og ulikheter på hvordan de forskjellige informantene arbeider med denne pasientgruppen. På bakgrunn av dette har vi kommet frem til problemstillingen:

“Hvilke erfaringer har ulike fysioterapeuter med å motivere kvinnelige pasienter med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettsmerter til livsstilsendring, og hvilke refleksjoner gjør de rundt dette arbeidet?”

## 1.3 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er delt inn i syv kapitler. I kapittel 2 presenterer vi teori som er relevant for oppgavens problemstilling. I kapittel 3 redegjør vi for valg av kvalitativ metode og hvilke avveininger vi har gjort i de ulike fasene. I kapittel 4 blir resultatene fra intervjuene presentert i fire hovedkategorier med tilhørende undertemaer. I kapittel 5 diskuterer vi problemstillingen, før vi avslutningsvis presenterer en konklusjon i kapittel 6.

## 2.0 Teori

Teorien er kategorisert i tre hovedtema; motivasjon, smerte, fysioterapeuters fagutøvelse og arbeidsmåte. Hovedkategoriene er videre strukturer i undertemaer. De teoretiske temaene er blitt valgt på grunnlag av resultatene fra intervjuene, samtidig som de er med på å avgrense og ramme inn oppgaven.

### 2.1 Motivasjon

Ifølge Manger (2016, s. 9) kan motivasjon beskrives som en tilstand der ulike krefter påvirker individet og resulterer i et handlingsmønster. Indre motivasjon viser til at handlingen som utføres er en følge av at oppgaven i seg selv er interessant og som kan gi mestring og glede (Manger & Wormnes, 2015, s. 174). Ytre motivasjon stammer fra ytre påvirkninger og har primært rot fra forhold som ligger utenfor aktiviteten, som forhåpninger om belønninger eller posisjoner og forfremmelse i arbeidslivet (Manger & Wormnes, 2015, s. 28).

### 2.1.1 Selvbestemmelsesteorien

Ifølge Manger & Wormnes (2015, s. 174) har Edward L. Deci og Richard Ryan utviklet en teori om menneskelig motivasjon som legger vekt på at medfødte behov styrer motivasjonen. De beskriver mennesket som en grunnleggende aktiv, selvbestemmende organisme som har behov for autonomi, kompetanse og tilhørighet til andre mennesker. Autonomi handler om å oppleve seg selv som kilden til egne beslutninger og egen atferd (Manger & Wormnes, 2015, s. 178). Behovet for kompetanse blir beskrevet som en opplevelse av å mestre omgivelser, en søken etter utfordringer og en følelse av å gradvis beherske disse utfordringene (Manger & Wormnes, 2015, s. 176). Tilhørighet handler om et behov for å samhandle med andre mennesker, etablere emosjonell tilknytning med noen, og et inderlig ønske om å bry seg om andre mennesker eller at andre bryr seg om deg (Manger & Wormnes, 2015, s. 181-183). Når behovene for kompetanse, autonomi og tilhørighet ikke blir tilfredsstillt, kan dette medføre frustrasjon, stress, angst og noen ganger sykdom. Aktiviteter eller oppgaver som påvirker individets oppfatning av kompetanse eller autonomi, vil også kunne påvirke deres indre motivasjon (Manger & Wormnes, 2015, s. 173- 178).

### 2.1.2 Kontrollplassering

Begrepet kontrollplassering viser til i hvilken grad mennesker opplever at de kan kontrollere det som skjer med dem. Vi kan skille mellom indre og ytre kontrollplassering. Mennesker med høy indre kontrollplassering opplever at det som skjer med dem, skyldes egne handlinger, eksempelvis gode evner, god innsats eller riktig strategi. Dersom mennesket opplever at det gode resultatet skyldes ytre faktorer, noe utenfor seg selv, tilskrives resultatet til et ytre forhold og en ytre kontrollplassering. Hvordan vi årsaksforklarer det som skjer med oss, kan få innflytelse på fremtidig motivasjon (Manger & Wormnes, 2015, s. 95-101).

### 2.1.3 Mestringsforventning

Begrepet mestringsforventning handler om hvordan lærte forventninger om å mestre oppgaver fører til suksess. For å oppnå suksess er det avgjørende at den som lærer, har tro på at de kan utføre handlinger med den kunnskapen og ferdighetene de har. Personer med høy forventning om å mestre de oppgavene de står ovenfor, arbeider hardere, er mer utholdende og presterer bedre. Mestringsforventning påvirker motivasjonen, og personer med høy

mestringsforventning er mer villige til å gjennomføre nødvendige endringer for å bli frisk (Manger & Wormnes, 2015, s. 132- 135).

## 2.2 Smerte

International Association for the Study of Pain [IASP] (2017) definerer smerte som følge: *“En ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som slik skade”*. IASP sier videre at smerte alltid er en subjektiv opplevelse som er påvirket til ulik grad av biologiske, psykologiske og sosiale faktorer, samt individuelle erfaringer individet lærer gjennom livet.

Mennesker som danner seg en grunnleggende antakelse om at deres smerter ikke kommer til å bedres har en signifikant dårligere prognose for funksjons- og arbeidsevne enn de som tror det motsatte (Aagestad et al., 2018). Det er vist at katastrofetanker, personlig forestilling, bevegelses- og smerterelatert frykt kan både forsterke og forlenge smerteopplevelsen. Det er utarbeidet en “fear-avoidance”-modell som prøver å fange opp de kognitive dimensjonene og forklare hvordan disse kombinert med atferdsendring kan føre til langvarig smerte og funksjonsnedsettelse (Østerås, 2012, s.25-26).

### 2.2.1 Kjønnsperspektivet ved langvarig, uspesifikk smerte

Langvarig smerte er mest utbredt blant kvinner. Kjønnforskjellene er moderate når det gjelder smerte generelt, men de er betydelig større når smertene er utbredt flere steder i kroppen (Rødland, 2018, s. 19). Smerter terapeuten ikke finner noen forklaring på, betegnes ofte som subjektive eller uforklarlige. Langvarige smerter i muskel- og skjelettapparatet, fibromyalgi og kronisk utmattelsessyndrom er eksempler på dette. Slike subjektive og uforklarlige sykdomsbegrep gis oftere til kvinner enn menn (Ose et al., 2014, s. 44-45). Hofstad (2010) hevder at kvinner opplever mer smerter enn menn, men de sliter med å forklare det. Kjønnforskjeller er et svært komplekst felt der både biologiske, psykologiske og sosiale forskjeller kan spille inn (Ose et al., 2014, s. 45).

### 2.2.2 En biopsykososial forståelsesmodell for langvarig smerte

En kan benytte en biopsykososial forståelsesmodell for å forstå langvarig smerte. Modellen baserer seg på samspillet mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer for å forklare

smertene og funksjonsnedsettelsen som følger (Leeuw et al., 2007, s. 77). Innenfor helsefagene kan modellen knyttes opp mot en helhetlig tilnærming av det syke mennesket. Modellen blir ofte brukt som et alternativ til den biomedisinske modellen, som fokuserer på diagnosen og symptomene til mennesket - det som er sykt, unormalt eller avviker fra normen. Den biomedisinske modellen belyser ikke vesentlige sosiale og psykologiske aspekt, noe som har resultert i at den biopsykososiale modellen har vunnet innpass i det medisinske fagfeltet. Et biopsykososialt perspektiv legger vekt på at pasientens plager, symptomer og funksjonssvikt ikke bare er et resultat av kroppslige endringer, men også av den enkeltes personlighet, helseatferd, relasjoner til andre og livssituasjon. På denne måten har den vært med å bane vei for ulike tverrfaglige tilnærminger, hvor fysioterapeuter har en sentral rolle (Ahlsens, 2014).

## 2.3 Fysioterapeuters fagutøvelse og arbeidsmåte

Fysioterapeuter er autorisert helsepersonell og har et selvstendig vurderings- og behandlingsansvar i pasientsituasjoner (Norsk Fysioterapeutforbund [NFF], 2015). Kropp, bevegelse og funksjon er fysioterapeutens kunnskapsfelt. Fagutøvelsen sitt teoretiske grunnlag er forankret i naturvitenskapelig, samfunnsvitenskapelig og humanistisk kunnskap. En kan forstå kroppslige smerter i lys av hendelser og opplevelser gjennom livsløpet, nåværende situasjon, samt sosiale og kulturelle forhold. Denne forståelsen kan danne grunnlaget for vurdering av hvordan sykdom og smerter i bevegelsesapparatet kan oppstå, behandles og forebygges (NFF, 2015).

### 2.3.1 Pasient- terapeut- relasjon

Pasient-terapeut-relasjonen er viktig for at pasientens opplevelse hos fysioterapeuten skal bli en god erfaring (Norsk forening for kognitiv terapi, 2019). Thornquist (2009, s. 24) omtaler rolle- og relasjonsaspektet som hvordan den enkelte ser seg selv i relasjon til andre i en situasjon. Aspektet handler om hva vi sier, og hvordan vi forholder oss til andre. Mange pasienter med langvarig smerte føler seg verken sett, forstått eller kanskje ikke trodd i møte med helsevesenet (Høstmark, 2021b). Thornquist (2009, s. 30) hevder at ethvert forhold mellom pasient og terapeut er en asymmetrisk relasjon basert på ulikhet i makt og myndighet. Pasienten trenger hjelp, mens terapeuten har den etterspurte kompetansen. Vi ønsker å snakke med dem, og er ivrig etter å hjelpe, mens pasienten på sin side ikke nødvendigvis verken

stoler på oss, eller ønsker å prate med oss (Norsk forening for kognitiv terapi, 2019). Det vil derfor kunne ta tid å bygge opp en funksjonell og god relasjon.

### 2.3.2 Fysioterapeutisk undersøkelse og behandling

Den fysioterapeutiske undersøkelsen består av to hovedelementer: anamnese og klinisk undersøkelse. Undersøkelsen er en samhandlingssituasjon mellom fysioterapeut og pasient for å innhente informasjon om pasientens ressurser og begrensninger (NFF, 2015). Kliniske funn fra anamnese og undersøkelsen må sammenholdes og sammenfattes i en konklusjon, som videre danner grunnlaget for behandling (Thornquist, 2012, s. 155).

#### **Anamnese**

Anamnesen er en viktig del av en konsultasjon hos en fysioterapeut. Anamnesen gir holdepunkter for å forstå mest mulig av pasientens livssituasjon, forstå utvikling og forløp av sykdom, samt vesentlig informasjon med tanke på realistisk forventning om behandlingsresultat (Thornquist, 2012, s.103). Ved å ta seg god tid til første møte med pasienten, tid til å få frem konkrete opplysninger, vurderinger og opplevelser, vil en få et godt utgangspunkt for behandling og samarbeid (Thornquist, 2012, s. 99).

#### **Klinisk undersøkelse**

Klinisk undersøkelse forteller noe om pasientens kliniske tilstand og funksjonsnivå (Thornquist, 2012, s. 312). Den kliniske undersøkelsen inneholder en detaljert bevegelsesanalyse av funksjon, spesielle undersøkelser og tester, samt pasientens funksjonsproblemer og livssituasjon (NFF, 2015). For å få et fullstendig bilde av et menneskes belastnings- og spenningsforhold må vi observere kroppen i forskjellige stillinger og i funksjon (Thornquist, 2012, s. 103). Generelle funksjoner omfatter sammensatte bevegelser som vi utfører til daglig, slik som av- og påkledning, gange og trappegang (Thornquist, 2012, s. 119). Gjennom analyse av sammensatte daglige bevegelser vil vi kunne få viktig informasjon om hvordan kroppen belastes og brukes (Thornquist, 2012, s. 118). Spesifikke undersøkelser blir gjennomført på grunnlag av hvordan pasienten utfører de generelle funksjonene. Observasjon av bevegelsesmønster gir oss vesentlig grunnlag for en videre undersøkelse både når det gjelder valg av tester og utførelse av disse (Thornquist, 2012, s. 119).

## **Behandling**

Med utgangspunkt i kliniske tegn er det ønskelig å redusere symptomer i øyeblikket, samtidig som en arbeider for å nå langsiktige mål (Thornquist, 2012, s. 313). En samlet vurdering av pasientens uttalelser, kliniske funn og pasientens totalsituasjon er utgangspunktet for valg og tilpasning av behandlingen. Et viktig mål i behandlingen er å fremme endringsprosessen som kan bidra til smertelindring og funksjonsforbedring, der pasientens aktive deltakelse er sentralt (NFF, 2015).

### **Anbefalte tiltak for pasienter med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettsmerter**

Pasienter med langvarige, uspesifikke smerter er ofte preget av stress og bekymringer, og da kan det være naturlig å jobbe med avspenning og teknikker for stressmestring (Høstmark, 2021b). Bruk av mestringsstrategier som legger vekt på pasientens egen innsats, aktivitet og evne til å opprettholde funksjonene sine er viktig (Bell et al., 2004, s. 26). Pasientens forståelse av egen situasjon, utnytte egne ressurser og fungere bedre i hverdagen er viktige mål i en behandling (Bell et al., 2004, s. 25).

Tiltak som fysisk aktivitet, psykologiske tilnærminger og avspenning blir trukket frem som gode anbefalinger. Generell aktivitet, veiledet trening, kognitive tilnærminger og motiverende intervju er noen sentrale elementer i anbefalingene (Helsedirektoratet, 2016). Ifølge Aktivitetshåndboken er regelmessig og kontinuerlig fysisk aktivitet et viktig tiltak for personer med langvarige smerter. Fysisk aktivitet kan ha en smertelindrende effekt, bidra til økt prestasjonsevne, bedre humør og nattesøvn, samt redusere stressnivået (Börjesson et al., 2009, s 582).

## **3.0 Metode**

I dette kapittelet gjør vi rede for valg av metode, samt strategier benyttet for datainnhenting og dataanalyse.

### **3.1 Kvalitativ metode**

Vi har valgt å anvende kvalitativ metode fordi vi mener det er den forskningsmetoden som er mest relevant for å svare på problemstillingen (Malterud, 2011, s. 29). Kvalitativ metode



brukes for å undersøke og beskrive menneskers opplevelser, erfaring og tanker, som er formålet med oppgaven (Malterud, 2011, s. 27). Kvalitativ metode representerer en felles strategi for kunnskapsutvikling, som er forankret i det fortolkende paradigmet med røtter fra blant annet hermeneutisk filosofi (Malterud, 2018, s. 35).

Vi har benyttet oss av semistrukturerte intervjuer med individuelle deltakere. Hensikten med denne typen intervju er at alle informantene får samme hovedspørsmål, noe som gjør at de blir behandlet likt, samtidig som intervjuet til en viss grad formes ut fra informantenes svar. På denne måten gir en deltagerne tid og rom til å hente frem erfaringer og overveielser som krever trygghet og ettertanke for å deles (Malterud, 2018, s. 133). For å oppnå et rikt beskrivende datamateriale, har en et relativt lite utvalg deltakere i kvalitativ forskning (Helsebiblioteket, 2016).

### 3.2 Valg av informanter

Vi ønsket å intervju ulike fysioterapeuter med lang erfaring innen langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettsmerter, for å få fram variasjonsbredde i resultatene våre. Dette gir mulighet for å beskrive ett og samme fenomen fra flere aspekt (Malterud, 2017, s. 59). For å få innblikk i ulike erfaringer fra feltet tenkte vi at det ville være interessant å intervju fysioterapeuter fra ulike arbeidsplasser. Vi startet med å finne kandidater ved å søke på hjemmesidene til ulike institusjoner i den aktuelle kommunen. Deretter fant vi kontaktinformasjonen til ønskelige kandidater og sendte et informasjonsskriv med forespørsel om deltakelse (vedlegg 1) på mail. Til slutt fikk vi rekruttert fire informanter til oppgaven; en manuellterapeut, en psykomotoriker, en fysioterapeut med spesiell kompetanse innenfor kvinnehelse, og en fysioterapeut fra spesialisthelsetjenesten.

### 3.3 Utarbeiding av intervjuguide og forberedelse til intervju

Før gjennomføring av intervjuene, utarbeidet vi en intervjuguide med spørsmål til hjelp for å holde oss innenfor temaet (Malterud 2018, s. 133). Vi valgte å gjennomføre et pilotintervju av medstudenter for å avdekke eventuelle svakheter ved intervjuguiden, samt sørge for at det tekniske utstyret virket. Den ferdige intervjuguiden ble revidert sammen med veileder, og inneholder hovedspørsmål og oppfølgingsspørsmål. Vi bestemte oss for at begge skulle delta med spørsmål i intervjuet og fordelte derfor intervjuguiden mellom oss. Vi gjennomførte

halve intervjuet hver og avtalte på forhånd at den som observerte ikke skulle bryte inn underveis. Det ble satt av tid på slutten til supplerende oppklarings- og oppfølgingsspørsmål.

### 3.4 Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble gjennomført som videosamtale på PC og tok mellom 30-60 minutter. De ble gjennomført i uke 7, og samme intervjuguide ble brukt i alle fire intervjuene. Intervjuene ble gjennomført i rolige omgivelser og samtalen var avslappet med god stemning. Vi tok lydopptak av intervjuene på mobiltelefon i flymodus, som gav oss muligheten til å konsentrere oss om hva informanten sa. På denne måten kunne vi også forsikre oss at vi fanget opp samtalens språklige elementer slik som pauser, nøling og latter (Malterud, 2018, s. 73). For å sikre anonymitet valgte vi å begynne lydopptaket etter informanten hadde presentert seg selv. Under intervjuene fokuserte vi på å unngå avbrytelser slik at informantene fikk snakke fritt, og å fremstå interessert ved å gi bekræftende nikk.

### 3.5 Bearbeiding av data

#### 3.5.1 Transkribering

Transkripsjonen av lydopptakene ble gjennomført i etterkant av intervjuene. Vi ferdigstilte hver transkripsjon før neste intervju ble gjennomført. Ved å selv være den som transkriberer intervjuene får forskeren en mulighet til å bli kjent med materialet fra en ny side (Malterud, 2018, s. 80). Vi transkriberte intervjuene ordrett, for å ivareta det opprinnelige materialet i størst mulig grad. Vi oppdaget etter hvert at setninger som høres presise ut muntlig, ikke nødvendigvis gjorde det i skriftlig form. Vi valgte derfor å bearbeide teksten til en mer leservennlig versjon, der vi fjernet gjentakelser og ord som “hm” eller “mhm”, uten å fjerne innhold med mening. Vi transkriberte alle intervjuene på bokmål og anonymiserte informasjon som kunne gjenkjenne informantene.

#### 3.5.2 Analyse

I arbeidet med analyseringen av materialet valgte vi å benytte oss av en tverrgående analyse av teksten etter Malterud (2018, s.97) sin metode for systematisk tekstkondensering.

Tverrgående analyse er egnet dersom vi ønsker å fortolke og sammenfatte informasjon fra

flere forskjellige informanter (Malterud, 2018, s. 93). Systematisk tekstkondensering er strukturert i fire bolker (Malterud, 2018, s. 98).

Vi begynte med å lese gjennom transkripsjonene for å danne oss et helhetsinntrykk og identifisere gjennomgående temaer. Vi startet med å analysere transkripsjonene hver for oss, med hensikten i å skape et analytisk rom med flere nyanser (Malterud, 2018, s. 100). Deretter diskuterte vi våre tanker og ble enig om temaer som i størst mulig grad skulle belyse problemstillingen. Videre identifiserte vi meningsbærende enheter, som vil si at vi valgte ut tekst som førte med seg meninger og kunnskap om temaene vi valgte ut i første omgang (Malterud, 2018, s. 100-101). I denne delen ble materialet fra intervjuene gjennomgått grundig og systematisk. I det neste steget i analysen ble de meningsbærende enhetene systematisert i ulike undertemaer i form av subgrupper, før de ble sammenfattet til en sammenhengende tekst, kalt et kondensat (Malterud, 2018, s. 105- 107). Kondensatet skal bære med seg det konkrete innholdet fra de enkelte meningsbærende enhetene ved å omsette dem til en mer generell form (Malterud, 2018, s. 107). For hvert kondensat valgte vi ut et passende “gullsitat” som best mulig illustrerte de ulike funnene vi ønsket å få frem (Malterud, 2018, s. 108). I den siste delen av analysen ble kondensatene sammenfattet for å lage en analytisk tekst for hver subgruppe. Den analytiske teksten skal formidle fellestrekk med variasjoner fra alle informantene, og det er disse tekstene som legger grunnlaget for oppgavens resultat (Malterud, 2018, s. 109).

Malterud (2017, s. 77) sier: *“All forskning bygger på fortolkning av representasjoner av de forholdene som vi ønsker å studere”*. Resultatene som er presentert i oppgaven, er våre fortolkninger av det informantene sa. Misforståelser kan derfor forekomme.

### 3.6 Etske aspekter

Et viktig etisk aspekt ved bruk av kvalitativ metode er å ivareta informantens taushetsplikt og opprettholde anonymitet. Taushetsplikten blir overholdt ved å følge retningslinjer for forskningsprosjekter utarbeidet av HVL, i tillegg til å få godkjenning fra Norsk Senter for Forskningsdata. På denne måten fikk informantene kjennskap til deres rett til personvern, rett til å trekke seg fra prosjektet og oppbevaring av datamateriale. Vi opererte videre med samtykkeskjema (vedlegg 2) som alle informantene skrev under på. For å sikre anonymitet, ble gjenkjennelige opplysninger både i datamaterialet og transkripsjonen anonymisert.

Lyddopptak av intervjuene ble slettet umiddelbart etter transkribering og var kun tilgjengelig for oss to studenter og veileder.

### 3.7 Forforståelse

Forståelse er et sentralt begrep i vitenskapsfilosofien og begrepet blir særlig omtalt innenfor hermeneutikk (Sletnes, 2019). Hermeneutikk omhandler spørsmål tilknyttet forståelse og fortolkning, som kan hjelpe oss med å forstå hvordan vi forstår og hvordan vi gir verden mening (Thornquist, 2018, s. 167). Forforståelse er den ryggsekken vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet, før prosjektet starter. Innholdet i denne sekken påvirker måten vi samler, leser og tolker våre data på gjennom hele prosessen. Forforståelsen baserer seg på erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og den teoretiske referanserammen (Malterud, 2018, s. 44-45).

Ut fra vårt møte med denne pasientgruppen i praksis har vi opplevd at pasientens smerter er både sammensatte og komplekse. Vår erfaring er at mange pasienter er lite motivert til livsstilsendring fordi de har hatt smerter i lang tid, som ikke blir regnet som en spesifikk diagnose. Vi tror dette kan føre til at pasienten føler på en håpløshet og lite tro på egen bedring. Derfor mener vi det er viktig med en fysioterapeut som tar seg tid til å lytte, vise forståelse og samarbeider med pasienten mot et felles mål. Forforståelse er metodisk viktig da den kan påvirke verdien av dataen vi får ut av intervjuet (Dalland, 2012, s. 168). Samtidig er det viktig at forforståelsen ikke overdøver budskapet fra det empiriske materialet, som er en vanlig fallgrube ifølge Malterud (2018, s. 45).

### 3.8 Diskusjon av metode

I metodediskusjonen drøfter vi styrker og svakheter ved valgene våre i innsamling og analyse av datamaterialet.

#### 3.8.1 Valg av metode

Hensikten med oppgaven er å få et innblikk i informantene sine erfaringer og refleksjoner, og derfor ble kvalitativ forskningsmetode benyttet (Malterud, 2011, s. 55). Vi kunne gjennomført intervjuene i en fokusgruppe, men valgte semistrukturerte intervjuer fordi vi ønsket å gi deltakerne tid og rom til å dele sine individuelle erfaringer.

### 3.8.2 Valg av informanter

Formålet med et strategisk utvalg av informanter er å fremme variasjonsbredde i resultatene. Variasjonsbredden ble mindre enn forventet fordi informantene ofte delte samme grunntanke. Resultatene viste stort sett overensstemmelse med teoretisk og empirisk litteratur. Denne overensstemmelsen øker sannsynligheten for at funnene kan være gjeldende i andre sammenhenger der pasienter med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettsmerter oppsøker fysioterapi. Vi tar i betraktning at vi kun har fått kjennskap til fire informanters erfaringer og refleksjoner grunnet tidsrammen og oppgavens omfang. Ifølge Malterud (2011, s. 59) øker ikke overførbarheten proporsjonalt med antall informanter. Likevel, anser vi det sannsynlig at ytterligere datainnsamling kunne tilført mer kunnskap til oppgaven.

### 3.8.3 Forberedelse og gjennomføring av intervju

Ved utarbeidelse av intervjuguiden valgte vi å formulere åpne spørsmål for å innhente informasjon om informantenes erfaringer og refleksjoner rundt problemstillingen. Den samme intervjuguiden ble benyttet i alle fire intervjuene. Ifølge Malterud (2018, s. 133-134) er det viktig å ikke bli for bundet av intervjuguiden når formålet er å få vite noe en ikke visste fra før. I begynnelsen var det lett å fokusere for mye på rekkefølgen av spørsmålene. Etter hvert som vi fikk mer erfaring med å intervju, ble det lettere å løsrive seg fra intervjuguiden, som resulterte i en mer flytende og naturlig samtale. Grunnet Covid-19 ble intervjuene gjennomført som videosamtale, noe som gjorde det vanskeligere for oss å observere kroppsspråket og gestikulering hos informantene. Vi tror likevel ikke at dette har påvirket meningsinnholdet i stor grad.

### 3.8.4 Bearbeiding av data

Innholdet i intervjuene ble transkribert ord-for-ord, noe som viste seg å være svært tidkrevende. Når transkripsjonene var ferdig, valgte vi å gjøre materialet mer leservennlig ved å fjerne gjentakelser og småord, uten å miste meningsinnholdet. Likevel vurderer vi at en ord-for-ord transkripsjon gjorde at vi fikk en unik nærhet til materialet. Ved å transkribere hver for oss, sikret vi at begge fikk denne nærheten. I noen tilfeller gjorde bakgrunnsstøy eller dårlig internettforbindelse det utfordrende å høre hva informanten sa på lydopptaket. I disse tilfellene sammenlignet vi transkripsjonene, og kom frem til en felles forståelse. Likevel ser vi

på dette som en svakhet i oppgaven, og er innforstått med at dette kan ha påvirket meningsinnholdet i noe grad.

I arbeidet med analysen, ser vi at det har vært en fordel å være to for bearbeiding av materialet. Dette kan sees på som en styrke, da en sammen med en annen forsker kan få øye på detaljer en ikke ville sett alene (Malterud, 2018, s. 100). Vi fulgte Malterud (2018, s. 111) sine anbefalinger om å gjennomføre trinnvis analyse underveis i datainnsamlingen. På denne måten fikk vi skjerpet oppgavens fokus og problemstilling. Under bearbeiding av datamaterialet oppdaget vi at informantene ikke alltid svarte på det vi ønsket svar på. Lite tydelig og konkret spørsmålsformulering kan være årsaken til dette. Vår manglende erfaring og kunnskap kan ha påvirket svarene fra informantene. Vi erfarer likevel at kvaliteten på spørsmålene og dermed innsamlet materialet ble bedre jo mer vi intervjuet. Vår vurdering er at vi sitter igjen med mye relevant informasjon som hjelper oss å svare på problemstillingen.

## 4.0 Resultat

Vi har valgt å presentere resultatene fra de fire intervjuene under de 4 hovedtemaene som fremkom i analysen. Hovedkategoriene er: forståelse av uspesifikk smerte, forståelse av pasientgruppen, fysioterapiprosessen og den motiverte pasient. Hovedkategoriene er videre strukturer i undertemaer.

### 4.1 Presentasjon av informantene

**Informant 1:** Kvinnelig fysioterapeut med spesiell kompetanse innenfor kvinnehelse. Arbeidet i over 40 år i privat praksis. Har lang erfaring med langvarige muskel- og skjelettsmerter.

**Informant 2:** Kvinnelig fysioterapeut i spesialisthelsetjenesten. 10 års erfaring med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettsmerter, samt kurs i motiverende intervju.

**Informant 3:** Kvinnelig fysioterapeut med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi, samt videreutdanning i kognitiv terapi og motiverende intervju. Arbeidet som fysioterapeut i over 40 år og har mye erfaring med muskel- og skjelettsmerter.

**Informant 4:** Mannlig fysioterapeut i privat praksis med videreutdanning i manuellterapi. Jobbet som fysioterapeut i snart 30 år og har lang erfaring med muskel- og skjelettsmerter.

## 4.2 Forståelse av uspesifikk smerte

*“...jo mer du undersøker, jo mer kan du si om det du undersøker ... Og da er det plutselig ikke uspesifikt lengre ...”.*

Flere av informantene forstår uspesifikk smerte som fravær fra biomedisinske funn og som ikke kan bli knyttet opp mot en spesifikk diagnose. Informant 4 mener at vi som fysioterapeuter ikke kan nøye oss med å kalle noe “uspesifikt”. Ifølge informant 3 er uspesifikk smerte et medisinsk begrep. Hun mener at ved hjelp av en grundig undersøkelse, så kan vi som fysioterapeuter finne det spesifikke hos den enkelte pasienten. Dette gir grunnlaget til å stille en funksjonsdiagnose, som resulterer i at begrepet uspesifikk bortfaller.

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

*“Jeg forstår smertene som et sammensatt bilde som kan være forårsaket av stress over lang tid, psykologiske aspekter, emosjonelle belastninger som til slutt setter seg i kroppen og kan resultere i spenninger og smerter”.*

Alle informantene forstår årsakene til langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettsmerter som multifaktorielle. Det er flere faktorer som er med på å vedlikeholde og generere opplevelsen av smerter, som blant annet for høye belastninger både psykisk og fysisk. Her nevnes psykologiske og sosiale aspekt, eksempelvis høye krav i hverdagen, både fra omgivelsene og individet selv. En slik påkjenning kan gi utslag i kroppen i form av økt stress, spenninger og smerter. Ifølge informant 4 er det derfor viktig å sette pasientens smerter inn i en biopsykososial modell og gjøre vurdering av funksjon på flere plan. Ofte kan det være enklere å fortelle om den vonde ryggen, enn de psykososiale forholdene.

## 4.3 Forståelse av pasientgruppen

### 4.3.1 Den usynlige pasienten

*“... de opplever at de har et forklaringsproblem fordi de har noen plager som ikke blir ansett som en diagnose ...”*

En felles erfaring blant informantene er at pasientene har gått lenge med smertene uten å få adekvat hjelp. De fleste har gjerne gått til behandling tidligere uten ønsket effekt. Dersom en blir gående for lenge uten en konkret tiltaksplan, er det mange som faller inn i et negativt spor, mener informant 4. *“Det er jo ikke en lidelse som gir status i helsevesenet, det er ikke her det settes inn masse midler”* forklarer informant 3. Mange pasienter blir ikke tatt alvorlig nok fordi de ikke har en spesifikk diagnose. En konsekvens av dette kan være at pasienten føler seg motløs.

### 4.3.2 Den oppsøkende kvinnen

*“Det er absolutt et overtall med kvinner ...”.*

Alle informantene er enig i at kvinner utgjør den største delen av pasientgruppen. Informant 4 poengterer at det ikke nødvendigvis betyr at kvinner har mer plager enn menn, men han tror at kvinner er flinkere til å oppsøke hjelp. Han opplever at menn er mer tilbakeholden med å dele hvordan de faktisk har det, mens kvinner er mer verbal og beskriver situasjonen sin på en mer utfyllende måte. Ifølge informant 3 er arbeidsmarkedet en av årsakene til at det er flere kvinner enn menn med utbredte muskelsmerter. Mange kvinner har tungt arbeid, eksempelvis med renhold og på alders- og sykehjem. Hun legger til at menn har mer muskelmasse, som resulterer i at kroppen deres er sterkere og tåler mer belastning. Informant 1 mener at menn også er flinkere til å ta pauser når de er sliten, noe hun mener kvinner ikke er like flink til. Likevel, er det enighet om at en må ta i betraktning at alle mennesker er ulike og har en individuell smerteopplevelse.



## 4.4 Fysioterapiprosessen

### 4.4.1 Pasient-terapeut- relasjon

*“Jeg er mer en rådgiver enn en instruktør i den sammenheng”.*

Alle informantene understreker viktigheten av å vise forståelse overfor denne pasientgruppen og ta deres smerter på alvor. Det legges vekt på å skape en god allianse med pasienten der pasienten er delaktig i egen rehabilitering. For å skape en god pasient-terapeut-relasjon er det sentralt at pasienten føler seg sett og hørt, la pasienten fortelle sin egen historie og sette ord på ting selv. Det er viktig at vi som terapeuter ikke stiller forutinntatt og ikke blir farget av det som står i pasientjournalen. *“Dette kan legge litt føringer for å skape en god allianse som igjen gir grunnlag for å motivere pasienten til livsstilsendringer”*, forteller informant 4.

### 4.4.2 Klinisk undersøkelse

*“Jeg bruker bestandig god tid på disse pasientene”.*

Det er enighet blant informantene om viktigheten av en grundig anamnese. Dette kan gi verdifull informasjon om totalsituasjonen deres. Her benytter flere av informantene seg av ulike former for screening-skjemaer, som kartlegger pasientens livsstil og gir informasjon om hvordan pasienten har det på jobb, hjemme og med seg selv. Både informant 2 og 3 forteller også at de ønsker å gå i dybden på tidligere behandling, hvordan pasienten har blitt møtt tidligere og hvordan det har virket inn på pasienten.

Global Fysioterapeutisk Muskelundersøkelse [GFM] blir benyttet av flere av informantene, der blant annet pasientens kroppslige fleksibilitet, avspenningsevne og tenderpoints blir testet. Ved å ta i bruk disse testene vil en kunne få et godt overblikk og noe konkret en kan formidle til pasienten, forteller informant 4. Målbare resultater som kan retestes, kan være en god innfallsvinkel for å skape motivasjon for pasienten. *“... dette gir ofte en stor motivasjon, det med feedback og kunne si at det skjer faktisk noe her”*, sier informant 3. Flere av informantene understreker videre viktigheten av å observere pasientens respirasjon. *“... det er sjelden du ser at de står med helt fri pust og er helt avslappet”* erfarer informant 1.

#### 4.4.3 Prinsipper for behandling

*“Det er viktig å prøve å spille litt på lag med pasienten, slik at det blir en mulighet for at tiltakene blir gjennomført og holder seg litt over tid”.*

Et fellestrekk for behandlingen er individuell tilpasning ut ifra funksjonsnivå og problemstilling. Informant 2 og 4 benytter seg av kondisjonstrening i nesten all behandling av denne pasientgruppen. Ifølge informant 4 er dette gunstig for smertelindring, bedre søvnkvalitet, og andre gunstige helseeffekter. For at tiltakene skal fungere i det lange løp, er det sentralt at pasienten er delaktig i egen behandlingsplan, bidrar til valg av tiltak og at treningen er fengende for pasienten. Informant 1 og 2 benytter seg av avspenningsøvelser, som er viktig for å få et bedre pustemønster og klare å slappe av, spesielt i en hverdag preget av mange stressfaktorer. Informant 2 fokuserer på pasientens funksjon gjennom hverdagen, der pasienten må være bevisst på sine livsstilsendringer. Hun arbeider med pasientens kognitive og kroppslige plager, både individuelt og i grupper. I gruppebasert behandling får pasientene møte andre mennesker med samme plager, som kan føre til at de føler seg mindre alene og får støtte. Informant 1 ønsker at pasienten skal bli kjent med kroppens bevegelighet og pust, og erfarer at tiltaket bidrar til at pasientene føler seg bedre.

#### 4.4.4 Etterlevelse av behandlingsråd

*“Det er jo veldig hjelp til selvhjelp. Vi kan komme med gode råd og veiledning og gi innspill på ting de skal endre på, men det er jo de som må gjøre jobben”.*

Alle informantene har samme grunntanke om at pasientens evne til å se sammenhenger ut ifra en biopsykososial modell, og forståelsen for at de selv kan bidra til å redusere smertene sine, er vesentlig for en effektiv behandling. Å få pasienten til å forstå at deres egeninnsats er det som avgjør hele forløpet, kan være svært utfordrende, mener informant 3. Dersom pasienten har forståelse for hva som kan virke vedlikeholdene på plagene, er det lettere å diskutere åpent med pasienten om hvilke tiltak som kan benyttes. På denne måten blir det en refleksiv prosess rundt det å lage en plan for pasienten, der pasienten er en aktiv deltaker, forklarer informant 4. *“Jeg har jo hatt pasienter som nesten ikke har gjort noe, men så har de med en gang skjont at her må jeg gjøre sånn og sånn, da går det glatt og det skjer masse på kort tid”*, forteller informant 3. Mange pasienter får en aha-opplevelse når de forstår at dette er noe de kan gjøre noe med, erfarer informant 1.

Informant 2 forteller at mange pasienter klarer å gjøre mange gode endringer når de får veiledning, støtte og oppfølging. Likevel, er det pasienter som faller tilbake til gammelt mønster fordi smertene er redusert, noe som medfører at de glemmer å fortsette å følge behandlingsrådene. For å skape gode endringer som er varer over lenger tid er det sentralt at behandlingsrådene legges på riktig nivå og er gjennomførbare i pasientens hverdag. Informant 4 erfarer at prosentandelen som gjennomfører behandlingsråd er dårligere dersom det blir gitt for mange, tidkrevende øvelser. Han gir derfor aldri mer enn 4 øvelser til pasientene. *“Jeg gjør det ganske tidlig klart at visst jeg gir noen øvelser eller ting de skal gjøre hjemme, så forventer jeg også at de gjør det. Da opplever jeg nok at de fleste tar seg sammen”*.

## 4.5 Den motiverte pasient

*“... du må prøve å finne ut hvor pasienten har sine sterke sider, og dette kan være løsningen til å finne motivasjonen til å gå i gang med et behandlingsforløp”*.

Informantene har til felles at de tar i bruk målbare resultater som et verktøy for å skape motivasjon gjennom behandlingsforløpet. Retesting kan motivere pasienten fordi de kan se fremgang og forandring selv om de fortsatt har smerter. Flere av informantene benytter seg også av motiverende intervju som et effektivt redskap for å skape vilje til endring, motivasjon og mestring. *“Det er på en måte å skape en endring som gir et håp om at ting kan bli bedre”*, sier informant 3.

Informant 4 erfarer at en god innfallsvinkel for å skape motivasjon er å få pasienten til å føle seg godt ivaretatt i forhold til å få en god samtale og en god undersøkelse. Informant 2 tilføyer at det er viktig at behandlingen er målrettet og at pasienten selv er med på å definere noen av målene. Dette kan bidra til at målene blir mer realistiske og gjennomførbare. Det kan være verdifullt å inkludere både kortsiktige- og langsiktige mål i behandlingsplanen. *“Med kortsiktige mål kan du hake av underveis og kjenne at det skjer en fremgang, fordi dette er jo ting som tar tid. Så jeg tror det kan gi motivasjon visst de har noen delmål som de oppnår underveis”*.

Informant 3 har fokus på å fremme kroppslige ressurser og det som fungerer, fremfor det som ikke fungerer. *“... det å kjenne at denne kroppen faktisk er brukbar til noe, det er viktig”*, sier informant 1. Ved å fokusere på pasientens sterke sider, kan de bli mer bevisst på det som er

positivt og meningsfylt i hverdagen. Denne pasientgruppen har ofte et dårlig kosthold og får for lite frisk luft og bevegelse, legger hun til. Hun tror det kan være verdifullt for dem å gjøre aktiviteter som kan skape glede og mestring. Dette kan bidra til økt motivasjon i hverdagen.

## 5.0 Diskusjon

I dette kapittelet vil vi drøfte sentrale funn fra resultatene i lys av problemstillingen, samt belyse hvorvidt forståelsen vår stemmer overens med innsikten vi fått gjennom arbeidet med denne oppgaven. Vi har valgt å fokusere på fellestrekk mellom informantenes erfaringer og refleksjoner, og knyttet dette opp mot aktuell teori.

### 5.1 Kvinner i møte med helsevesenet og dagliglivet

Informantene er enig i at kvinner utgjør hovedandelen av denne pasientgruppen. Likevel, har de ulik forståelse til årsaksforklaringene. Informant 4 har en tanke om at kvinner er flinkere til å oppsøke helsehjelp. Denne tanken gjenspeiler seg i litteraturen, som sier at kvinner oppsøker helsehjelp oftere enn menn, samtidig er de mer bevisst på å ta vare på egen helse (Kvittingen, 2018). Vi kan tenke oss til at menn oftere bagatelliserer plagene sine og tenker at det vil gå over av seg selv, mens kvinner gjerne ønsker å få avkreftet at det er noe alvorlig. Ifølge informant 3 er arbeidsmarkedet en av årsakene til at det er flere kvinner enn menn med langvarige smerter. Denne forståelsen blir bekreftet av Kvittingen (2018) som hevder at plagene til mange kvinner er knyttet opp mot belastningsforhold på jobb, hjemme eller med seg selv. Vi antyder at biologiske forhold er en medvirkende faktor for at kvinner er mer utsatt for belastningsskader i arbeidssammenheng. Menn er gjerne bedre rustet til tungt arbeid fordi de har en annen kroppsbygning og dermed også andre forutsetninger enn kvinner.

Informantene har en grunntanke om at hovedandelen av pasientene er yrkesaktive kvinner. Ifølge litteraturen, opplever mødre med tenåringsbarn oftere dårlig helse, stressfaktorer på jobb og bekymringer på hjemmebane, enn det fedre gjør. Stress, søvnvansker, fysisk og psykisk helse er faktorer som påvirker kvinner i høyere grad enn menn (Kvittingen, 2018).

Det er tydelig at det er kvinner som dominerer denne pasientgruppen. Likevel, er det meste av kjønnsforskjellene ukjent og årsaksforholdene for sammensatt (Kvittingen, 2018). Skillet

mellom kjønnene er ikke så klart som en gjerne vil tro. Jakten på enkelte hypoteser blir ofte preget av synsing, og det er ingen enkel forklaring på problemstillingen (Ose et al., 2014, s. 3).

## 5.2 Sentrale faktorer som kan påvirke pasientens motivasjon

Vår forforståelse og erfaring fra praksis tilsa at mange pasienter ikke er motiverte til livsstilsendring, der mangel på etterlevelse av behandlingsråd er en utfordring innen fysioterapi. Gjennom arbeidet med oppgaven har vi tilegnet oss ny kunnskap, som tilsier at en stor andel av pasientene er motiverte. Rhodes & Fiala (2009, s. 435) skriver at to tredjedeler av pasienter følger behandlingsopplegg fra fysioterapeuten. Informantene opplever at god veiledning og støtte gjør det enklere for pasienten å gjennomføre nødvendige livsstilsendringer. Likevel, er det en andel av pasientene som ikke er motiverte for endring. Den resterende andelen av pasientene som ikke følger behandlingsopplegg kan antas å være høyere enn ønskelig. Det er derfor interessant å utforske hvordan informantene motiverer denne gruppen.

### 5.2.1 En søkende pasientgruppe

Høstmark (2021b) skriver at noen pasienter blir kasteballer mellom ulike helseprofesjoner eller ulike nivåer. Enkelte ender som budbringere for sin egen sak mellom de ulike behandlerne. Dette bygger opp under informanters opplevelser av at mange pasienter med langvarige smerter av uspesifikk karakter, har gått til behandling tidligere uten ønsket effekt. Dette kan medføre at enkelte blir gående lenge i helsevesenet uten adekvat hjelp fordi smertene ikke blir ansett som en diagnose. Høstmark (2021b) skriver at mange pasienter savner følelsen av å bli sett og hørt i møte med helsevesenet.

Vår umiddelbare tanke er at helsevesenet finner denne pasientgruppen utfordrende fordi smertene ikke har en konkret diagnose med en konkret tiltaksplan. Dette kan medføre at behandlingen blir prøvd ut tilfeldig, som kan gjøre det vanskelig å oppnå varig effekt. Som følge av dette kan behandleren velge å avslutte behandlingen eller henvide videre. På bakgrunn av dette kan pasienten føle at smertene ikke blir tatt på alvor, som kan ha negativ innvirkning på pasients motivasjon. At smertene oppfattes som uforklarte, betyr nødvendigvis ikke at de er uforklarlige. En kan tenke seg at begrepet kan ha en negativ betydning overfor

pasientene fordi de kan føle seg marginalisert og avvist. Kanskje en bør unngå å bruke begrepet og heller fokusere på enkelte funn, som en kan videreformidle til pasienten for å ha noe konkret å forholde seg til.

## 5.2.2 Grunnleggende prinsipper i fysioterapiprosessen

### **Pasient-terapeut relasjonen**

Informantene understreker viktigheten av å skape en god relasjon med pasienten, som kan være avgjørende for et vellykket behandlingsforløp. Et godt samarbeid der pasienten er delaktig i utforming av egen rehabiliteringsplan er ifølge informantene essensielt for pasientens motivasjon, blant annet fordi pasientene kan føle at de blir tatt på alvor. Dette kan styrke pasientens følelse av autonomi, som videre kan påvirke den indre motivasjonen (Manger & Wormnes, 2015, s. 178). Ifølge Thornquist (2009, s. 125), kan fysioterapeutens rolle i samarbeidet påvirke pasientens motivasjon ved å enten understøtte eller undergrave pasientens mestringsevne og tro på seg selv. Pasienter som har tro på seg selv og har høy mestring forventning er mer villig til å gjennomføre nødvendige endringer for å bli frisk (Manger & Wormnes, 2015, s. 132- 135). Vi tenker at en god pasient-terapeut relasjon som er preget av tillit, samarbeid og forståelse, kan bidra til at pasienten får økt motivasjon til livsstilsendring.

### **Klinisk undersøkelse**

Ifølge Thornquist (2012, s. 99), er det viktig å bruke god tid på første møte med pasienten, samtidig som det er sentralt å være åpen og lyttende, både for ord og nonverbal kommunikasjon. Åpne spørsmål der pasienten fortelle sin egen historie, tenker vi er viktig for at pasienten skal føle seg sett og hørt. Ved å vektlegge åpne spørsmål, unngår en å legge ord i munnen på pasienten. Samtidig kan en sikre tilstrekkelig informasjon om pasientens totalsituasjon, som er sentralt for å kunne hjelpe pasienten.

Informantene er enige om at det er multifaktorielle årsaker til uspesifikk smerte, der en persons helse kan belyses i et skjæringspunkt av biologiske, psykologiske og sosiale domener. Stubhaug (2005) sier at for å hjelpe mennesker med langvarige og sammensatte smerter er det ofte nødvendig å skape en helhetsforståelse av smertetilstanden i et biopsykososialt perspektiv. Mange pasienter med langvarige smerter opplever ofte stress og bekymringer, som kan resultere i muskelspenninger og smerter i kroppen (Høstmark, 2021a). Informantene

har en formening om at slike faktorer kan være med på å vedlikeholde og generere opplevelsen av smerter. Ifølge Malterud (2010) kan nyere teori og empiri gjøre at vi forstår sykdomsmekanismene mer og dermed gi bedre helsehjelp.

Alice Kvåle (2004) hevder at en begrenset utredning av langvarige smerter, kan føre til et begrenset behandlingsopplegg. GFM-tester er et pålitelig og nyttig redskap, som kan bedre forståelsen av hvordan langvarige muskel- og skjelettsmerter virker inn på kroppen. Standardisert testing av kroppslig fleksibilitet og avspenningsevne er to elementer som inngår i en GFM, som samtlige informanter benytter seg av. På den ene siden, kan mangelen på ønskede resultater og lite målbar fremgang, ha en negativ innvirkning på motivasjonen. På den andre siden vil bruken av slike tester gi noe konkret og målbart en kan reteste, som kan være en god innfallsvinkel for å skape motivasjon.

### **Behandling**

Informantene er tydelig på at det ikke finnes fasitsvar på hvilke tiltak som fungerer best for denne pasientgruppen. Ifølge Høstmark (2021b) er det individuelt hva enhver pasient har behov for, og det er derfor ingen fasitsvar på valg av behandling. Likevel, er det to tiltak informantene inkluderer i behandlingen; avspenningsøvelser og kondisjonstrening. Ifølge informant 2, er avspenningsøvelser viktig for å forbedre pustemønsteret og klare å slappe av i en hverdag preget av stressfaktorer. Dette underbygges av Høstmark (2021b), som skriver at avspenning og teknikker for stressmestring er et naturlig tiltak for denne pasientgruppen. Informant 4 benytter seg av kondisjonstrening. Ifølge Aktivitetshåndboken kan kondisjonstrening bidra til forbedret prognose, samt reduksjon av smerter. Fysisk aktivitet har også andre effekter enn de rent smertelindrende; det påvirker sinnsstemningen positivt, øker aktivitetsnivået og den funksjonelle kapasiteten, og forsterker selvbildet (Börjesson et al., 2009, s. 586). For at en skal oppnå de gunstige helsegevinstene ved fysisk aktivitet, er det vesentlig at aktiviteten blir individuelt tilrettelagt. Ved å ta hensyn til nåværende funksjonsnivå og kapasitet, kan en unngå at aktivitet blir for krevende å gjennomføre i det lange løp. Vår umiddelbare tanke er at det ikke lønner seg å gå for hardt ut når en skal legge om livsstilen. Målet bør være endringer med varig effekt.

### **Endringsprosessen**

Et viktig mål i behandlingen er å fremme endringsprosessen som kan bidra til smertelindring og funksjonsforbedring (NFF, 2015). Ifølge informant 1 er det viktig at pasientene gjør

aktiviteter som er lystbetonte og som de mestrer. Fokus på pasientens ønsker og interesser ved valg av behandlingstiltak kan skape indre motivasjon, fordi pasienten opplever glede rundt aktiviteten (Manger & Wormnes, 2015, s. 28). Samtlige informanter understreker viktigheten av at behandlingsmålene er realistiske og gjennomførbare. Ifølge Bandura (1995, referert i Manger & Wormnes, 2015, s. 130) er oppnåelige mål nyttig for å fremme mestringsforventning. Troen på egne ferdigheter er en viktig person økende faktor, som videre kan fremme en indre kontrollplassering. Å bygge opp under indre kontrollplassering, kan være nyttig for å motivere pasienter til livsstilsendring (Manger & Wormnes, 2015, s. 97).

## 6.0 Konklusjon

Hensikten med oppgaven er å få innblikk i fysioterapeuters erfaringer med å motivere kvinnelige pasienter med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettsmerter til livsstilsendring, og hvilke refleksjoner de gjør rundt dette arbeidet. Vår forforståelse tilsa at kvinner dominerer denne pasientgruppen, noe arbeidet med denne oppgaven bekreftet. Likevel, er det ikke entydige svar på årsakene til kjønnsforskjellene og mange av svarene er basert på syensing.

Resultatene viser at det er stor overensstemmelse informantene imellom, og overens med teori. På grunnlag av at vi kun har intervjuet fire informanter, kan vi ikke si noe om resultatene våre er representative for alle fysioterapeuter. Å generalisere resultater er heller ikke hensikten med en kvalitativ metode. Vi føler allikevel at vi har klart å få et variert materiale og kommet frem til en rekke sentrale faktorer som kan påvirke pasientens motivasjon til livsstilsendring. Livsstilsendring er en langvarig prosess, som krever en egeninnsats. Fysioterapeuten kan bidra til å legge føringer som kan hjelpe pasienten i riktig retning ved å ta i bruk effektive motivasjonsstrategier. Det bør foreligge en god pasient-terapeut-relasjon med et godt samarbeid i utforming av mål og forventninger. I tillegg bør en fokusere på tiltak som fremmer glede og mestring, og som er realistiske og gjennomførbare. Underveis i behandlingsforløpet kan målbare tester virke som et motivasjonsfremmende behandlingsverktøy. Pasientens aktive deltagelse i behandlingen er sentral og utgjør en stor del av grunnlaget for å oppnå varig effekt av behandlingen.



Det er tydelig at det er mange faktorer som spiller inn på motivasjonen hos denne pasientgruppen. Det finnes derfor ingen felles fasit for hvordan motivasjon fremmes og vedlikeholdes. Det er viktig å tilpasse behandlingen individuelt med utgangspunkt i hver enkelt pasient og deres behov. Siden motivasjon har betydning for utførelse av enhver handling, vil det alltid stå sentralt i arbeidet med mennesker. Gjennom arbeidet med denne oppgaven har vi tilegnet oss økt kunnskap på området. Den brede problemstillingen har gitt oss et innblikk i kompleksiteten rundt temaet motivasjon til livsstilsendring. Vi har også lært hvor sammensatt pasientgruppen med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettsmerter er. Informantene har bidratt med erfaringer og refleksjoner som vi anser som overførbare til vår fremtidige fysioterapeutiske hverdag. I møte med denne pasientgruppen vil vi ta oss god tid til å kartlegge ulike aspekt av pasientens liv og fokusere på en trygg og tillitsfull relasjon. Den tilegnede kunnskapen har vært bidragsytende i måten forståelsen vår har utviklet seg gjennom arbeidsprosessen og ført til mer nysgjerrighet på området.

## 7.0 Referanseliste

Aagestad, C., Gravseth, H. M., Johannessen, H. A., Tynes, T., Løvseth, E. K., & Aasnæss, S. (2015). *Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2018 - status og utviklingstrekk*. (1502-0932).

<https://stami.no/content/uploads/2018/06/Faktaboka-2018.pdf>

Ahlsen, B. (2014, 17. November). Veier til ny innsikt eller reproduksjon av kjønnsesifikke myter? Biopsykososiale perspektiver på kroniske smerter. *Fysioterapeuten*.

<https://fysioterapeuten.no/veier-til-ny-innsikt-eller-reproduksjon-av-kjønnsesifikke-myter-biopsykososiale-perspektiver-pa-kroniske-smerter/123018>

Bell, R., Christensen, T., Heie, R., Gudim, H., Haaland, A., Henrichsen, T., Jahnsen, J., Jørum, E., Kvikstad, A., Staff, P., Stubhaug, B. & Mellin-Olsen, J. (2004). Retningslinjer for smertebehandling i Norge. *Legehandboka*.

<https://nevrologi.legehandboka.no/imagevault/publishedmedia/eqny6pop4xvcut9557ai/6273-2-retningslinjer-for-smertebehandling-i-norge.pdf>

Börjesson, M., Mannerkorpi, K., Knardahl, S., Karlsson, J. & Mannheimer, C. (2009). Smerter. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken* (s. 582-601). Oslo: Helsedirektoratet.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Folkehelseinstituttet. (2018, 16. April). Langvarig smerte.

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

Helsebiblioteket. (2016, 07. Juni). Kvalitativ metode.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/kvalitativ-metode>

Helsedirektoratet. (2016, 15. Januar). Hvis det er behov for strukturert behandling av langvarig smerte, er ikke-medikamentelle tiltak den korrekte behandlingen for de aller fleste, eventuelt i kombinasjon med ikke-opioidholdige legemidler.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/opioider/for-oppstart-av-opioidbehandling/alternativer-til-opioider/hvis-det-er-behov-for-strukturert-behandling-av->

langvarig-smerte-er-ikke-medikamentelle-tiltak-den-korrekte-behandlingen-for-de-aller-fleste-eventuelt-i-kombinasjon-med-ikke-opioidholdige-legemidler

Hofstad, E. (2010, 04. Februar). *Hvorfor har hun mer vondt enn ham?*

<https://sykepleien.no/2010/02/hvorfor-har-hun-mer-vondt-enn-ham>

Høstmark, C. (2021a, 08. Februar). *Smertesignaler kan forsterkes og svekkes.*

<https://fysioterapeuten.no/fysioterapeut-fysioterapeuter-fysioterapi/smertesignaler-kan-forsterkes-og-svekkes/130803>

Høstmark, C. (2021b, 08. Februar). *Langvarige smerter: Valider pasienten og jobb mestringsbasert.*

<https://fysioterapeuten.no/fysioterapeut-fysioterapeuter-fysioterapi/langvarige-smerter--valider-pasienten-og-jobb-mestringsbasert/130794>

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

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

Kvittingen, I. (2018, 06. Juni). *Hvorfor har kvinner mye høyere sykefravær enn menn?*

<https://forskning.no/arbeid-helse-kjonn-og-samfunn/hvorfor-har-kvinner-mye-hoyere-sykefravaer-enn-menn/263187>

Kvåle, A. (2004). Kroppsundersøkelse ved muskel- og skjelettsmerter. *Tidsskriftet for den norske legeforening*. 124:57-8.

<https://tidsskriftet.no/2004/01/doktoravhandling/kroppsundersokelse-ved-muskel-og-skjelettsmerter>

Leeuw, M., Goossens, M., Linton, S., Crombez, G., Boersma, K. & Vlaeyen, J. (2007). The Fear- Avoidance Model of Musculoskeletal Pain: Current State of Scientific Evidence. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(1), s. 77-94. doi:10.1007/s10865-006-9085-0.

Lærum, E., Brage, S., Ihlebæk, C., Johnsen, K., Natvig, B., & Aas, E. (2014). *Et muskel- og skjelettregnskap. Forekomst og kostnader knyttet til skader, sykdommer og plager i muskel- og skjelettsystemet.* (MST-rapport 1/2013).

<https://fysio.no/Forbundsfor siden/Aktuelt/Nyheter/Muskel-og-skjelett-koster-70-milliarder-aarlig>

Malterud, K. (2010). Kroniske muskelsmerter kan forklares på mange måter. *Tidsskriftet for den norske legeforening*, 130:2356.

<https://tidsskriftet.no/2010/12/oversiktsartikkel/kroniske-muskelsmerter-kan-forklares-pa-mange-mater>

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

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

Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.

Manger, T. & Wormnes, B. (2015). *Motivasjon og mestring: utvikling av egne og andres ressurser*. Fagbokforlaget.

Manger, T. (2016). *Dette vet vi om motivasjon, tro på seg selv og ros*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Norsk forening for kognitiv terapi. (2019, 25. November). Den terapeutiske relasjon- en forutsetning.

<https://www.kognitiv.no/den-terapeutiske-relasjon-en-forutsetning/>

Norsk Fysioterapeutforbund. (2015, 12. Januar). Hva er fysioterapi? - utdypet.

<https://fysio.no/Hva-er-fysioterapi/Hva-er-fysioterapi-utdypet>

Ose, S., Jiang, L. & Bungum, B. (2014). *Det kjønnsdelte arbeidsmarkedet og kvinners arbeidshelse* (SINTEF A26056).

[https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/arbeid-og-helse/a26056\\_endelig\\_rapport.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/arbeid-og-helse/a26056_endelig_rapport.pdf)

Rhodes, R. E. & Fiala, B. (2009). Building motivation and sustainability into the prescription and recommendations for physical activity and exercise therapy: The evidence. *Physiotherapy Theory and Practice*, 25(5-6), s. 424-441. doi:10.1080/09593980902835344

<https://www-tandfonline-com.galanga.hvl.no/doi/pdf/10.1080/09593980902835344?needAccess=true>

Rødland, A. (2018). *Hva vet vi om kvinners helse?* (ISBN: 978-82-12-03719-9).

[https://kjonnsforskning.no/sites/default/files/rapporter/kvinnehelserapport\\_final\\_150518\\_med\\_isbn.pdf](https://kjonnsforskning.no/sites/default/files/rapporter/kvinnehelserapport_final_150518_med_isbn.pdf)

Sletnes, K. (2019, 25.09). Forforståelse. *Store Norske Leksikon*. <https://snl.no/forståelse>

Stubhaug, B. (2005). Smerteplager og sjukdomsattferd. *Tidsskriftet for den norske legeforening*. 125:2378-9.

<https://tidsskriftet.no/2005/09/medisin-og-vitenskap/smerteplager-og-sjukdomsattferd>

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.

Treede, R. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., et al. (2015). A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*, 156(6), 1003-1007.

Østerås, B. (2012). Langvarige muskel- og skjelettsmerter: Psykologiske faktorer og kliniske implikasjoner. *Fysioterapeuten*.

<https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2621864/Osteraas.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

## Vedlegg 1: Forespørsel om deltakelse i bachelorprosjekt

Vil du delta i forskningsprosjektet:

*“Fysioterapi og motivasjon hos kvinnelige pasienter med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettsmerter - belyst fra ulike praksisfelt”*

Vi er to studenter fra fysioterapiutdanningen på Høgskolen på Vestlandet som skriver bacheloroppgave der formålet er å undersøke ulike fysioterapeuters erfaringer og refleksjoner i arbeidet med pasienter med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettsmerter. Dette er et spørsmål til deg om å delta på intervju i denne forbindelsen. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### Formål

I denne oppgaven har vi valgt å fokusere på hvordan fysioterapeuter med ulike praksisfelt motiverer kvinnelige pasienter med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettplager til egeninnsats utenfor instituttet. For at vi som fremtidige fysioterapeuter skal være i stand til å legge opp et behandlingsforløp for denne pasientgruppen, er det viktig at en har en oppdatert kunnskap på området. På bakgrunn av et høyt antall pasienter med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettplager, ønsker vi å finne ut av hvordan erfarne fysioterapeuter skaper motivasjon hos sine pasienter til økt egeninnsats utenfor instituttet. Ifølge litteraturen er flertallet av denne pasientgruppen kvinner, som er vårt hovedfokus i oppgaven. Prosjektet skal belyse fysioterapeuter fra ulike praksisfelt sine erfaringer og refleksjoner i arbeidet med denne pasientgruppen.

Prosjektets problemstilling er: *“Hvilke erfaringer og refleksjoner har fysioterapeuter i ulike praksisfelt rundt å motivere kvinnelige pasienter med langvarige uspesifikke muskel- og skjelettplager?”*

Dette prosjektet vil utgjøre bacheloroppgave i fysioterapi. Opplysningene som samles inn skal ikke brukes til andre formål enn skissert i dette prosjektet.

**Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Høgskolen på Vestlandet er ansvarlig for forskningsprosjektet.

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

Vi tar kontakt med deg i forbindelse med dette forskningsprosjektet fordi du arbeider som fysioterapeut og har erfaring innenfor pasienter med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettsmerter.

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

Dersom du velger å delta på dette forskningsprosjektet innebærer det å delta på et intervju. Det er utarbeidet et intervjuguide som omhandler spørsmål om dine erfaringer og refleksjoner om det aktuelle tema. Eksempler på noen av spørsmålene vi vil inkludere er:

Vi ønsker å gjennomføre intervjuet i uke 5 (eventuelt i uke 6). Tidspunkt og dato er vi fleksible på. Intervjuet vil ta 30-45 min, men det er ønskelig at du setter av én time. Vi ønsker å bruke Zoom for gjennomføringen av intervjuet. Dersom du ikke har anledning til å benytte deg av Zoom, vil vi være fleksible på andre metoder for å gjennomføre intervjuet. Vi tar lydopptak og notater fra intervjuet.

**Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta på dette forskningsprosjektet og en kan trekke seg når som helst i forløpet. Dersom en velger å trekke seg vil alle personopplysninger bli slettet umiddelbart. 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**

Personlig informasjon vil bli anonymisert både i transkriberingen av intervjuet, samt der informasjonen vil bli brukt i oppgaven. Arbeidsplass og annen informasjon om deg vil også anonymiseres. Videre vil vi behandle opplysningene konfidensielt og i henhold til personvern.

Lydopptak vil kun være tilgjengelig for oss to studenter, i tillegg til at opptaket vil lagres på en passordbeskyttet PC og bli 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. Til slutt, vil opplysningene som samles inn i dette intervjuet kun bli benyttet for dette formålet.

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

Opplysningene anonymiseres når bacheloroppgaven er godkjent, noe som etter planen er 6. juni 2021.

### **Dine rettigheter**

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

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

### **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 prosjektet, eller ønske å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Bachelorstudent 1: Emily Søreide, emily.sor@hotmail.com
- Bachelorstudent 2: Malene Asheim, malene.asheim@bkkfiber.no
- Høgskolen på Vestlandet ved prosjektansvarlig førsteamanuensis Mona K. Aaslund, mokra@hvl.no
- Vårt personvernombud: Trine Anniken Larsen, 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) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen,



Veileder

Studenter

---

## Vedlegg 2: Samtykkeerklæring

Jeg har lest og forstått beskrivelsen om prosjektet *“Fysioterapi og motivasjon hos kvinnelige pasienter med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettsmerter - belyst fra ulike praksisfelt”* og er kjent med hva det innebærer å være deltaker i undersøkelsen. Jeg samtykker til:

- o Å delta på intervju

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

---

(Signatur på prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 3: Intervjuguide

### Problemstilling:

*“Hvilke erfaringer og refleksjoner har fysioterapeuter i ulike praksisfelt rundt å motivere kvinnelige pasienter med langvarige uspesifikke muskel- og skjelettplager?”*

### Innledende spørsmål – utdanning og erfaring

1. Hvor lenge har du arbeidet som fysioterapeut?
2. Har du noe etter-/ videreutdanning/spesialisering? I tilfelle innenfor hvilket felt?
3. Hvor lang erfaring har du i arbeid med pasienter med muskel- og skjelettsmerter? Da spesielt kvinner?
4. Hva innebærer dine arbeidsoppgaver?

*Lyddopptaket starter her.*

### Muskel- og skjelettsmerter - generelt

1. Hvordan forstår du uspesifikke smerter?
2. Hvordan forstår du denne pasientgruppen?
  - a. Kjennetegn på pasientgruppen? Likheter/ulikheter innenfor gruppen.
3. Hva er dine erfaringer med hvordan pasientene ser på sin egen helsesituasjon?
4. Hvordan beskriver pasienten plagene sine?
  1. Er det ofte flere sammensatte plager?
5. Hvilken pasientgruppe kommer oftest til deg med disse plagene?
  1. Vi har valgt å fokusere på kvinner (grunnet litteratur og praksis). Hva er dine tanker/erfaringer rundt dette?
  2. Aldersgruppe? (bekrefte/avkrefte om flesteparten er middelaldrende kvinner)
6. Dersom det er kjønnsforskjeller, hvorfor tror du det er slik?
7. Hvorfor tror du at en så stor andel av befolkningen opplever slike plager?
8. Hva tror du kan være med på å forebygge den store forekomsten av muskel- og skjelettplager?
9. Hva opplever du er pasientenes forventninger til fysioterapi?

**Fysioterapeutens rolle og handlinger - motivasjon sentralt**

1. Kan du fortelle litt om hva du ville lagt vekt på i undersøkelsen av en pasient med muskel- og skjelettsmerter?
  - a. Både med hensyn til anamnese, generell undersøkelse og spesiell undersøkelse.
  - b. Hvordan opplever du motivasjonen til denne pasientgruppen/får du et inntrykk allerede ved første møte på om den er liten/stor? Varierende i stor grad eller stabil innenfor gruppen?
2. Vi vet at en behandling skal individuelt tilrettelegges hver enkelt pasient, men er det noen likhetstrekk i valg av behandlingstilnærming som går igjen for denne pasientgruppen?
  - a. Hva velger du å fokusere på/vektlegge i behandlingen av denne pasientgruppen? (Er det noe du alltid gjør, noe du aldri gjør, osv. - hvorfor isåfall?)
  - b. Hvordan mener du effekten av tiltaket er? Sammenlignet med andre tiltak?
  - c. Hvorfor tror du at dette tiltaket er bedre enn andre?
  - d. Hvordan opplever du motivasjonen til denne pasientgruppen gjennom et behandlingsforløp?
    - i. Økende i løpet av behandlingsforløpet, stabil eller reduseres den?
    - ii. Hvordan motiverer du denne pasientgruppen mtp egeninnsats i behandlingen (trening på egenhånd utover behandlingene)? Noen likhetstrekk som går igjen? Noe du føler bidrar spesielt til å bedre denne?
    - iii. Føler du at de fleste vil gjøre en egeninnsats eller føler du at de fleste ønsker at du skal "fikse" dem? Gjør de faktisk noe utenom behandlingen (hvordan er gjennomsnittet på dette)?

**Avsluttende spørsmål**

1. Hvilke råd vil du gi til to nyutdannede fysioterapeuter før møte med denne pasientgruppen?

## **Vedlegg 4: Transkripsjon 1**

Se eget dokument.

## **Vedlegg 5: Transkripsjon 2**

Se eget dokument.

## **Vedlegg 6: Transkripsjon 3**

Se eget dokument.

## **Vedlegg 7: Transkripsjon 4**

Se eget dokument.

## **Vedlegg 4-7**

Resterende vedlegg:

## **Innholdsfortegnelse**

<i>Vedlegg 4: Transkripsjon 1.....</i>	<i>2</i>
<i>Vedlegg 5: Transkripsjon 2.....</i>	<i>7</i>
<i>Vedlegg 6: Transkripsjon 3.....</i>	<i>16</i>
<i>Vedlegg 7: Transkripsjon 4.....</i>	<i>24</i>

## Vedlegg 4: Transkripsjon 1

Transkripsjon intervju 1: Fysioterapeut med spesiell kompetanse innenfor kvinnehelse.

Student 1: Intervjuende student

Student 2: Observerende og noterende student

Informant 2: Informanten

### Informantens forståelse av pasientgruppen

**Student 1:** «Er det slik at du arbeider mest med kvinner med tanke på at du har spesialkompetanse innenfor kvinnehelse?»

**Informant 1:** «Det er overvekt av kvinnelige pasienter hos meg, og jeg tror det også gjelder resten av instituttet.»

**Student 1:** «Hvordan forstår du uspesifikke smerter og denne pasientgruppen? «

**Informant 1:** «Såne som har mange «vondter» i kroppen, men at de ikke har en spesifikk diagnose. De har ikke leddgikt, bekkenløsning, operert eller skadet seg.»

**Student 1:** «Er det noe som kjennetegner pasientgruppen? Noen likheter innad i gruppen?»

**Informant 1:** «Det som kjennetegner dem er jo at ting er for mye for dem. At det er for mange belastninger psykisk og fysisk, også gjør det utslag i kroppen. Altså det er noe feil med balansen i kroppen tenker jeg; at man har for mye stress og bekymringer, og for lite utløp.»

**Student 1:** «Vil du si at de fleste pasientene i denne gruppen har sammensatte plager? Altså at de har smerter i flere områder?»

**Informant 1:** «Ja, absolutt. Veldig mange har jo problemer med magen samtidig.»

**Student 1:** «Problemer som urolighet og kvalme, eller?»

**Informant 1:** «Ja, og sånn irritabel tarm og oppblåsthet.»

**Student 1:** «Har du noen tanker om hvordan denne pasientgruppen ser på sin egen helsesituasjon?»

**Informant 1:** «De føler jo seg ofte litt motløs.»

**Student 1:** «Som i håpløshet, eller?»

**Informant 1:** «Ja fordi de føler at de ikke klarer så mye som de vil fordi smerten begrenser de og at de ikke klarer å henge med omgivelsene og familien grunnet begrensninger fra kroppen.»

**Student 1:** «Av disse pasientene som kommer til deg, kan du si noe om hvilken aldergruppe de fleste er i? Og er det noen kjønnsforskjeller?»

**Informant 1:** «De fleste er middelaldrende kvinner i 40-70 årene, men det er også yngre mennesker som får det. Sikkert noen på deres kull som har det.»

**Student 1:** «Ser du også menn som kommer med disse smertene?»

**Informant 1:** «Ja faktisk. Nå ser jeg for meg minst én mann som jeg nettopp har hatt, så ja, det kan det absolutt være. Jeg tenker at menn er mye flinkere til å ta pauser når de er sliten, mens kvinnene bare holder på. Holder på og surrer på. De gir ikke kroppen fred slik som menn er flinkere til å gjøre.»

«**Student 1:** «Har du noen formening om hvorfor det er så mange som opplever slike smerter og plager? Tror du at det rett og slett er som du nevne, at folk tar på seg for mye og ikke er flink nok til å ta pauser?»

**Informant 1:** «Ja. Nå kommer jeg inn på hva jeg fokuserer på; det der med å være bevisst på å fylle på med gleder i livet, sant, slik at man får en balanse i kroppen. At det ikke bare er strev, men at man blir bevisst på alt som er kjekt. De lever gjerne ikke helt godt og sunt tenker jeg. Verken med kostholdet, som gjerne ikke er bra, og for lite frisk luft og trim, som gjør at de ikke får endorfiner i kroppen.»

### Fysioterapeutens rolle og handlinger – motivasjon sentralt

**Student 1:** «Dette tar oss videre til neste tema, nå har vi jo hatt mer generelle spørsmål, men nå ønsker jeg å spørre deg litt mer om fysioterapeutens roller og handlinger, der jeg også vil trekke inn motivasjon som er en del av oppgaven vår. Så da lurer jeg på hva du legger vekt på i undersøkelsen av pasienter med muskel- og skjelettsmerter? Det vil si i anamnesen, og både generell- og spesifikk undersøkelse.»

**Informant 1:** «I anamnesen prøver jeg jo å få et inntrykk av totalsituasjonen deres. Hvis de kommer her og sier de har vondt i ryggen, så undersøker jo ikke jeg bare ryggen. Det kommer jo veldig mye fram bare i anamnesen. De forteller om totalsituasjonen sin; familiesituasjonen, er de i jobb eller ikke i jobb, at de er ute av jobb kanskje, ja alle de tingene teller jo med. Og om de har ansvar for mange eller om de er ensomme. Du får jo vite veldig mye om livet deres. Også får du jo se på helheten på undersøkelsen; på grad av anspenthet, om de puster eller om de står med skuldrene opp. Dette er jo slik som psykomotorikere arbeider mer med,



altså hvordan du står med balansen kroppen, sant, om du står i beredskap og spenner musklene dine, eller om du står avslappet og har god tyngdeplassing. Sant, det sier jo veldig mye om hvordan de møter livet.»

**Student 1:** «Vil du si at de fleste som har disse smertene står slik som du beskrev nå; at de står anspent?»

**Informant 1:** «Det behøver ikke det, de kan også stå med slapp stilling. Men det er sjelden du ser at de står med helt fri pust og er helt avslappet.»

**Student 1:** «Hva med motivasjonen til den typiske pasienten med slike smerter, klarer du å få et inntrykk av denne allerede ved første møte? Om den er varierende eller stabil innad i gruppen?»

**Informant 1:** «Nei, det syns jeg er vanskelig. Du må ha folk over tid for å bli kjent med dem. Du kan ikke klare det første gang. Du kan få et inntrykk av måten de ser på deg også kikker du liksom litt inn i livet deres på en måte ved å få litt opplysninger. Også blir vi bedre kjent etter hvert. Men jeg er jo ikke en psykomotoriker, så jeg kan ikke si «der har du den typen» og «der har du den typen», det klarer jeg ikke.»

**Student 1:** «Med tanke på motivasjonen til denne pasientgruppen, kan du si noe om hvordan du opplever den gjennom behandlingsforløpet? Hvis den f.eks. øker?»

**Informant 1:** «Jeg vil jo si at folk er forskjellige, det er jo all slags mennesker dette og, så du kan ikke si at denne gruppen har «sånn og sånn» motivasjon. Noen er kjempemotiverte for å komme ut av det og gjøre noe bedre ut av livet sitt, mens andre syns det blir altfor mye å forholde seg til at de skal endre seg. Sant, så det veldig forskjellig.»

**Student 1:** «Hva bruker du for å motivere disse pasientene?»

**Informant 1:** «Jeg prøver å forklare smerte og hvordan smerte trigger deg selv i kroppen slik at det blir en ond sirkel; det kan gå ut over humør, at du overspiser, at du plutselig blir irritabel og sånne ting hvis du går rundt med mye smerter.»

**Student 1:** «Så du prøver å forklare dem mer?»

**Informant 1:** «Ja, jeg forklarer dem smerte, hvordan smerte virker inn på kroppen og hva de kan gjøre for å komme ut av smerte, altså hva som er bra å gjøre når du går med mye smerte. F.eks. hvordan du skaper endorfiner i kroppen og gjør noe med situasjonen din ved å gjøre ting som er lystbetonte. Og ikke minst trene. Frisk luft og å komme seg opp og tenke annerledes.»

**Student 1:** «Føler du at flesteparten vil gjøre en egeninnsats?»

**Informant 1:** «Veldig mange får en aha-opplevelse når de forstår at dette virkelig er noe de kan gjøre noe med. Det er jo mange som tenker f.eks. at «jaja, jeg har jo fibromyalgi». Det er

jo en diagnose, men det betyr egentlig at de har vondt i kroppen. De hviler litt på dette og kan også si «ja, min mor har jo også dette» og på denne måten tenker de at «sånn er det bare».

**Student 1:** «De prøver på en måte å finne en årsak til at de har det sånn?»

**Informant 1:** «Ja og at sånn er det bare. Og at de selv kan gjøre noe med det har de ikke helt troen på.»

**Student 1:** «Føler du at du klarer å snu tankegangen til de som tror at de ikke kan bli bedre? Føler du at du klarer å hjelpe de til å endre på det?»

**Informant 1:** «Ja, det føler jeg i større og mindre grad. At de gjør små ting som kan gjøre livet bedre. Så dette må dere jobbe med, dette er veldig viktig å jobbe med. Det er jo derfor vi tar denne utdannelsen, for å få folk til å få et bedre liv.»

**Student 1:** «Ja, det er jo også derfor vi ønsker å skrive om dette temaet. Nå som vi har trukket motivasjon inn i behandlingsforløpet, kan du si noe om selve behandlingen? Er det noen likhetstrekk i valg av behandlingstilnærming som går igjen eller er det alltid helt individuelt?»

**Informant 1:** \*Tenker\*.

**Student 1:** «Altså er det noe du alltid har med i behandlingen av denne pasientgruppen eller noe du ofte gjør med dem?»

**Informant 1:** «Ja, det kan du si. Det jeg ofte gjør med dem er slike velvære-øvelser som yoga. Dette gjør at de kan ta ut bevegelse av kroppen, samtidig som de har pusten med seg.»

**Student 1:** «Avspenningsøvelser?»

**Informant 1:** «Ja, avspennende øvelser. Og at de blir kjent med kroppen sin. Liksom kjent med bevegeligheten, at de har pusten med seg og klarer å ta ut bevegelsen. Det går igjen på alle og jeg gjør det på alle uansett.»

**Student 1:** «Og hvordan mener du effekten av dette tiltaket er?»

**Informant 1:** «De får kjenne på velvære.»

**Student 1:** «Ja, men føler du at det er bra for dem på en slik måte at du ser at det fungerer og gjør at de føler seg bedre?»

**Informant 1:** «Absolutt. De lærer å få velvære og la kroppen arbeide i harmoni, og at de ikke holder igjen med pusten eller noen ryggmuskler fordi de ikke tør å ta ut bevegelsen. De lærer å tørre å bruke kroppen samtidig som de har med pusten. Så det er kjempebra og det syns alle. Også liker jeg jo veldig godt at de får kjenne at de er litt sterke og har litt styrke.»

**Student 1:** «Så litt styrketrening også da?»

**Informant 1:** «Ja, men det må jo være veldig balansert for det kan jo trigge at de får mer vondt. Så du må liksom se at de mestrer det. Og med de øvelsene som de mestrer er det jo veldig kjekt å motivere dem til å klare enda mer.»

**Student 1:** «Slik at de får mestringsfølelse?»

**Informant 1:** «Ja, de får mestringsfølelse og det er kjempeviktig! Og det å kjenne at denne kroppen faktisk er brukbar til noe, det er viktig. Og å få humøret inn i behandlingen; du må alltid prøve å le litt og tulle litt. Også må vi by på oss selv slik at de ser at det ikke er farlig å miste kontrollen, det er ikke så farlig å gjøre litt rare ting. Det er ikke de som står og synger på gaten for å si det sånn, de er veldig forsiktig. Så jeg tror at det å hjelpe de til å tørre å slippe seg litt mer løs er bra.»

**Student 1:** «Det høres ut som vi har fått masse tips som vi kan ta med oss videre.»

**Informant 1:** «Ja, jeg vet ikke hvor fornuftig alt har vært, men det er ihvertfall slik jeg liker å arbeide.»

### Avsluttende spørsmål

**Student 1:** «Har du noen råd, helt til slutt, til oss fremtidige fysioterapeuter i møte med denne pasientgruppen?»

**Informant 1:** «Du skal være seriøs når de leverer sin historie, men samtidig skal du prøve å lette situasjonen for dem. Du skal ikke tulle vekk symptomene deres, men du skal hjelpe dem til å bruke litt humoristisk sans i taklingen av problemene sine. Også å snakke med dem om å fokusere og snakke om alt de klarer å gjøre og mestrer. Det er alltid masse å være glad for og masse å være stolt over seg selv for at man klarer. Og det er jo viktig. Mange av disse pasientene er jo veldig kreative, vet ikke om det er tilfeldig, men de er kjempeflinke til å lage ting og sånn. Og da sitter man jo mye i ro. Men ihvertfall skryte over alt som kan skrytes av er bra, og å si at det er utrolig mye bra med deg. Og prøve å gi de litt åpninger for nye aktiviteter som kan være kjekke å prøve ut som de kan føle mestring på. Lavterskel ting. De kan kjøpe seg en hund slik at de må komme seg ut og får mye kos av hunden som gir varme følelser som er godt for kroppen.»

**Student 1:** «Tusen takk for at du tok deg tid til oss.»

**Informant 1:** «Bare hyggelig. Dere får ha lykke til med oppgaven.»

## Vedlegg 5: Transkripsjon 2

### Transkripsjon intervju 2: Fysioterapeut som jobber på spesialavdeling for muskel- og skjelettlidelser i spesialisthelsetjenesten

Student 1: Intervjuende student første del og observerende og noterende student andre del.

Student 2: Observerende og noterende student første del og intervjuende student andre del.

Informant 2: Informanten

#### Informantens forståelse av pasientgruppen

**Student 1:** «Kan du fortelle litt om hvordan du forstår uspesifikke smerter og denne pasientgruppen?»

**Informant 2:** «Smerter er jo enten en konsekvens av skade eller sykdom. Visst det på en måte hadde vært et beinbrudd eller prolaps som har en normal tilhelingsstid også avtar smertene etter hvert som vevet tilheler, så det er jo liksom en sånn enkel og grei forklaring på smerte som de fleste klarer å forholde seg til. Men disse uspesifikke smertene er jo gjerne mer en konsekvens av at noen har hatt et endret bevegelsesmønster eller veldig ensidige belastninger. Jeg forstår smertene som et sammensatt bilde som kan være forårsaket av stress over lang tid, psykologiske aspekter, emosjonelle belastninger som til slutt setter seg i kroppen og kan resulterer i spenninger og smerter i kroppen. Så det er jo mer et sammensatt bildet.»

**Student 1:** «Er det noe du synes kjennetegner denne pasientgruppen? Noen likheter eller ulikheter innad i gruppen?»

**Informant 2:** «Ja, altså jeg føler jo veldig ofte at det handler om at det kan være noe rent sånn ergonomisk at noen har noe enten veldig tunge eller ensidige arbeidsoppgaver og kombinert med at de kanskje har et endre bevegelsesmønster utfra det vi tenker er gunstig. Slik som en ugunstig sittestilling og gjerne mye sitting i jobben sånn at det gir belastning på muskel- og skjelettsystemet. Det kan også være disse tunge arbeidsoppgavene med ugunstig løfteteknikker som kan føre til en veldig belastning på systemet på en del strukturer hvertfall i rygg og nakke spesielt. Så kan det også gjerne være kombinert ofte med at det er noen belastninger eller stressfaktorer, som for eksempel høyt arbeidspress eller mangel på forståelse fra leder eller kollegaer sånn at det blir en sånn stressfaktor i tillegg. At de føler kanskje ikke at de er forstått i forhold til sine utfordringer og plager, også blir det økt stress

knyttet opp mot det. De kan gjerne og ofte ha stress på hjemmebanen, at det er noe som av økonomisk eller andre psykososiale belastninger som gir spenninger og stress i kroppen. Så veldig ofte ser vi at de har på en måte utfordringer på flere områder også blir bare begeret for fullt også slår det ut i muskelspenninger og smerter. Også i den situasjonen de står i, med mye belastninger og kanskje mye å gjøre. Mange har ofte et tett program og blir sliten av det, mangler overskudd, så får de smertene som tar litt av energien, og da prioriteres veldig ofte trening vekk. Det er jo treningen som gjerne ville gitt de overskudd og noe bra i forhold til muskel- og skjelettplager. Så veldig ofte ser vi det at de har kanskje vært kjempe treningsglad tidligere og hatt det som en del av livet, også er det på en måte det som må gå vekk da jobb, familie og andre ting må på en måte gå foran. Eller det er hvertfall sånn de har valgt og prioritert det, også slår det ut i disse plagene. Så jeg syns ofte dette er trenden på en måte, at det blir for mye, og det som skulle være et positivt påfyll blir prioritert vekk. Og da blir det for mye av disse negative belastningene som setter seg i muskulaturen.»

**Student 1:** «Så du føler at mange i denne pasientgruppen får rett og slett for mye å gjøre både i hjemmet og på jobb?»

**Informant 2:** «Ja. Jeg syns veldig ofte det. Men det er på en måte den ene kategorien og de vi ser flest av. Men så har du og noen ikke nødvendigvis har så veldig mye, men likevel ikke mestrer, eller at det er noe med den mestringsstrategien som går litt galt. Dette kan jo og være litt deres egen oppfatning av disse plagene, at det er bekymring for at det er noe mer alvorlig, underliggende, at mye kan gå på den forståelsen. Det kan også være at det ikke er et godt forhold mellom krav og kontroll på arbeidsplassen, sånn at de får en opplevelse av at det blir stilt veldig mye krav til de, uten at de har helt kontroll. Jeg tror det handler litt om den følelsen som gir litt dårlig mestringsfølelse og kanskje de i tillegg da er dekondisjonert og ikke liker å trene og være aktiv. Sånn at visst de har en litt passiv tilnærming og litt opplevelse av å ikke kunne påvirke egen arbeidssituasjon, så kan det og sette veldig spenninger, selv om de ikke nødvendigvis har for mye på programmet. Men det er noe med den mestringsstrategien og oppfatningen av egen kropp og plager, som er kanskje der vi må komme inn og bidra.»

**Student 1:** «Du nevnte litt at denne pasientgruppen ikke alltid føler seg forstått. Kan du si litt om hvordan denne pasientgruppen forstår sin egen helsesituasjon?»

**Informant 2:** «Veldig mange sier at det er så vanskelig med disse uspesifikke smertene fordi det ikke er synlig. Du går ikke rundt med en gips, der det er tydelig at du har vondt, men at dette kommer til å gå over. Men denne pasientgruppen gjør jo gjerne sitt for å se litt fresh ut og komme på jobb og prøve så godt de kan og ikke nødvendigvis gå rundt å syte og klage

over disse smertene. Men de har jo smerter og det kan skape mye utfordringer for de, og veldig ofte prøver de veldig hardt på å få det til både på jobb og hjemme, og ofte har de også søvnvansker på grunn av plagene eller på grunn av tankekjør og andre ting. Det at det ikke er synlig tror jeg er veldig utfordrende for mange. Dersom de er delvis sykemeldt, også har de lyst å gå ut å gå en tur eller gjøre noe positivt for seg selv som kan skape god helse og få de tilbake i arbeid, så får de gjerne dårlig samvittighet vist de blir sett av en kollega som gjerne tror at visst de er så frisk til å gå tur, hvorfor er de ikke på jobb da. Men det er jo gjerne jobben og de oppgavene de ikke mestrer, men det er jo ønskelig at de får inn aktivitet og det som gir de positivt energi og det som kan gi de påfyll og få plagene til å snu til det bedre. Så det er vel gjerne litt sånn mange gir tilbakemelding på.»

**Student 1:** «Hvordan beskriver pasientene plagene sine? Er de ofte sammensatte? Er det flere områder de har smerter i?»

**Informant 2:** «Ja, fleste av de pasientene har veldig sammensatte plager og det er gjerne det som går igjen med de uspesifikke plagene at det ikke nødvendigvis er bare ett konkret område de har vondt i. Smertene driver og flytter på seg, og noen ganger er det mest vondt rundt nakke og skulderområdet, så er det litt rygg, så har de en ankel eller litt uti en arm, eller de har hodepine og svimmelhet. Veldig ofte sammensatte. Gjerne og mage og tarm, altså det er flere ting og gjerne ikke bare muskel- og skjelettplager som de har utfordringer med. Dette er jo da en god måte å forklare de at det gjerne ikke er noe spesifikt på strukturnivå, når smertene driver og flytter på seg på den måten. Da er det andre mekanismer som ligger under og opprettholder smertene.»

**Student 1:** «Av denne pasientgruppen som kommer til deg, kan du si noe om hvem disse er? Med tanke på aldersgruppe og kjønn?»

**Informant 2:** «Det er påfallende hvor mye yngre denne pasientgruppen begynner å bli faktisk. Jeg synes liksom før at det gjerne var pasienter i 30-40-årene som var hovedbolken, men nå synes jeg det er mange som kommer ned i 20-årene. Vi har til og med pasienter i tenårene som fortsatt går på videregående eller som er akkurat begynt med studielivet. Jeg tok ut et skriv fra registeret for å få litt oversikt, og den viser at de fleste er mellom 30-50-årene, men det er også mange mellom 20-30-årene og en del 50-60-årene. Men hovedbolken er mellom 30-50-årene gjerne. Og da er det absolutt et overtall med kvinner. I snitt er det ca. 70 % kvinner. Men det kan variere litt fordi de som utredes for rygg smerter er gjerne litt mer menn, ikke mer enn kvinner, for også her er det nok flertall kvinner vil jeg tenke. Men i nakkegeneraliserte er flesteparten kvinner.»

**Student 1:** «Så det er flest kvinner i nakke gruppen, mens gjerne litt mindre enn 70 % kvinner i rygg gruppen?»

**Informant 2:** «Ja, jeg vil egentlig tenke det.»

**Student 1:** «Så det med at det er blitt mange yngre, er det noe som har skjedd nå nylig?»

**Informant 2:** «Nei, jeg synes det har komt litt snikende i løpet av de årene jeg har jobbet her, men nå skal vi jo ta med i betraktningen at jeg begynner å bli eldre og blir overrasket over hvor unge de er, de som kommer inn. Tidligere synes jeg det kom inn flere fra yrkesaktiv alder og oppover. I løpet av de siste par tiårene har det kanskje vært et økt press, eller hos de unge damene kan det være et økt indre press, at de stiller høyre krav til seg selv rett og slett. Også er det jo gjerne krav og sånn på skolen, men at det er det at de selv ikke er fornøyd før de er på topp, litt sånn gullstander på ting. Det er jo på flere arenaer, og det har jo vært et litt samfunns tema og, at man skal prestere både på skole og man skal helst være aktiv på fritiden, og ha et fint ytre og alt skal på en måte være en høy stander på. Og dette med sosiale medier og press på en måte fra flere kanter. Så den biten har nok sikkert gjort til at det skapes mer stress hos den yngre generasjonen sånn at det blir mer muskel- og skjelettplager der og.»

**Student1:** «Det høres litt ut som at det er flere faktorer som spiller inn her også, at det blir for mye for dem?»

**Informant 2:** «Ja, absolutt.»

**Student 1:** «Har du noen tanker om hvordan pasientene sine forventninger til fysioterapi er? Har de tro på bedring?»

**Informant 2:** «De fleste har tro på bedring heldigvis. Hvertfall av de som kommer til oss. De har jo gjerne prøvd veldig mye forskjellig behandling tidligere, brukt mye tid og penger på ting som ikke har gitt ønsket effekt. Så de har gjerne mistet litt troen på at det er noe «quikfiks» her, fått litt signaler og begynt å skjønne selv at dette her er noe som må jobbes med over tid, kanskje de må endre på noe. De er som oftest mottakelige når de kommer opp her og gir ofte tilbakemelding at de føler at de blir sett og hørt på, at de blir forstått for sine plager. Av og til kan de ha hatt erfaring hos andre behandlere eller andre folk rundt seg at de ikke helt blir tatt på alvor. Men jeg tror de sitter med opplevelsen av at vi tror absolutt at du har disse smertene og vi graver jo veldig i hele livet deres egentlig. Vi stiller ganske konkrete spørsmål i forhold til hvordan de har det både på jobb og hjemme. De må fylle ut spørreskjema gjerne hvor vi kan bruke det som et grunnlag, slik som livskvalitetsskjema. Så vi får jobbet litt med og gravd litt i hvordan de har det både på jobb, hjemme og med seg selv. Så har jo de virkelig fått lagt ut om alt og de har kanskje da fått noen tilbakemeldinger fra oss, så begynner de gjerne lettere å se sammenhenger, at det de gjøre gjerne ikke er bra, at de har

holdt på med dette alt for lenge, ikke lyttet til kroppen eller tatt hensyn til seg selv og mer hensyn til de rundt seg. Dette er veldig klassisk da. At de skjønner at nå må jeg stoppe opp og ta noen grep, her må det gjøres noen endringer visst dette bildet skal snu. Og da er de som oftest veldig klar, når de ser sammenhengene og skjønner at det er jo dette som er opprettholdende for mine plager. Da er det ofte mer motiverende å gå i gang med å endre seg. Så får de også hjelp av oss til å legge en plan for endring både når det gjelder aktivitet og arbeid og personlig stil, at her må de senke kravene, at det ikke er lengre gullstandard, men at sølvstandard er godt nok. Det at noen også kommer inn i gruppeopplegg her og ser andre som har det på samme måte som dem selv, og at det er andre som er unge og ser helt grei ut på utsiden, men har disse samme plagene og sliter med mye av det samme som de de selv gjør. Dette føler de mye støtte i ofte, fordi de føler seg gjerne veldig alene om plagene. Det er ikke nødvendigvis noen rundt de hjemme eller på jobb som helt klarer å forstå. Da tror jeg det er en veldig støtte i å være litt i samme båt med noen andre som sliter med de samme tingene.»

**Student 1:** «Veldig interessante innspill.»

#### Fysioterapeutens rolle og handlinger – motivasjon sentralt

**Student 1:** Jeg tenker vi skal gå litt videre til neste tema som da omhandler fysioterapeutens rolle og handlinger, der motivasjon er et sentralt tema. Da kan min medstudent ta over.»

**Student 2:** «Supert, takk. Vi lurte litt på om du kan begynne å fortelle litt om hva du ville lagt vekt på i en undersøkelse av en pasient med uspesifikke muskel- og skjelettsmerter? Både med tanke på anamnese, generell og spesiell undersøkelse?»

**Informant 2:** «Ja, når det gjelder anamnesen så bruker ikke jeg så veldig lang tid på den, fordi at pasienten har først vært hos legen og tatt opp en full sykehistorie og anamnese, så har pasienten vært i samtale med sykepleier som tar alt rundt av arbeid og psykososiale. Så de har dekket enormt mye, og har gjerne og spurt litt om trening, aktivitet og tidligere behandling. Men det er det jeg gjerne går litt mer i dybden på, at jeg spør litt mer detaljert om hvilke type behandling har du fått, hva innebar behandlingen, hvor lenge varte det, hvilke type trening gjør du nå og hva har blitt prøvd tidligere. På denne måten får jeg mer kjøtt på beinet. Smertehistorie er også noe jeg går mer i dybden på. Hva ting er det som påvirker smerten, hva gjør at den øker på og hva gjør at den dempes. Hvordan er smertene akkurat nå og hvilken oppfatning har du av disse plagene. Den er litt viktig fordi at de har som sagt vært hos legen og sykepleier, så de har fått litt sånn tankene i sving og sånt og kanskje de svarer noe helt annet til meg enn det de svarte til legen fordi de gjerne forstår mer selv hva som kan være med på å påvirke plagene. Så dette liker jeg å gå litt inn i. Også når jeg da skal begynne å



undersøke pasienten så er det jo dette først med holdning og pust. Pusten ser jeg på gjennom hele undersøkelsen, binder de pusten veldig, spenner de seg og biter ting i seg eller hvordan er det med pustemønsteret deres. Det kommer jo an på om det er rygg eller nakke pasienten har plager med, med tanke på de spesifikke testene jeg velger. Men jeg vil som oftest alltid se på det med kroppslig fleksibilitet og avspenningsevne, disse trykkømmepunktene bare for å få et blikk på hvor generaliserte disse plagene er. Videre blir det mer spesifikt inn mot rygg, skulder og nakke, bekken, utfra hvor det er pasienten har mest plager. Og noen gang er det jo begge deler, da jeg gjør spesifikke tester på rygg og ryggfunksjonstester, fordi vi liker av og til å se på noe funksjonelt og. Så vi har noen testbatteri der vi går gjennom enormt mye forskjellig, der vi samtidig får et godt bilde over hvordan bevegelsesmønsteret til pasienten er, og hvordan det står til spesifikt med bevegelighet og muskulatur rundt det området de har plager. Men og litt generelt.»

**Stundet 2:** «Hvordan opplever du motivasjonen til denne pasientgruppen? Får du et inntrykk allerede ved første møte?»

**Informant 2:** «Veldig ofte så er motivasjonen veldig høy på første møte hos de fleste. Også kan det være når vi følger med over tid, tar de inn i noe oppfølging eller gruppeopplegg at motivasjonen er endret. Etter en utredning så tenker vi gjerne ja disse egner seg for et gruppeopplegg, men så må vi ha de inn for å grave litt i den der motivasjonen og hvor klar de er for endring. Når vi har satt de i gang på ting etter utredning, gjerne gitt de noen øvelser og snakket om kondisjonstrening og prøver å få de i gang med noe der, avspenningstrening eller at legen har gitt beskjed om å gå inn på noen nettsider med linker i forhold til dette med smerteforståelse. Visst de da kommer tilbake og sier at de ikke har komt i gang med noen ting egentlig, så begynner vi å skjønne at de har kanskje ikke den helt rette motivasjonen eller hva er det som begrenser de her, og hva skal til for å få de til å hente frem denne motivasjonen. Er de egentlig klar for å gjøre disse endringene eller er de bare på feil tidspunkt. For da er det bortkastet tid og fortsette. Det hender også at vi må følge de flere ganger fordi de vil så gjerne så merker man det at nei de er faktisk ikke klar. Så visst ikke vi kan med våre teknikker, få de endringsvillig heller, så må vi kanskje bare stikke fingeren i jorden og innse at her kommer vi faktisk ikke videre. Det er jo veldig hjelp til selvhjelp. Vi kan komme med gode råd og veiledning og gi innspill på ting de skal endre på, men det er jo de som må gjøre jobben.»

**Stundet 2:** «Dette tar jo oss videre til neste spørsmål. Du var litt inne på det, men hvordan motiverer du dine pasienter med tanke på egeninnsats i behandlingen?»

**Informant 2:** «Det blir jo veldig viktig det med målsetting, at det er målrettet det vi gjør og at de selv definerer noen mål. At de selv er med på å sette disse målene fordi de skal være

realistisk og målbart og inneholde noe som gjerne kan evalueres, at de ikke bare er ja jeg vil ha mindre smerter. Det blir for vagt. Så visst de har noen konkrete mål så er det litt lettere å sette i gang med noen tiltak som vil jobbe mot disse målene. Å ha et langsiktig mål samtidig som kortsiktige mål er viktig. Med kortsiktige mål kan du hake av underveis og kjenne at det skjer en fremgang, fordi dette er jo ting som tar tid. Så jeg tror det kan gi motivasjon visst de har noen delmål som de oppnår underveis. Det at vi retester underveis i oppfølgingen kan også gi motivasjon. Dette fordi vi kan si til dem at her skjer det fremgang og forandring, selv om pasienten fortsatt har like vondt, så har pasienten mye mer bevegelse, nå klarer du det og det. Da kan ofte pasienten tenke å gud det har jeg ikke merket selv, men det er jo knallbra. Og på denne måten kan de blir mer motivert. Dette er hvertfall noen av tingene vi bruker.»

**Student 2:** «Vi vet at en behandling skal individuelt tilrettelegges hver enkelt pasient, men er det noen likhetstrekk i valg av behandlingstilnærming som går igjen for denne pasientgruppen? Er det noe du alltid gjør?»

**Informant 2:** «Det er jo gjort en del forskning på dette med langvarige muskel- og skjelettplager, hva skal til, hva viser seg å faktisk virke. Og da er det jo pekt ut to hovedting som jeg alltid gjør med pasientene, og det er kondisjonstrening og avspenning. Og det er nesten selv om vi tester de god på avspenning. De kan gjerne ha god avspenning, klare å slappe av når vi ber dem om det, men de går rundt og spenner seg så mye i hverdagen fordi at de har alle disse stressfaktorene i livet sitt eller fordi de har så vondt at de binder pusten. Så veldig mange kjenner seg igjen i det at de trenger å få et bedre pustemønster, klare å slappe av. Mange har også et tankekjør som kan gjøre at de blir anspent og gjerne trenger å jobbe med avspenning som en del av pakken. Så det går jo både på det kognitive og det kroppslige egentlig. Så det er veldig sjeldent at de ikke trenger å jobbe med det. Hvertfall disse med nakkegeneraliserte og noen rygger. Dette med kondisjonstrening tar vi opp med alle. Å drive med regelmessig kondisjonstrening, komme opp i puls er en viktig del av behandlingen. Ellers blir det disse spesifikke øvelsene de går igjennom knyttet opp mot det vi finner i undersøkelsen. Ofte har de før fått beskjed om å tøy mye, og gjerne passiv behandling som går på type benkebehandling for å bedre bevegelse. Men visst de selv ikke har gjort tøyning med god kvalitet, at de setter strukturene på en lett strekk med god pust og bare lirke lure og bevege og skape sirkulasjon er ofte det som skiller seg når kommer i gang med sanne lavdoserte øvelser som gjør at spenningene dempes og da kommer bevegelse mer naturlig. Og det å ha fokus mye på funksjon, at det hjelper ikke at de er pliktoppfyllende og gjør hver øvelse for eksempel 3-4 ganger i uken på en super måte, men resten av døgnet går de rundt med disse ugunstige måtene å bevege seg og spenne seg på. Så pointeres veldig at

her må det skje endring i hverdagsaktivitet og i arbeid og at de er bevisste på at de gjør endringer hele veien gjennom dagen.»

**Student 2:** «Føler du at de fleste i denne pasientgruppen velger å gjøre en egeninnsats? At de gjennomfører behandlingsrådene?»

**Informant 2:** «Det er på en måte både ja og nei. De fleste klarer å gjøre mange gode endringer når de får den veiledningen vi gir de, og støtte på veien og følger de, og at de er sykemeldt enten helt eller delvis for å faktisk få frigjort tid til å komme godt i gang. Da får de litt egentid. Det er gjerne det som har vært problemet tidligere, at de er i arbeid og prøver og følge opp på alt. Så de må på en måte velge vekk noen ting, så må de prioritere seg selv og da klarer de gjerne å gjøre gode endringer som gir gode resultater og de klarer å trappe gradvis opp og tilbake til arbeid. Men selvfølgelig den langsiktigheten er utfordrende. Vi ser de gjerne i max et halvt års periode, men det er jo noen som blir re henvist og kommer tilbake. De sier gjerne at de gikk fint når de var her, men at det var vanskelig å holde det gående, da de ikke lengre har den påminnelsen om at de må fortsette med disse tiltakene. Så sklir det litt vekk, fordi de er blitt så mye bedre og glemmer da å gjøre øvelser og trene systematisk også sklir det litt tilbake til gammelt mønster. Det er nok en tendens hos mange, men jeg tror nok og at noen får inn noen gode endringer som er varig visst det legges på rett nivå og at det er gjennomførbart i deres liv. Pasienten må lage tiltaksplanen selv slik at de ser at dette får jeg til. Slik at det ikke blir for overambisiøst. Jeg syns at hos de fleste så kommer vi ganske bra i mål.»

**Student 2:** «Du nevnte tidligere at du hadde litt kunnskap innenfor motiverende intervju. Er dette noe du tar i bruk i behandlingen?»

**Informant 2:** «Ja ikke veldig mye, fordi det krever at du på en måte kobler deg inn i et modus. Noen ganger går det litt på autopilot, med at man har så og så lang tid til å ta anamnese, gjøre en undersøkelse, gitt noen øvelser. Så det blir gjerne mest brukt under oppfølging når jeg merker at pasienten sliter litt med motivasjonen, der jeg må prøve å grave litt da pasienten ønsker så veldig men får det ikke til. Jeg prøver også å vekte, det er gjerne det jeg bruker mest. Når det gjelder motivasjon, hvor ligger du fra en skala fra 1-10, hva er det som gjør at du ligger på dette tallet. Kanskje pasienten klarer å hente frem en forklaring. Så jeg bruker det hos de som er i oppfølging og som jeg ser har behov for det.»

**Student 2:** «Ja skjønner»

Avsluttende spørsmål

**Student 2:** Helt til slutt, hvilke råd vi du gi til to nyutdannede fysioterapeuter før møte med denne pasientgruppen?»

**Informant 2:** «Stort spørsmål. Jeg tror hvertfall det er veldig viktig å ta de på alvor og virkelig vise forståelse for de plagene de sliter med. Og være tydelig på at de må starte her og nå, fordi veldig mange ønsker seg så fort tilbake til den de en gang var. Så da må du bare si at heller sammenlign med hvor du var på ditt verste, når du hadde ditt verste med smerter og dårlig funksjon. Også tenker du hvor er du nå i forhold til det. Da vil kanskje pasienten oppleve at de kanskje er i en prosess allerede og ser at det går bedre. Da kan du bygge på det at ikke tenk på hvor du en gang var, du kommer nok tilbake dit frem i tid en gang, men nå må vi starte der du er nå. For det er kun da det går an å trappe opp gradvis. Det er gjerne sånn de har holdt på med, sånn jojo tilværelse, så det å trappe opp gradvis er kjempe viktig, og heller bare tenke å snegle seg av gårde så lenge det går litt frem, så er det bedre enn å fyke opp og suse ned igjen. Visst ikke så blir det å hele tiden gå for høyt ut som kan føre til at de får dårlig mestringsopplevelse og økte smerter. Så det tror jeg er et viktig budskap til denne gruppen her.»

**Student 1 & 2:** «Ja veldig sant. Da vil vi bare takke så mye for at du tok deg tid til oss.»

**Informant 2:** «Bare hyggelig! Ønsker dere lykke til med oppgaven.»

## Vedlegg 6: Transkripsjon 3

### Transkripsjon intervju 3: Psykomotorisk fysioterapeut

Student 1: Intervjuende student første del og observerende og noterende student andre del.

Student 2: Observerende og noterende student første del og intervjuende student andre del.

Informant 2: Informanten

#### Informantenes forståelse av pasientgruppen

**Student 1:** «Jeg tenkte vi først kunne snakke litt generelt om muskel- og skjelettsmerter, så da lurer vi på hvordan du forstår uspesifikke smerter og denne pasientgruppen?»

**Informant 3:** «Da kan det være kanskje én ting som kan være interessant å diskutere med dere før vi går inn i dette. Med mitt utgangspunkt så ser ikke jeg på uspesifikke muskelsmerter som uspesifikke fordi det er jo sånn at jo mer du undersøker, jo mer kan du si om det du undersøker. Og når du bruker det vi kaller for standardiserte tester, så bruker du jo tester som er testet på veldig mange og som på en måte kan si noe om hva som er vanlig og hva som er en middelvei, er dette høyt eller lavt, slik eller sånn. Og da er det plutselig ikke uspesifikt lenger slik jeg ser det. For det med uspesifikke smerter er vel antakelig et begrep som har blitt laget innen medisin og ikke innen fysioterapi, så det i seg selv er jo virkelig noe å diskutere; hva er det for noe og hvem har definert det? Hva tenker dere om det, hvor står dere der?»

**Student 1:** «Nei, vi har jo lest mye og snakket med flere også, men vi tenker at det kalles uspesifikke smerter fordi det ikke har en spesifikk diagnose.»

**Informant 3:** «Ja, dere tenker på medisinsk diagnose?»

**Student 1:** «Ja, du kan ikke si at pasienten har noe spesifikt, i tillegg til at smertene gjerne er litt mer diffuse og gjerne overalt. F.eks. en dag så er det liksom vondt i nakken og den andre dagen en annen plass – uspesifikt på denne måten.»

**Informant 3:** «Ja ... Det er ikke helt min erfaring for når du har undersøkt en pasient og du har gjort, la oss si en grundig det vi kaller GPE, altså global fysioterapeutisk examination, som er en undersøkelse som er laget ut fra psykomotorisk fysioterapi. Kjenner dere til den?»

**Student 2:** «Vi var så vidt innom den nå i høst, men vi gikk ikke særlig i dybden på den.»

**Informant 3:** «Nei ... Men det er jo på en måte en undersøkelse som kan brukes for å finne det spesifikke hos den enkelte pasient ut fra psykomotorisk. Og f.eks. vi som fysioterapeuter

skal jo stille en funksjonsdiagnose, vi skal jo ikke stille medisinske diagnoser, så det er det jeg mener med at uspesifikt er på en måte et slags medisinsk begrep som er satt på muskel- og skjelettplager, men som fysioterapeuter så skal vi jo se på funksjon! Og da har vi masse redskaper hvor vi kan finne en funksjonsdiagnose. Både ved å snakke med pasienten og ved å undersøke pasienten med et testapparat. Jeg kan kanskje si noe om det jeg har med meg fra nakke- og ryggpoliklinikken, det bruker jeg enda. Det kan være så enkelt som å måle bevegelighet i nakke – helt spesifikt i alle retninger. Så kan det på samme måte være å måle bevegelighet i rygg og dele opp i brystrygg og nedre del av rygg, så ser du hvor det holder. Sitter det i brystryggen, så vet vi ofte at det kan ha mye med pust å gjøre, og sitter det nederst i ryggen kan det bety noe. Så har du det her med lengde på muskulaturen – dette er sanne ting vi bruker i psykomotorisk. Vi undersøker på litt forskjellige måter, men ofte så er det det samme vi undersøker. Vi ser f.eks. på hvordan lengden er på baksiden av kroppen, altså det vi kaller for fleksibilitet og da har du nakken som kan være nedsatt, øvre del av rygg, nedre del av rygg, sete, hofte, lår og legger. Så må du finne hvor det hovedsakelig sitter og da er det ikke lenger uspesifikt. Skal du sette opp et behandlingsopplegg, så må du jo sette en funksjonsdiagnose, og da må du jo analysere holdning og funksjon osv.»

**Student 1:** «Vi skal komme litt tilbake til hvordan du gjør arbeider litt seinere, så jeg bare stopper deg litt.»

**Informant 3:** «Ja, du må bare stoppe meg.»

**Student 1:** «Nå når vi snakker om disse smertene. Hvis du ser på pasientgruppen som kommer til deg med det vi kaller for uspesifikke muskel- og skjelettsmerter, kan du si noe om denne gruppen? Noe som kjennetegner dem som går igjen? Likheter eller ulikheter innad i gruppen?»

**Informant 3:** «Det som kjennetegner gruppen det er at de ikke har fått hjelp før. De har gått og prøvd alt mulig, og ikke kommet fram til noe som har fungert. Derfor er det veldig mange som har gått veldig lenge og det kan være at psykomotorisk er det siste de prøver. Jeg kan gi et eksempel: Jeg hadde en pasient i dag som jeg fikk fra smerteklinikken, pasienten var kjempedårlig og sa at dersom han ikke hadde fått tilbudet når jeg fikk det, så tror han at han hadde vært sengeliggende. Og det er det som er så farlig med disse uspesifikke muskelsmertene; at innen medisinen så er det veldig mange som ikke blir tatt alvorlig også blir det på en måte prøvd ut ting litt sånn tilfeldig. Så det er vel det at folk har gått lenge som er det denne pasientgruppen har til felles tror jeg.»

**Student 1:** «Kan du si noe om hvordan disse pasientene ser på sin egen helsesituasjon? Er det slik som du sier at de kanskje ikke har blitt forstått og føler at det derfor er litt håpløst, eller?»

**Informant 3:** «Ja, veldig ofte. De har ikke blitt hørt, ikke blitt forstått, og de opplever at de har et forklaringsproblem fordi de har noen plager som ikke blir ansett som en diagnose sånn egentlig. Hvis de er uheldig, så får de ingen god hjelp i systemet. Det ble faktisk laget en rangstige over forskjellige plager for noen år tilbake og jeg tror bare en diagnose som fibromyalgi kom hakket over alkoholisme, og muskel- og skjelettsmerter ligger ikke så langt ifra. Sånn at det er jo ikke akkurat en lidelse som gir status i helsevesenet, det er ikke der det settes inn masse midler.»

**Student 1:** «Kan du si noe mer om pasientene og hvordan de beskriver plagene sine? Er det slik som vi har tenkt at det er flere sammensatte plager som f.eks. at de har vondt i nakken, men samtidig har mageproblemer? Altså er det mye forskjellig?»

**Informant 3:** «Ofte så kan det jo være slik at det har begynt med et eller annet som f.eks. vondt i skulderen. Også har tiden gått også har det blitt mer og mer, og til slutt så blir det hele kroppen. Men det er klart at her er det veldig mange nyanser. Det går jo en sterk skillelinje med det som regnes som psykiatri og det som ikke er psykiatri, der går det en skillelinje. Så det blir på en måte litt annerledes med folk som har med seg mye vanskelige ting som psykiske belastninger fra tidligere tider, f.eks. det som jeg ser mye til her, som er overgrepshistorier.»

**Student 1:** «Er dette noe du ser mye av?»

**Informant 3:** «Ja, det har jeg ganske mange av. Jeg har egentlig et ganske greit tverrsnitt med litt av hvert. Og noen ganger så er det jo ganske enkelt å gjøre noe med. Jeg hadde f.eks. en mann som hadde store smerter, en som har jobbet og jobbet og jobbet. Han var det egentlig bare å få snudd på annen trening, lære han en del om pust og hvile, så gikk ting helt av seg selv. Så det er ikke én, det er veldig forskjellig de problemene folk kommer med hit. Det er min opplevelse.»

**Student 1:** «Da blir det kanskje litt vanskelig å si konkret hvem som kommer til deg, men kan du si noe om gjennomsnittet på de som har disse smertene? Aldersmessig og om det er store kjønnsforskjeller? Vi har jo som du vet valgt å fokusere på kvinner og vi har lest og sett statistikk på at det er flest kvinner som har disse smertene, så lurte vi egentlig bare på om du kunne bekrefte eller avkrefte at det er slik hos deg også?»

**Informant 3:** «Jeg kan gi dere et eksempel. Når jeg tok hovedfaget, så skrev jeg en oppgave om psykomotorisk fysioterapi som gruppebehandling. Da rekrutterte jeg pasienter fra nakke- og ryggpoliklinikken og da var kriteriene at de skulle ha det som kalles «chronic wide spread pain», så kroniske utbredte smerter, som er smerte i motstående kroppskvadranter pluss i midtlinjen. Da viste det seg at jeg fikk én mann inn i denne gruppen. Du må jo søke til etisk

komite om å få godkjent et slik prosjekt og da fikk jeg ikke godkjent at det kun skulle være for kvinner, så det måtte være for alle personer, men det kom altså én mann av åttifem. Så i praksis er det nok flest kvinner som får utbredte muskelsmerter som jeg kaller det, ikke uspesifke, for det sier litt mer.»

**Student 1:** «Har du noen formening om gjennomsnittsalderen på denne pasientgruppen? Vi har jo fått oss en formening at det kanskje er mest middelaldrende personer.»

**Informant 3:** «På nakke- og ryggpoliklinikken var det vel pasienter fra 20-70-årene, så vi hadde alle kategoriene der.»

**Student 1:** «Men det er ikke flere av en alderskategori?»

**Informant 3:** «Nå har jo jeg jobbet i 40 år. Når jeg begynte her var det omtrent ingen ungdommer, jeg kan ikke huske at jeg hadde noen mellom 20-30 år med muskelplager.»

**Student 1:** «Så dette er noe som har kommet de seineste årene da?»

**Informant 3:** «Ja. Eller jeg har ikke noe belegg sånn statistisk, men etter hvert som jeg har jobbet, så blir det flere og flere og flere ungdommer. Så jeg har ganske mange ungdommer nå, men også eldre. Så det der går sikkert an å finne noe statistikk på. Men jeg vil nok tro at det mange mellom 40-60 år, men dette er bare antakelser, jeg har ikke noe belegg på å si det.»

**Student 1:** «Neida, vi spør jo bare om dine erfaringer sant. Men går vi tilbake til studien din der det var så mange kvinner og bare én mann, hvorfor tror du at det er slik? Altså har du noen tanker om hvorfor det er flere kvinner?»

**Informant 3:** «Hvis du ser på arbeidsmarkedet da, så er det jo veldig mange som har tunge jobber. Da tenker jeg f.eks. vaskejobber, alders- og sykehjem, ja osv. Så det er jo mange tunge jobber, det er én ting. Også ufaglærte jobber og mindre utdanning, jo tyngre blir jobbene. Og menn har jo også mer muskulatur, så de er jo ikke så utsatt for å få den typen plager som kvinner får fordi de er sterkere og tåler mer. Det er jo den enkleste årsaken, men så er det jo masse underliggende faktorer som du finner i statistikk.»

**Student 1:** «Men sånn generelt da, hvis vi ikke ser på kjønnsforskjeller, men bare de som får disse smertene. Har du en tanke om hvorfor det er så mange som får det i dag? Vi tenker jo kanskje at de har på seg for mye i hverdagen og at hverdagen stiller for mye krav ved at det f.eks. er mye på hjemmefronten og jobb, og de skal liksom prestere på alt mulig og tar seg gjerne ikke tid til seg selv og det å få puste litt.»

**Informant 3:** «Det tror jeg nok kan være riktig å tenke. Det kan jo være en av årsakene til at det var så mange færre ungdommer før. Jeg begynte jo å jobbe på 80-tallet og da var det ganske annerledes i Norge. Jeg tror det er mye mer stress i samfunnet og at det stilles høyere krav til levestandard, og dette å være vellykket på alt. Jeg tror alle disse tingene har veldig



mye å si for helsetilstanden, det er nå én ting. Så er det en annen ting som er litt interessant, og det er dette her med smerte, forventninger om smertenivå. Jeg begynte jo å jobbe i eldreomsorgen og da var mange av pasientene født i begynnelsen av det 19. århundre. Det alle pasientene sa om de hadde vondt da var: «Vondt skal vondt fordrive». Nå er det ingen som sier det lenger. Så den generasjonen hadde jo ingen forventning om at livet skulle være smertefritt, men i dag så har nok folk mye større forventninger til hvordan livet skal være og hvor mye ferie de skal og hvor mange ganger de skal reise rundt jorden osv. Nå snakker jeg med litt store ord her, men før så hadde de ikke så store forventninger som de har i dag.»

**Student 1:** «Nå som vi er inne på forventninger, har du noen formening om hvilke forventninger disse pasientene har til fysioterapi når de kommer til deg? Tror de at du kan hjelpe de eller tror ikke de at de kan bli bra igjen fordi de har gått med smertene så lenge og ingen har hjulpet de før?»

**Informant 3:** «Det er det som er litt av jobben da; å prøve å gi folk et realistisk håp og ikke noe sånt «halleluja-håp» om at du kommer til å bli helt smertefri og alt kommer til å bli helt topp, men ihvertfall at du kan gi dem et håp om at de kan få så mye bedre funksjon slik at ting kan bli litt lettere. Det tenker nå jeg. For de fleste som har gått lenge med muskel- og skjelettsmerter blir jo veldig motløs fordi de har prøvd så mye. Da blir jo målet å få satt opp en realistisk målsetning og kanskje se hvor vi skal begynne og hvor vi starter. Også legge behandlingen opp slik at de kan merke at det skjer noe og på denne måten få motivasjon til å gå gjennom et behandlingsforløp. Det er på en måte å skape en endring som gir et håp om at ting kan bli bedre. Det kan ikke bare være sånn lyseblå boble, men det må være noe konkret som gjør at de kan skjønne at de kan kanskje klare å endre på noen ting slik at de kan få det bedre. Noe håndgripelig og realistisk.»

### Fysioterapeutens rolle og handlinger – motivasjon sentralt

**Student 1:** «Da kan vi jo gå videre til det andre emnet vi tenkte å snakke om, og det er litt mer om fysioterapeutens roller og handlinger, altså litt mer om hvordan du undersøker, der vi vil trekke inn motivasjon som er ganske sentralt i oppgaven vår. Da kan min medstudent ta over.»

**Student 2:** «Så det første vi lurer på er hva du ville lagt vekt på i en undersøkelse av denne pasientgruppen, både med tanke på anamnesen og generell- og spesiell undersøkelse?»

**Informant 3:** «Jeg føler meg bestandig litt fram og kjører aldri noe sånn prosedyre, men tar det litt fra person til person. Jeg bruker bestandig god tid på disse pasientene. I anamnesen forsøker jeg å få tak i underliggende ting som kanskje er viktig. Som regel, så bruker jeg hele

den første timen på det. Da har jeg som regel et oppsett foran meg som jeg følger, så jeg har noen punkter som jeg kan gå innpå. Jeg vil få tak i hvordan denne personen har blitt møtt tidligere og hvordan har det virket inn på denne personen. Også er det dette med å finne viljen til endring i denne pasienten. Selve undersøkelsen kan jo gi tilbakemeldinger til pasienten om hva som faktisk er bra og det syns jeg faktisk er noe av det viktigste å formidle til pasienten; at de faktisk har med seg mye kroppslige ressurser som i utgangspunktet er bra slik at det er noe å bygge på. Det kan jo være så mye. Jeg nevnte for dere tidligere en pasient som var kjempedårlig, men han hadde en ressurs som var et veldig godt humør. Så du må prøve å finne ut hvor pasienten har sine sterke sider, og dette kan være løsningen til å finne motivasjonen til å gå i gang med et behandlingsforløp.»

**Student 2:** «Klarer du allerede ved første møte med pasienten å få et inntrykk av hvordan motivasjonen deres er?»

**Informant 3:** «Ofte kan de jo være ikke så veldig motivert når de kommer gjennom døren, men så handler det om å finne ut hvor man kan finne den lille gnisten som kan få bålet til å brenne. Det kan du finne gjennom f.eks. motiverende intervju, du kan f.eks. bruke det som en inngangsport. Og det er jo der som fysioterapeuter vi har en kjempefordel fordi vi ikke bare spiller på en samtale, men fordi vi faktisk kan bruke hele kroppen. Det er jo det som er hele «cluet» i psykomotorisk; å finne de kroppslige ressursene hos pasienten.»

**Student 2:** «Så det er litt det du fokuserer på da for å klare å motivere pasienten?»

**Informant 3:** «Ja, men det er jo ikke sånn at først gjør jeg det, det bli jo etter hvert når du har jobbet i mange år. Da jobber du litt mer intuitivt, du kommer på litt slike ting etter hvert. Også prøver du ut om det funker, dersom det ikke funker så må du kanskje legge det litt til siden og prøve videre. Det er jo hele tiden en undersøkelse. Sånn som psykomotorisk fysioterapi er som metode, så er det jo en kontinuerlig undersøkelsesprosess. Du undersøker pasienten i hver eneste time også er jo på en måte undersøkelse også en behandling.»

**Student 2:** «Så skal jo hvert behandlingstiltak været tilrettelagt, men er det noe du velger å alltid gjøre eller aldri gjør?»

**Informant 3:** «Der kan jo jeg si at i psykomotorisk fysioterapi er det en skillevegg mellom psykiatri og det som ikke er psykiatri, og den store skilleveggen i psykomotorisk er når skal jeg ikke ta på pasienten. Jeg har jo også pasienter som jeg ikke har berørt med en finger, så sanne grenser er det viktig å være veldig våken på. Altså hvor går grensen til denne pasienten og har denne pasienten en grense i det hele tatt? Det er jo ikke som har og da må jeg se at de ikke har det.»

**Student 2:** «Ofte så må jo pasientene gjøre en egeninnsats selv også for at de skal nå målene sine, føler du at flesteparten i denne pasientgruppen velger å gjøre en egeninnsats?»

**Informant 3:** «Det er jo det som er den store utfordringen for det er jo der motivasjonen kommer inn. Hadde senest en pasient i dag som har vært vanskelig å motivere. Hun har faktisk klart å endre på en del ting, men det jeg enda ikke har klart er å få henne til å gjøre en del øvelser som f.eks. avspenningsøvelser. Dette syns hun er kjempevanskelig selv, så har hun også noen barn som har problemer med avspenning og da blir det plutselig veldig komplekst. Men i dag tror jeg kanskje at jeg fikk henne til å få troen til å sette av 5 minutter med avspenning. Så det er jo hele utfordringen; å få de til å skjønne at deres egeninnsats er det som avgjør hele forløpet. Jeg har jo hatt pasienter som nesten ikke har gjort noe, men så har de med en gang skjönt at her må jeg gjøre sånn og sånn, da går det glatt og det skjer masse på kort tid. Så å forklare dem og se sammenhenger er kjempeviktig. Og da kan det være kjempekjekt å vise pasienten at det har skjedd noe; i dag var ryggbevegeligheten din 20 grader bedre enn den var for en måned siden f.eks. Det å kunne gi en sånn realistisk feedback og virkelig gi dem noen tall er en erfaring jeg har med meg fra nakke- og ryggpoliklinikken, så jeg tar bestandig noen sånne standardiserte tester som på en måte gir mening for pasienten. Og det kan jo være så enkelt som dersom de er stramme på baksiden av lårene, måle avstanden til fingertupp-gulv eller sidebevegelighet. Slik at de kan se at når jeg gjør sånn, så skjer det faktisk noe. Og dette gir ofte en stor motivasjon, det med feedback og kunne si at det skjer faktisk noe her. Det er hovedgrunnen til at jeg er så glad i å bruke slike standardiserte tester, for da skjønner folk det, folk skjønner tall og er vandt med å lese tall. Dersom jeg sier at i dag er det litt mindre spenning i leggen din, så kan de jo egentlig ikke etterprøve dette, det er ikke akkurat et objektivt funn, men noe som jeg har kjent på. Så det må være noe som gir mening for pasientene. De må få lys i tunnelen for å ha motivasjon til å gå videre.»

### Avsluttende spørsmål

**Student 2:** «Bare sånn før vi avslutter, så lurer vi på om du har noen råd for oss i møte med denne pasienten?»

**Informant 3:** «Rådet jeg har er å stille uten å være forutinntatt! Det vil si å stille med åpne kort og lytte til det pasientene har å si. Det er jo sånn at hvis du kanskje har fått en journal eller noe, så ligger det mange fordommer i det notatet. Så det å prøve å la pasienten få en sjanse til å fortelle sin egen historie og sette sine egne ord på ting, og ikke putte dem i en boks før du vet hvilken boks de skal oppi. Og pass på at du ikke blir farget av det du har lest om pasienten. Det tror jeg er det beste rådet jeg kan gi.»

**Student 2:** «Det var ikke dumt. Veldig lærerikt å intervju deg, så vi setter pris på at du ville delta, det setter vi stor pris på.»

**Informant 3:** «Det er jo klart vi må. Veldig viktig tema dere tar opp. Masse lykke til videre.»

## Vedlegg 7: Transkripsjon 4

### Transkripsjon intervju 4: Manuellterapeut

Student 1: Intervjuende student første del og observerende og noterende student andre del.

Student 2: Observerende og noterende student første del og intervjuende student andre del.

Informant 2: Informanten

#### Informantenes forståelse av pasientgruppen

**Student 1:** «Kan du fortelle litt om hvordan du forstår uspesifikke smerter og denne pasientgruppen?»

**Informant 4:** «Visst vi ser litt på definisjonen på uspesifikke smerter, så er det jo fravær fra biomedisinske funn, sånn som avvik på enten blodprøver eller bildediagnostikk. Og visst vi ikke finner noe der så brukes dette med uspesifikke muskel- og skjelettsmerter som er litt sånn sekkediagnose mer eller mindre. Så er det jo sånn at som fysioterapeuter så er vi vant med å tenke litt videre utover det, som det å stille såkalte funksjonsdiagnoser. Da tenker jeg sånn at det holder liksom ikke å bare nøye seg med at det er uspesifikke smerter, men man må også kunne tenke litt videre og gjerne stille en vevsdiagnose og en funksjonsdiagnose. Samtidig er det viktig å ha rede på dette med gule flagg, eventuelt røde flagg og dette med grønne flagg, og ha en tanke om prognosen til pasienten. Det er å sette det inn i en mer biopsykososial modell. Det er utredningen som vi gjør, at vi gjør en vurdering av funksjon på flere plan. Da kan man også trekke inn ICF-modellen, med å klassifisere mer spesifikt. Også tror jeg kanskje og at mange pasienter kan føle seg litt marginalisert eller litt avvist når vi bruker diagnosen uspesifikke smerter. Som at det ikke er noe, at det blir marginalisert på et vis.»

**Student 1:** «Er det noe du kan si som kjennetegner denne pasientgruppen? Likheter eller ulikheter innenfor gruppen?»

**Informant 4:** «Det kommer litt an på om det er en akutt smertetilstand, en subakutt eller en mer langvarig. Når det gjelder langvarige smerter, så er det mange som bruker ordet kronisk. Det er et begrep som ofte blir oppfattet på mange måter litt feil av pasienten og kanskje også behandlingsapparatet i den forstand, at man tenker at da er det sånn det er og at man må innrette seg etter det. Så derfor er jeg litt forsiktig med å bruke ordet kronisk som et begrep

når det gjelder uspesifikke smerter og heller kalle det langvarige smerter for å gi en åpning om at her er det faktisk muligheter til å få til en endring.»

**Student 1:** «Det er det vi også har tenkt i oppgaven vår, å bruke begrepet langvarige smerter i stedet for kroniske smerter. Ved kroniske smerter høres det ut som det er noe du skal ha for alltid.»

**Informant 4:** «Ja ikke sant.»

**Student 1:** «Har du noen erfaring med hvordan disse pasientene ser på sin egen helsesituasjon?»

**Informant 4:** «Jeg tenker at dette er en veldig stor pasientgruppe, alt ifra nakke, rygg, bekkenplager, fibromyalgi og mer generelt muskelverk. Så det er litt vanskelig å gi en fellesnevner, fordi det er ganske individuelt.»

**Student 1:** «Vi tenker jo litt at de som har langvarige, uspesifikke smerter føler litt på en håpløshet eller har vanskelig å tro på egen bedring. Har du noen tanker rundt dette?»

**Informant 4:** «Det er nok en del pasienter som har den oppfattelsen. Jeg opplever også at ganske mange pasienter som har langvarige muskel- og skjelettsmerter med uspesifikk karakter blir gående i helsevesenet uten å føle at de får en grundig undersøkelse med lite tilbakemeldinger på hva det er som forårsaker smerten og hva kan gjøres. At de blir tatt litt med på lag i forhold til tiltaksrekken også. Ofte så svikter de litt der. Eksempelvis så hadde jeg en pasient i dag som har gått og vært plaget i nesten 2 år, og ikke er blitt henvist noe videre fra fastlegen, det har bare vært medisiner og sykemelding. Oppfølgingen fra NAV har også vært veldig ustrukturert. Det er klart at visst du blir gående veldig lenge uten en konkret tiltaksrekke og plan, så er det mange som kommer i et litt negativt spor.»

**Student 1:** «Har du noen tanker om hvilke forventninger denne pasientgruppen har til fysioterapi? Har de tro på at du kan hjelpe de?»

**Informant 4:** «Jeg opplever at visst jeg gir en god undersøkelse hvor jeg også tar meg tid til å lytte til pasientens historie, og kan linke det litt opp imot en undersøkelse og de funnene jeg gjør slik at pasienten ser sammenhenger selv også i et litt sånn fugleperspektiv og i en biopsykososial modell, så er det enklere å få til å motivere pasienten til å gjøre de tiltakene som jeg legger inn i tiltaksplanen. På samme måte som visst jeg får pasienten selv til å foreslå hva slags tiltak som kan være aktuell, få pasienten til å reflektere rundt det når jeg har gitt dem en god forklaring på hva er det som kan virke vedlikeholdene på plagene. Dette kan være jobbfaktorer, sosiale faktorer, ulike stressfaktorer i livet som er med å vedlikeholde, og ned til det kroppslige. Visst pasienten selv har en forståelse av det, er det lettere å diskutere med pasienten åpent om hvilke tiltak som skal legges inn. Ofte så kan pasienten selv komme med

forslag. Det er da litt lettere å styre den prosessen, i stedet for at jeg inntar en paternalisk holdning hvor jeg sier «gjør sånn og sånn». Det er mye bedre når pasienten er problemeier og kan komme med forslag til løsninger.»

**Student 1:** «Litt mer samarbeid da?»

**Informant 4:** «Ja. Så det blir en refleksiv prosess rundt det å lage en plan for pasienten, der pasienten er en aktiv deltaker i det.»

**Student 1:** «Ja det høres fornuftig ut.»

**Student 1:** «Med tanke på denne pasientgruppen, kan du si noe om hvem disse er? Både med tanke på aldergruppe og kjønnsforskjeller?»

**Informant 4:** «Det er nok en 60-40 % forhold mellom kvinner og menn blant mine pasienter. Så det er flere kvinner. Dette ser man gjerne i all helsestatistikk. Men dette betyr ikke nødvendigvis at kvinner har mer plager. Jeg tenker at kvinner er flinkere til å oppsøke hjelp. Hva mer var det du spurte om?»

**Student 1:** «Er det noen gjennomsnittsalder på de som kommer til deg med disse plagene?»

**Informant 4:** «Jeg har mest pasienter i yrkesaktiv alder. Jeg har veldig lite geriatri og lite pasienter i høy alder. Jeg jobber heller ikke med spedbarn. Så jeg jobber stort sett med voksen individer og yrkesaktive pasienter. Flertallet av pasientene mine er i denne gruppen.»

**Student 1:** «Kan du si noe om hvordan pasientene beskriver sine plager? Er det ofte sammensatte plager?»

**Informant 4:** «Ja det er høyst variabelt. Hvor de har vondt varierer. Hvordan pasienten presenterer symptomene sine er veldig individuelt. Det går som et kontinuum fra de som underdriver og helst ikke vil snakke for mye om symptomene sine til de som beskriver mye, har et mer fargerikt språk og formidler smertene og symptomene sine på verstefallstenkende måte. Det har jeg en del av også.»

**Student 1:** «Er det mange som gjør det?»

**Informant 4:** «Nei, disse utegruppen er unntakene. De aller fleste er midt på treet.»

**Student 1:** «Så pasienten bruker forskjellige måter på å forklare symptomene sine?»

**Informant 4:** «Ja det er veldig forskjellig. Jeg har jo pasienter som har litt angst i bunn som har en litt mer fargerik måte å presentere på og beskriver litt mer. Men også det er litt variabelt. Men vi vet jo også at en stor prosent av pasientene med muskel- og skjelettplager har en underliggende depresjon. En del av de med depresjon er gjerne litt motsatt. De formidler lite, og jeg må liksom dra ordene ut av folk. Så er det jo kanskje også sånn at det er litt kjønnsforskjeller på dette i grove trekk. Med fare for å høre litt flåsete ut så opplever jeg at

kanskje menn ofte er mer tilbakeholden med å dele om hvordan de faktisk har det. Mens kvinner er mer verbal og flink å beskrive situasjonen sin.»

**Student 1:** «Mhm». Hvorfor tror du det er en så stor andel av befolkningen som opplever slike plager?»

**Informant 4:** «Visst jeg tar utgangspunkt i mange av pasientene mine, så er det jo sånn at det er ganske stort press i arbeidslivet. Man har liksom ikke den muligheten til å være den som sitter og dagdrømmer og kikker ut vinduet og som ikke er produktiv lengre. Så det stilles ganske store krav. Det er nå en ting. Så er det jo en del som har mer traumatiske årsaker også. Det kan også være mye forskjellig som idrettsskader og overgrepssproblematikk. Det er jo en veldig stor gruppe. Det er litt vanskelig å generalisere.»

**Student 1:** «Men tror du at mange opplever at det blir for mye for dem? At hverdagen stiller for mye krav?»

**Informant 4:** «Ja, det er ofte det som går igjen at det er mange ulike stressfaktorer med konfliktfulle forhold på jobb, det kan være i forhold til de nærmeste hjemme og familie. Ekteskapsbrudd og sånne ting. Mange ting som kan være vanskelig og som kan være vanskeligere å snakke om enn den vonde ryggen. Så det er mange ting som kan ligge under.»

**Student 1:** «Ja det er litt det vi og har tenkt.»

**Informant 4:** «Ja jeg ser jo mange pasienter med såkalt ME og kronisk tretthetssyndrom, og det er jo også gjerne folk som er høytytere som er vant til å stille store krav til seg selv og har gjort det lenge og går på en smell.»

**Student 1:** «Ja det er litt det vi og ser for oss. Jeg tenker vi skal gå litt videre til neste tema som da omhandler fysioterapeutens rolle og handlinger, der motivasjon er et sentralt tema. Da kan medstudenten min ta over.»

#### Fysioterapeutens rolle og handlinger – motivasjon sentralt

**Student 2:** «Det første vi lurte på var om du kan fortelle litt om hva du vektlegger i en undersøkelse av denne pasientgruppen? Både med tanke på anamnese, generell og spesiell undersøkelse?»

**Informant 4:** «Ja det er et godt spørsmål. Når det er nye pasienter pleier jeg alltid å ta meg god tid. Jeg setter alltid av en time. Jeg lar pasienten fortelle historien sin. Det synes jeg er veldig viktig. At de føler at de får fortalt sin historie og beskrevet ting uten at jeg avbryter så mye underveis i samtalen. Det tenker jeg er viktig både for å få et godt helhetsinntrykk og for at pasienten skal føle at de er sett og hørt. Og det legger litt føringer for å få en god allianse



som gir grunnlag for å motivere pasienten som eksempelvis livsstilsendringer. Kan du si spørsmålet en gang til?»

**Student 2:** «Det handlet om hva du ville lagt vekt på i en undersøkelse? Du har allerede nevnt litt anamnese, så visst du kunne si litt om generell og spesiell undersøkelse?»

**Informant 4:** «I manuellterapi så har jeg nesten en smørbrødtype som jeg bruker i undersøkelsen hvor en både ser på inspeksjon i forhold til statikk, jeg ser på bevegelighet, aktive prøver, passive prøver, isometriske prøver og nevrologisk utredning. Jeg tar også i bruk ortopediske tester som vi kaller for spesielle prøver som gjerne er beskrevet i litteraturen. Det er litt avhengig av slags problemområder som er aktuelt å undersøke. Så visst det er mer sånn fibromyalgi eller generaliserte smerter så prøver jeg å holde meg til tester som kan måle mer sikkert. Sånn som GPE-tester for eksempel. Her måler jeg pasienten sin avspenningsevne og generell kroppslig fleksibilitet. Det er jo egentlig testmetoder som hører til innenfor psykomotorikken sånn tradisjonelt sett. Men jeg ser både i øst og vest for å finne en god måte og undersøke på. Som sagt ved mer generaliserte plager så syns jeg det er viktig å få noen gode mål. Så visst pasienten har nedsatt avspenningsevne og jeg kan måle det, så kan jeg forklare pasienten at «her har jeg noen konkrete mål, som forteller meg at du har nedsatt avspenningsevne, nedsatt kroppslig fleksibilitet. Det er noe vi kan jobbe med, og måle på nytt igjen seinere». På denne måten får de noen konkrete mål. Tidligere undersøkelser er ofte uspesifikke, og på denne måten gjør vi det litt mer spesifikt og målbart. Også kan jeg spe på med ACL- kartlegging. Såkalte tenderpoint som jeg kartlegger. Jeg bruker ikke det for å diagnostisere fibromyalgi fordi det er ikke godt nok lengre. Jeg bruker det for å få en formening om pasienten har mer smerter i muskulaturen sin enn det som er vanlig. Den normale scoren er fra 0-4, så visst pasienten da har 11-12 smertefulle punkter kan jeg si til pasienten med stor grad og sikkerhet at du har mye mer smerter musklene enn det som er vanlig. Bare å få den bekreftelsen er gunstig for å bygge en allianse. Det var nå litt generaliserte. Er det en vondt hofte så velger jeg jo andre tester som patrics-test eller fabers-test som er mer ortopediske prøver og som forteller meg mer om integriteten i hoftelrådet eller funksjonen i hoften. Er det et vondt kne så er det menisk tester, stabilitetstester og båndstrukturer osv. Så jeg velger tester utfra problemområdet pasienten presenterer. Også gjør jeg en del tester som er typisk innenfor manuellterapi. Det å teste mobilitet i aktuelle leddforbindelser. Er det generaliserte smerter så er disse testene innenfor manuellterapien nokså uvesentlig. Da bruker jeg ikke mye tid på det. Men er det et ryggproblem som for eksempel korsrygg så tester jeg da segmentell mobilitet i leddene i korsryggen både i forhold til utslag og stoppfølelse. Både kvalitet og kvantitet. Så jeg sjonglerer litt hva slags

testprosedyre jeg bruker utfra problemstillingen til pasienten, men så prøver jeg samtidig å holde meg til å velge tester som er sensitiv for å fange opp noen ting og som er godt validert. At jeg vet at jeg kan måle noen ting. Og i en kvalifisert tilbakemelding til pasienten på at du har uspesifikke smerter, men du har avvik på eksempelvis det og det. Dette er noe vi kan måle igjen seinere og gjøre det mer målbart i forhold til å oppnå resultater i behandlingen. Og det opplever jeg er en god start for å bygge en allianse med pasienten og for å kunne gi en god epikrise og tilbakemelding til fastlege. Da er vi inne på å stille det som jeg kalte for en vevsdiagnose og en funksjonsdiagnose. Litt igjen i forhold til disse generaliserte smertesyndromene så er det veldig vanskelig å bruke en dekkende vevsdiagnose, men en kan jo si noe sånn som utbredte smerter i muskulatur, eventuelt sensitisering eller allodynii. Den slags problematikk kan beskrive det litt som en del av vevsdiagnosen. Som funksjonsdiagnose så kan det være nedsatt avspenningsevne, dekondisjonering, nedsatt arbeidskapasitet i forhold til enkelte arbeidsoppgaver på jobb osv. Så man kan være ganske spesifikk likevel. Å gjøre en god funksjonsvurdering, uten at man er alt for skråsikker på at her er det L5 som står litt på skeive. Vi vet at den slags resonnement er vanskelig å være veldig spesifikk på vevsdiagnostisk. Hvertfall visst man har en viss edruelighet i forhold til vitenskap.»

**Student 2:** «Hvordan opplever du motivasjonen til denne pasientgruppen? Får du et inntrykk allerede ved første møte?»

**Informant 4:** «Ja det gjør jeg ofte. Det er klar at vi ser jo litt på kroppsspråk og verbal og nonverbal kommunikasjon. Noen pasienter kan være ganske skeptisk i utgangspunktet. Så man må liksom føle seg litt frem der. Ved samtale med pasienten er det jo viktig å stille åpne spørsmål og la de får ta styringen uten at jeg blir sittende tre timer på kontoret. En må prøve å unngå å avbryte og være på hugget selv under intervjuet.»

**Student 2:** «Føler du at de fleste er motivert når de kommer til deg?»

**Informant 4:** «Det variere veldig. Jeg har jobbet noen år, hvilket gjør at noen pasienter har hørt om meg fra før og har store forventninger til meg når de kommer. At de har hørt om meg fra en annen pasient eller kollega. Dette kan både være en fordel og en ulempe. Så det er liksom å kalibrere både forventningen fra pasienten og hva jeg faktisk kan bidra med på en god måte.»

**Student 2:** «Vi vet at en behandling skal individuelt tilrettelegges hver enkelt pasient, men er det noen likhetstrekk i valg av behandlingstilnærming som går igjen for denne pasientgruppen? Noe du alltid gjør?»

**Informant 4:** «Ja det er jo noen likhetstrekk. Vi vet jo alltid at det med kardiovaskulær trening er veldig gunstig. Som både for smertelindring generelt, vi vet at det gir bedre søvn, vi

vet at det har en rekke gunstige helseeffekter, sånn at jeg gir nesten alle pasientene mine kardiovaskulær trening som en del av programmet. Nesten alle. Selvfølgelig så har jeg noen få som kommer og som er litt i krisealderen og skal sette nye rekorder i birken og trener nesten på seg et hjerteinfarkt. Så det hender at jeg har noen som jeg må bremse. Forklare de at de må roe litt ned. Du har noen sånne også. Og da blir det helt feil visst jeg sier at de må kjøre på. Jeg har opplevd å få høre fra pasienten at fastlegen har sagt at de må gå en tur i skog og mark, litt som en tommelfingerregel. Også går de tur i skog og mark, så blir de ikke noe bedre av det. Så går de til fastlege og klager på det, så sier fastlege at da må de gå enda mer tur i skog og mark. Så blir det bare tøv. Så man må være litt nyansert på akkurat det der. Også er det jo gjerne visst det er kardiovaskulær trening så er det å finne en måte å gjøre det på som fanger pasienten. Noen synes det er greit å gå tur, og det kan være godt nok det i massevis, eller komme seg litt ut i fjellet eller i naturen, eller å trene inne eller svømme. Det er viktig å prøve å spille litt på lag med pasienten, slik at det blir en mulighet for at tiltakene blir gjennomført og holder seg litt over tid. Vi vet jo at effekten av det tar litt tid.»

**Student 2:** «Litt over til motivasjon igjen. Er det noen spesielle teknikker eller metoder du bruker og som du tenker er viktig for å kunne motivere denne pasientgruppen?»

**Informant 4:** «Jeg tenker det er viktig at pasientene føler at de er godt ivaretatt i forhold til å få en god samtale, god dialog, en god undersøkelse og at de er delaktig i sin egen rehabiliteringsplan. Og at de kan komme med forslag til hvordan vi skal løse ting. Jeg er mer en rådgiver enn en instruktør i den sammenheng. Det synes jeg ofte er en god innfallsvinkel for å skape motivasjon. Også er det selvfølgelig sånn at visst jeg kan ta inn pasienten på et seinere tidspunkt og gjennomfører lignende målbare undersøkelser og kan måle endring så kan også det være en god motivasjon for pasienten. Da kan se at eksempelvis bevegelsesutslagene i ryggen er blitt mye bedre enn de var sist. Eller at pasienten presterer bedre på oksygenopptak. At de faktisk ser at de presterer bedre. Så har du også motiverende intervju som du kan ta i bruk.»

**Student 2:** «Har du noe erfaring innenfor motiverende intervju? Er det noe du tar i bruk i behandlingen din?»

**Informant 4:** «Ja og kognitivatferdsterapi. Det er teknikker som jeg bruker en del. Dette med automatiske tanker og litt i retning kognitivatferdsterapi, der hadde jeg gleden av å jobbe sammen med en psykolog i noen år, der vi hadde kurs sammen for pasienter. Det var litt interessant dette med motivasjonsaspektet fordi etter hvert fant vi ut at noen pasienter var veldig vanskelig å motivere. De var motivert mens de var her, men når de kom tilbake neste gang så var de like demotivert. Så da begynte vi å kalle inn partneren til pasienten til disse

samtalene som vi hadde. Da oppdaget vi at visst pasienten også hadde en partner som var negativ til at pasienten skulle bli bedre eller komme seg i jobb, eller ikke hadde tro på at behandlingen hjalp. Så uansett hva vi gjorde så fikk vi ikke til noe. Så ta gjerne det i betraktning når man jobber med disse pasientene. Noen ganger så ber jeg pasienten ta med partneren sin neste gang. Ikke for at jeg skal ta partneren, men ofte så har jo partneren en del spørsmål som vi kan få avklart. Så visst man får også de nærmeste hjemme med på at pasienten faktisk må bruke tid til dette og prioritere dette for å bli bedre, og å være med å motivere så kan man få til ganske mye.»

**Student 2:** «Veldig interessant. Føler du at de fleste i denne pasientgruppen velger å gjøre en egeninnsats? At de gjennomfører behandlingsrådene du gir dem?»

**Informant 4:** «Jeg har en følelse av det, men det er absolutt unntak også. Jeg gjør det ganske tidlig klart at visst jeg gir noen øvelser eller ting de skal gjøre hjemme, så forventer jeg også at de gjør det. Da opplever jeg nok at de fleste tar seg sammen. Jeg er ganske streng på det at visst de kommer tilbake gang nummer 1 eller 2 og ikke har gjort noe, så sier jeg at da kan jeg ikke bruke tiden min på deg. Fordi at her må du følge opp eller så får vi ikke til noen ting. Jeg har såpass mange pasienter jeg skal følge opp, at jeg ikke kan bruke tiden på pasienter som ikke gjør det som jeg råder de. Så jeg er ganske streng på det. Jeg tror vi må være litt streng på det. Så har jeg også en opplevelse av at i de årene jeg har jobbet med disse tingene, at fra å ha delt ut programmer på tjue øvelser, som jeg synes gjennomføringsprosenten var ganske dårlig, så gir jeg nå aldri mer en fire øvelser. Det er litt utfra erfaring, men også visst en ser på forskning på livsstilsendring eller å gjennomføre øvelser, så er oppfølgingsprosenten mye dårligere visst det er mange øvelser og som tar mye tid. Så jeg prøver å legge opp til noe som er enkelt og som de kan gjøre i hverdagen også uten at de er låst til at de må ha et apparat til å gjøre det. At de kan gjøre det med enkle midler hjemme. Det tenker jeg er viktig når det gjelder motivasjonsdelen og gjennomføringen.»

**Student 2:** «Veldig enig i det du sier.»

#### Avsluttende spørsmål

**Student 2:** «Før vi avslutter, så lurer vi på om du har noen råd å gi til to nyutdannede fysioterapeuter før møte med denne pasientgruppen?»

**Informant 4:** «Jeg tenker at det å plukke seg gode og standardiserte undersøkelsesmetoder er gull i denne sammenheng. Og sånn som jeg sa om GPE-testing og ACL- screeningen er viktig. Bare at du får noen sanne målbare funn og undersøkelser er til god hjelp både for terapeuten og pasienten. Jeg har fem deltester som jeg gjør fra GPE-metoden som også har

vist seg å være den mest sensitive for å måle noen ting i forhold til avspenningsevne og generell kroppslig fleksibilitet. Så visst jeg bruker den testen sammen med ACL-screening så får jeg et godt overblikk og noe jeg kan fortelle pasienten konkret. Det tenker jeg er lurt. En annen ting som kan være en fordel er å bruke smertetegning i møte med pasienter og kanskje type screening skjema. Det er noen spørreskjema som går an å bruke for å kartlegge før undersøkelsen. Så mine pasienter får tilsendt denne når de bestiller time som de da fyller ut på nettet. Så får jeg det opp på skjermen min sammen med smertetegningen. Så allerede i forkant har jeg en formening om omfanget av plagene til pasienten, om det bare er en liten prikk i ryggen eller om det er radierende smerter ned i beina eksempelvis, eller om det er hele kroppen skravert der alt er vondt. Også graden av somatisering, angstelse og uungåelsesatferd, visst det er mye jobbfaktorer eller ulike stressfaktorer i livet er også noen av tingene vi spør etter. Så jeg får litt helhetsblikk til første behandlingstid. Det er hvertfall noe jeg tenker er lurt å begynne med når man skal begynne å jobbe med denne pasientgruppen.»

**Student 2:** «Da vil vi takke for mange gode råd og innspill. Det har vært veldig lærerikt å høre på.»

**Informant 4:** «Da ønsker jeg dere lykke til med skrivingen.»

**Student 2:** «Tusen takk for at du ville stille opp til intervju.»

**Informant 4:** «Ingen problem. Er det noe mer dere lurer på så er det bare å ta kontakt.»

## **Vedlegg 4-7**

Resterende vedlegg:

## **Innholdsfortegnelse**

<i>Vedlegg 4: Transkripsjon 1.....</i>	<i>2</i>
<i>Vedlegg 5: Transkripsjon 2.....</i>	<i>7</i>
<i>Vedlegg 6: Transkripsjon 3.....</i>	<i>16</i>
<i>Vedlegg 7: Transkripsjon 4.....</i>	<i>24</i>

## Vedlegg 4: Transkripsjon 1

Transkripsjon intervju 1: Fysioterapeut med spesiell kompetanse innenfor kvinnehelse.

Student 1: Intervjuende student

Student 2: Observerende og noterende student

Informant 2: Informanten

### Informantens forståelse av pasientgruppen

**Student 1:** «Er det slik at du arbeider mest med kvinner med tanke på at du har spesialkompetanse innenfor kvinnehelse?»

**Informant 1:** «Det er overvekt av kvinnelige pasienter hos meg, og jeg tror det også gjelder resten av instituttet.»

**Student 1:** «Hvordan forstår du uspesifikke smerter og denne pasientgruppen? «

**Informant 1:** «Såne som har mange «vondter» i kroppen, men at de ikke har en spesifikk diagnose. De har ikke leddgikt, bekkenløsning, operert eller skadet seg.»

**Student 1:** «Er det noe som kjennetegner pasientgruppen? Noen likheter innad i gruppen?»

**Informant 1:** «Det som kjennetegner dem er jo at ting er for mye for dem. At det er for mange belastninger psykisk og fysisk, også gjør det utslag i kroppen. Altså det er noe feil med balansen i kroppen tenker jeg; at man har for mye stress og bekymringer, og for lite utløp.»

**Student 1:** «Vil du si at de fleste pasientene i denne gruppen har sammensatte plager? Altså at de har smerter i flere områder?»

**Informant 1:** «Ja, absolutt. Veldig mange har jo problemer med magen samtidig.»

**Student 1:** «Problemer som urolighet og kvalme, eller?»

**Informant 1:** «Ja, og sånn irritabel tarm og oppblåsthet.»

**Student 1:** «Har du noen tanker om hvordan denne pasientgruppen ser på sin egen helsesituasjon?»

**Informant 1:** «De føler jo seg ofte litt motløs.»

**Student 1:** «Som i håpløshet, eller?»

**Informant 1:** «Ja fordi de føler at de ikke klarer så mye som de vil fordi smerten begrenser de og at de ikke klarer å henge med omgivelsene og familien grunnet begrensninger fra kroppen.»

**Student 1:** «Av disse pasientene som kommer til deg, kan du si noe om hvilken aldergruppe de fleste er i? Og er det noen kjønnsforskjeller?»

**Informant 1:** «De fleste er middelaldrende kvinner i 40-70 årene, men det er også yngre mennesker som får det. Sikkert noen på deres kull som har det.»

**Student 1:** «Ser du også menn som kommer med disse smertene?»

**Informant 1:** «Ja faktisk. Nå ser jeg for meg minst én mann som jeg nettopp har hatt, så ja, det kan det absolutt være. Jeg tenker at menn er mye flinkere til å ta pauser når de er sliten, mens kvinnene bare holder på. Holder på og surrer på. De gir ikke kroppen fred slik som menn er flinkere til å gjøre.»

«**Student 1:** «Har du noen formening om hvorfor det er så mange som opplever slike smerter og plager? Tror du at det rett og slett er som du nevne, at folk tar på seg for mye og ikke er flink nok til å ta pauser?»

**Informant 1:** «Ja. Nå kommer jeg inn på hva jeg fokuserer på; det der med å være bevisst på å fylle på med gleder i livet, sant, slik at man får en balanse i kroppen. At det ikke bare er strev, men at man blir bevisst på alt som er kjekt. De lever gjerne ikke helt godt og sunt tenker jeg. Verken med kostholdet, som gjerne ikke er bra, og for lite frisk luft og trim, som gjør at de ikke får endorfiner i kroppen.»

### Fysioterapeutens rolle og handlinger – motivasjon sentralt

**Student 1:** «Dette tar oss videre til neste tema, nå har vi jo hatt mer generelle spørsmål, men nå ønsker jeg å spørre deg litt mer om fysioterapeutens roller og handlinger, der jeg også vil trekke inn motivasjon som er en del av oppgaven vår. Så da lurer jeg på hva du legger vekt på i undersøkelsen av pasienter med muskel- og skjelettsmerter? Det vil si i anamnesen, og både generell- og spesifikk undersøkelse.»

**Informant 1:** «I anamnesen prøver jeg jo å få et inntrykk av totalsituasjonen deres. Hvis de kommer her og sier de har vondt i ryggen, så undersøker jo ikke jeg bare ryggen. Det kommer jo veldig mye fram bare i anamnesen. De forteller om totalsituasjonen sin; familiesituasjonen, er de i jobb eller ikke i jobb, at de er ute av jobb kanskje, ja alle de tingene teller jo med. Og om de har ansvar for mange eller om de er ensomme. Du får jo vite veldig mye om livet deres. Også får du jo se på helheten på undersøkelsen; på grad av anspenthet, om de puster eller om de står med skuldrene opp. Dette er jo slik som psykomotorikere arbeider mer med,



altså hvordan du står med balansen kroppen, sant, om du står i beredskap og spenner musklene dine, eller om du står avslappet og har god tyngdeplassing. Sant, det sier jo veldig mye om hvordan de møter livet.»

**Student 1:** «Vil du si at de fleste som har disse smertene står slik som du beskrev nå; at de står anspent?»

**Informant 1:** «Det behøver ikke det, de kan også stå med slapp stilling. Men det er sjelden du ser at de står med helt fri pust og er helt avslappet.»

**Student 1:** «Hva med motivasjonen til den typiske pasienten med slike smerter, klarer du å få et inntrykk av denne allerede ved første møte? Om den er varierende eller stabil innad i gruppen?»

**Informant 1:** «Nei, det syns jeg er vanskelig. Du må ha folk over tid for å bli kjent med dem. Du kan ikke klare det første gang. Du kan få et inntrykk av måten de ser på deg også kikker du liksom litt inn i livet deres på en måte ved å få litt opplysninger. Også blir vi bedre kjent etter hvert. Men jeg er jo ikke en psykomotoriker, så jeg kan ikke si «der har du den typen» og «der har du den typen», det klarer jeg ikke.»

**Student 1:** «Med tanke på motivasjonen til denne pasientgruppen, kan du si noe om hvordan du opplever den gjennom behandlingsforløpet? Hvis den f.eks. øker?»

**Informant 1:** «Jeg vil jo si at folk er forskjellige, det er jo all slags mennesker dette og, så du kan ikke si at denne gruppen har «sånn og sånn» motivasjon. Noen er kjempemotiverte for å komme ut av det og gjøre noe bedre ut av livet sitt, mens andre syns det blir altfor mye å forholde seg til at de skal endre seg. Sant, så det veldig forskjellig.»

**Student 1:** «Hva bruker du for å motivere disse pasientene?»

**Informant 1:** «Jeg prøver å forklare smerte og hvordan smerte trigger deg selv i kroppen slik at det blir en ond sirkel; det kan gå ut over humør, at du overspiser, at du plutselig blir irritabel og sånne ting hvis du går rundt med mye smerter.»

**Student 1:** «Så du prøver å forklare dem mer?»

**Informant 1:** «Ja, jeg forklarer dem smerte, hvordan smerte virker inn på kroppen og hva de kan gjøre for å komme ut av smerte, altså hva som er bra å gjøre når du går med mye smerte. F.eks. hvordan du skaper endorfiner i kroppen og gjør noe med situasjonen din ved å gjøre ting som er lystbetonte. Og ikke minst trene. Frisk luft og å komme seg opp og tenke annerledes.»

**Student 1:** «Føler du at flesteparten vil gjøre en egeninnsats?»

**Informant 1:** «Veldig mange får en aha-opplevelse når de forstår at dette virkelig er noe de kan gjøre noe med. Det er jo mange som tenker f.eks. at «jaja, jeg har jo fibromyalgi». Det er

jo en diagnose, men det betyr egentlig at de har vondt i kroppen. De hviler litt på dette og kan også si «ja, min mor har jo også dette» og på denne måten tenker de at «sånn er det bare».

**Student 1:** «De prøver på en måte å finne en årsak til at de har det sånn?»

**Informant 1:** «Ja og at sånn er det bare. Og at de selv kan gjøre noe med det har de ikke helt troen på.»

**Student 1:** «Føler du at du klarer å snu tankegangen til de som tror at de ikke kan bli bedre? Føler du at du klarer å hjelpe de til å endre på det?»

**Informant 1:** «Ja, det føler jeg i større og mindre grad. At de gjør små ting som kan gjøre livet bedre. Så dette må dere jobbe med, dette er veldig viktig å jobbe med. Det er jo derfor vi tar denne utdannelsen, for å få folk til å få et bedre liv.»

**Student 1:** «Ja, det er jo også derfor vi ønsker å skrive om dette temaet. Nå som vi har trukket motivasjon inn i behandlingsforløpet, kan du si noe om selve behandlingen? Er det noen likhetstrekk i valg av behandlingstilnærming som går igjen eller er det alltid helt individuelt?»

**Informant 1:** \*Tenker\*.

**Student 1:** «Altså er det noe du alltid har med i behandlingen av denne pasientgruppen eller noe du ofte gjør med dem?»

**Informant 1:** «Ja, det kan du si. Det jeg ofte gjør med dem er slike velvære-øvelser som yoga. Dette gjør at de kan ta ut bevegelse av kroppen, samtidig som de har pusten med seg.»

**Student 1:** «Avspenningsøvelser?»

**Informant 1:** «Ja, avspennende øvelser. Og at de blir kjent med kroppen sin. Liksom kjent med bevegeligheten, at de har pusten med seg og klarer å ta ut bevegelsen. Det går igjen på alle og jeg gjør det på alle uansett.»

**Student 1:** «Og hvordan mener du effekten av dette tiltaket er?»

**Informant 1:** «De får kjenne på velvære.»

**Student 1:** «Ja, men føler du at det er bra for dem på en slik måte at du ser at det fungerer og gjør at de føler seg bedre?»

**Informant 1:** «Absolutt. De lærer å få velvære og la kroppen arbeide i harmoni, og at de ikke holder igjen med pusten eller noen ryggmuskler fordi de ikke tør å ta ut bevegelsen. De lærer å tørre å bruke kroppen samtidig som de har med pusten. Så det er kjempebra og det syns alle. Også liker jeg jo veldig godt at de får kjenne at de er litt sterke og har litt styrke.»

**Student 1:** «Så litt styrketrening også da?»

**Informant 1:** «Ja, men det må jo være veldig balansert for det kan jo trigge at de får mer vondt. Så du må liksom se at de mestrer det. Og med de øvelsene som de mestrer er det jo veldig kjekt å motivere dem til å klare enda mer.»

**Student 1:** «Slik at de får mestringsfølelse?»

**Informant 1:** «Ja, de får mestringsfølelse og det er kjempeviktig! Og det å kjenne at denne kroppen faktisk er brukbar til noe, det er viktig. Og å få humøret inn i behandlingen; du må alltid prøve å le litt og tulle litt. Også må vi by på oss selv slik at de ser at det ikke er farlig å miste kontrollen, det er ikke så farlig å gjøre litt rare ting. Det er ikke de som står og synger på gaten for å si det sånn, de er veldig forsiktig. Så jeg tror at det å hjelpe de til å tørre å slippe seg litt mer løs er bra.»

**Student 1:** «Det høres ut som vi har fått masse tips som vi kan ta med oss videre.»

**Informant 1:** «Ja, jeg vet ikke hvor fornuftig alt har vært, men det er ihvertfall slik jeg liker å arbeide.»

### Avsluttende spørsmål

**Student 1:** «Har du noen råd, helt til slutt, til oss fremtidige fysioterapeuter i møte med denne pasientgruppen?»

**Informant 1:** «Du skal være seriøs når de leverer sin historie, men samtidig skal du prøve å lette situasjonen for dem. Du skal ikke tulle vekk symptomene deres, men du skal hjelpe dem til å bruke litt humoristisk sans i taklingen av problemene sine. Også å snakke med dem om å fokusere og snakke om alt de klarer å gjøre og mestrer. Det er alltid masse å være glad for og masse å være stolt over seg selv for at man klarer. Og det er jo viktig. Mange av disse pasientene er jo veldig kreative, vet ikke om det er tilfeldig, men de er kjempeflinke til å lage ting og sånn. Og da sitter man jo mye i ro. Men ihvertfall skryte over alt som kan skrytes av er bra, og å si at det er utrolig mye bra med deg. Og prøve å gi de litt åpninger for nye aktiviteter som kan være kjekke å prøve ut som de kan føle mestring på. Lavterskel ting. De kan kjøpe seg en hund slik at de må komme seg ut og får mye kos av hunden som gir varme følelser som er godt for kroppen.»

**Student 1:** «Tusen takk for at du tok deg tid til oss.»

**Informant 1:** «Bare hyggelig. Dere får ha lykke til med oppgaven.»

## Vedlegg 5: Transkripsjon 2

### Transkripsjon intervju 2: Fysioterapeut som jobber på spesialavdeling for muskel- og skjelettlidelser i spesialisthelsetjenesten

Student 1: Intervjuende student første del og observerende og noterende student andre del.

Student 2: Observerende og noterende student første del og intervjuende student andre del.

Informant 2: Informanten

#### Informantens forståelse av pasientgruppen

**Student 1:** «Kan du fortelle litt om hvordan du forstår uspesifikke smerter og denne pasientgruppen?»

**Informant 2:** «Smerter er jo enten en konsekvens av skade eller sykdom. Visst det på en måte hadde vært et beinbrudd eller prolaps som har en normal tilhelingsstid også avtar smertene etter hvert som vevet tilheler, så det er jo liksom en sånn enkel og grei forklaring på smerte som de fleste klarer å forholde seg til. Men disse uspesifikke smertene er jo gjerne mer en konsekvens av at noen har hatt et endret bevegelsesmønster eller veldig ensidige belastninger. Jeg forstår smertene som et sammensatt bilde som kan være forårsaket av stress over lang tid, psykologiske aspekter, emosjonelle belastninger som til slutt setter seg i kroppen og kan resulterer i spenninger og smerter i kroppen. Så det er jo mer et sammensatt bildet.»

**Student 1:** «Er det noe du synes kjennetegner denne pasientgruppen? Noen likheter eller ulikheter innad i gruppen?»

**Informant 2:** «Ja, altså jeg føler jo veldig ofte at det handler om at det kan være noe rent sånn ergonomisk at noen har noe enten veldig tunge eller ensidige arbeidsoppgaver og kombinert med at de kanskje har et endre bevegelsesmønster utfra det vi tenker er gunstig. Slik som en ugunstig sittestilling og gjerne mye sitting i jobben sånn at det gir belastning på muskel- og skjelettsystemet. Det kan også være disse tunge arbeidsoppgavene med ugunstig løfteteknikker som kan føre til en veldig belastning på systemet på en del strukturer hvertfall i rygg og nakke spesielt. Så kan det også gjerne være kombinert ofte med at det er noen belastninger eller stressfaktorer, som for eksempel høyt arbeidspress eller mangel på forståelse fra leder eller kollegaer sånn at det blir en sånn stressfaktor i tillegg. At de føler kanskje ikke at de er forstått i forhold til sine utfordringer og plager, også blir det økt stress

knyttet opp mot det. De kan gjerne og ofte ha stress på hjemmebanen, at det er noe som av økonomisk eller andre psykososiale belastninger som gir spenninger og stress i kroppen. Så veldig ofte ser vi at de har på en måte utfordringer på flere områder også blir bare begeret for fullt også slår det ut i muskelspenninger og smerter. Også i den situasjonen de står i, med mye belastninger og kanskje mye å gjøre. Mange har ofte et tett program og blir sliten av det, mangler overskudd, så får de smertene som tar litt av energien, og da prioriteres veldig ofte trening vekk. Det er jo treningen som gjerne ville gitt de overskudd og noe bra i forhold til muskel- og skjelettplager. Så veldig ofte ser vi det at de har kanskje vært kjempe treningsglad tidligere og hatt det som en del av livet, også er det på en måte det som må gå vekk da jobb, familie og andre ting må på en måte gå foran. Eller det er hvertfall sånn de har valgt og prioritert det, også slår det ut i disse plagene. Så jeg syns ofte dette er trenden på en måte, at det blir for mye, og det som skulle være et positivt påfyll blir prioritert vekk. Og da blir det for mye av disse negative belastningene som setter seg i muskulaturen.»

**Student 1:** «Så du føler at mange i denne pasientgruppen får rett og slett for mye å gjøre både i hjemmet og på jobb?»

**Informant 2:** «Ja. Jeg syns veldig ofte det. Men det er på en måte den ene kategorien og de vi ser flest av. Men så har du og noen ikke nødvendigvis har så veldig mye, men likevel ikke mestrer, eller at det er noe med den mestringsstrategien som går litt galt. Dette kan jo og være litt deres egen oppfatning av disse plagene, at det er bekymring for at det er noe mer alvorlig, underliggende, at mye kan gå på den forståelsen. Det kan også være at det ikke er et godt forhold mellom krav og kontroll på arbeidsplassen, sånn at de får en opplevelse av at det blir stilt veldig mye krav til de, uten at de har helt kontroll. Jeg tror det handler litt om den følelsen som gir litt dårlig mestringsfølelse og kanskje de i tillegg da er dekondisjonert og ikke liker å trene og være aktiv. Sånn at visst de har en litt passiv tilnærming og litt opplevelse av å ikke kunne påvirke egen arbeidssituasjon, så kan det og sette veldig spenninger, selv om de ikke nødvendigvis har for mye på programmet. Men det er noe med den mestringsstrategien og oppfatningen av egen kropp og plager, som er kanskje der vi må komme inn og bidra.»

**Student 1:** «Du nevnte litt at denne pasientgruppen ikke alltid føler seg forstått. Kan du si litt om hvordan denne pasientgruppen forstår sin egen helsesituasjon?»

**Informant 2:** «Veldig mange sier at det er så vanskelig med disse uspesifikke smertene fordi det ikke er synlig. Du går ikke rundt med en gips, der det er tydelig at du har vondt, men at dette kommer til å gå over. Men denne pasientgruppen gjør jo gjerne sitt for å se litt fresh ut og komme på jobb og prøve så godt de kan og ikke nødvendigvis gå rundt å syte og klage

over disse smertene. Men de har jo smerter og det kan skape mye utfordringer for de, og veldig ofte prøver de veldig hardt på å få det til både på jobb og hjemme, og ofte har de også søvnvansker på grunn av plagene eller på grunn av tankekjør og andre ting. Det at det ikke er synlig tror jeg er veldig utfordrende for mange. Dersom de er delvis sykemeldt, også har de lyst å gå ut å gå en tur eller gjøre noe positivt for seg selv som kan skape god helse og få de tilbake i arbeid, så får de gjerne dårlig samvittighet vist de blir sett av en kollega som gjerne tror at visst de er så frisk til å gå tur, hvorfor er de ikke på jobb da. Men det er jo gjerne jobben og de oppgavene de ikke mestrer, men det er jo ønskelig at de får inn aktivitet og det som gir de positivt energi og det som kan gi de påfyll og få plagene til å snu til det bedre. Så det er vel gjerne litt sånn mange gir tilbakemelding på.»

**Student 1:** «Hvordan beskriver pasientene plagene sine? Er de ofte sammensatte? Er det flere områder de har smerter i?»

**Informant 2:** «Ja, fleste av de pasientene har veldig sammensatte plager og det er gjerne det som går igjen med de uspesifikke plagene at det ikke nødvendigvis er bare ett konkret område de har vondt i. Smertene driver og flytter på seg, og noen ganger er det mest vondt rundt nakke og skulderområdet, så er det litt rygg, så har de en ankel eller litt uti en arm, eller de har hodepine og svimmelhet. Veldig ofte sammensatte. Gjerne og mage og tarm, altså det er flere ting og gjerne ikke bare muskel- og skjelettplager som de har utfordringer med. Dette er jo da en god måte å forklare de at det gjerne ikke er noe spesifikt på strukturnivå, når smertene driver og flytter på seg på den måten. Da er det andre mekanismer som ligger under og opprettholder smertene.»

**Student 1:** «Av denne pasientgruppen som kommer til deg, kan du si noe om hvem disse er? Med tanke på aldersgruppe og kjønn?»

**Informant 2:** «Det er påfallende hvor mye yngre denne pasientgruppen begynner å bli faktisk. Jeg synes liksom før at det gjerne var pasienter i 30-40-årene som var hovedbolken, men nå synes jeg det er mange som kommer ned i 20-årene. Vi har til og med pasienter i tenårene som fortsatt går på videregående eller som er akkurat begynt med studielivet. Jeg tok ut et skriv fra registeret for å få litt oversikt, og den viser at de fleste er mellom 30-50-årene, men det er også mange mellom 20-30-årene og en del 50-60-årene. Men hovedbolken er mellom 30-50-årene gjerne. Og da er det absolutt et overtall med kvinner. I snitt er det ca. 70 % kvinner. Men det kan variere litt fordi de som utredes for ryggsmarter er gjerne litt mer menn, ikke mer enn kvinner, for også her er det nok flertall kvinner vil jeg tenke. Men i nakkegeneraliserte er flesteparten kvinner.»

**Student 1:** «Så det er flest kvinner i nakke gruppen, mens gjerne litt mindre enn 70 % kvinner i rygg gruppen?»

**Informant 2:** «Ja, jeg vil egentlig tenke det.»

**Student 1:** «Så det med at det er blitt mange yngre, er det noe som har skjedd nå nylig?»

**Informant 2:** «Nei, jeg synes det har komt litt snikende i løpet av de årene jeg har jobbet her, men nå skal vi jo ta med i betraktningen at jeg begynner å bli eldre og blir overrasket over hvor unge de er, de som kommer inn. Tidligere synes jeg det kom inn flere fra yrkesaktiv alder og oppover. I løpet av de siste par tiårene har det kanskje vært et økt press, eller hos de unge damene kan det være et økt indre press, at de stiller høyre krav til seg selv rett og slett. Også er det jo gjerne krav og sånn på skolen, men at det er det at de selv ikke er fornøyd før de er på topp, litt sånn gullstander på ting. Det er jo på flere arenaer, og det har jo vært et litt samfunns tema og, at man skal prestere både på skole og man skal helst være aktiv på fritiden, og ha et fint ytre og alt skal på en måte være en høy stander på. Og dette med sosiale medier og press på en måte fra flere kanter. Så den biten har nok sikkert gjort til at det skapes mer stress hos den yngre generasjonen sånn at det blir mer muskel- og skjelettplager der og.»

**Student1:** «Det høres litt ut som at det er flere faktorer som spiller inn her også, at det blir for mye for dem?»

**Informant 2:** «Ja, absolutt.»

**Student 1:** «Har du noen tanker om hvordan pasientene sine forventninger til fysioterapi er? Har de tro på bedring?»

**Informant 2:** «De fleste har tro på bedring heldigvis. Hvertfall av de som kommer til oss. De har jo gjerne prøvd veldig mye forskjellig behandling tidligere, brukt mye tid og penger på ting som ikke har gitt ønsket effekt. Så de har gjerne mistet litt troen på at det er noe «quikfiks» her, fått litt signaler og begynt å skjønne selv at dette her er noe som må jobbes med over tid, kanskje de må endre på noe. De er som oftest mottakelige når de kommer opp her og gir ofte tilbakemelding at de føler at de blir sett og hørt på, at de blir forstått for sine plager. Av og til kan de ha hatt erfaring hos andre behandlere eller andre folk rundt seg at de ikke helt blir tatt på alvor. Men jeg tror de sitter med opplevelsen av at vi tror absolutt at du har disse smertene og vi graver jo veldig i hele livet deres egentlig. Vi stiller ganske konkrete spørsmål i forhold til hvordan de har det både på jobb og hjemme. De må fylle ut spørreskjema gjerne hvor vi kan bruke det som et grunnlag, slik som livskvalitetsskjema. Så vi får jobbet litt med og gravd litt i hvordan de har det både på jobb, hjemme og med seg selv. Så har jo de virkelig fått lagt ut om alt og de har kanskje da fått noen tilbakemeldinger fra oss, så begynner de gjerne lettere å se sammenhenger, at det de gjøre gjerne ikke er bra, at de har

holdt på med dette alt for lenge, ikke lyttet til kroppen eller tatt hensyn til seg selv og mer hensyn til de rundt seg. Dette er veldig klassisk da. At de skjønner at nå må jeg stoppe opp og ta noen grep, her må det gjøres noen endringer visst dette bildet skal snu. Og da er de som oftest veldig klar, når de ser sammenhengene og skjønner at det er jo dette som er opprettholdende for mine plager. Da er det ofte mer motiverende å gå i gang med å endre seg. Så får de også hjelp av oss til å legge en plan for endring både når det gjelder aktivitet og arbeid og personlig stil, at her må de senke kravene, at det ikke er lengre gullstandard, men at sølvstandard er godt nok. Det at noen også kommer inn i gruppeopplegg her og ser andre som har det på samme måte som dem selv, og at det er andre som er unge og ser helt grei ut på utsiden, men har disse samme plagene og sliter med mye av det samme som de de selv gjør. Dette føler de mye støtte i ofte, fordi de føler seg gjerne veldig alene om plagene. Det er ikke nødvendigvis noen rundt de hjemme eller på jobb som helt klarer å forstå. Da tror jeg det er en veldig støtte i å være litt i samme båt med noen andre som sliter med de samme tingene.»

**Student 1:** «Veldig interessante innspill.»

#### Fysioterapeutens rolle og handlinger – motivasjon sentralt

**Student 1:** Jeg tenker vi skal gå litt videre til neste tema som da omhandler fysioterapeutens rolle og handlinger, der motivasjon er et sentralt tema. Da kan min medstudent ta over.»

**Student 2:** «Supert, takk. Vi lurte litt på om du kan begynne å fortelle litt om hva du ville lagt vekt på i en undersøkelse av en pasient med uspesifikke muskel- og skjelettsmerter? Både mettanke på anamnese, generell og spesiell undersøkelse?»

**Informant 2:** «Ja, når det gjelder anamnesen så bruker ikke jeg så veldig lang tid på den, fordi at pasienten har først vært hos legen og tatt opp en full sykehistorie og anamnese, så har pasienten vært i samtale med sykepleier som tar alt rundt av arbeid og psykososiale. Så de har dekket enormt mye, og har gjerne og spurt litt om trening, aktivitet og tidligere behandling. Men det er det jeg gjerne går litt mer i dybden på, at jeg spør litt mer detaljert om hvilke type behandling har du fått, hva innebar behandlingen, hvor lenge varte det, hvilke type trening gjør du nå og hva har blitt prøvd tidligere. På denne måten får jeg mer kjøtt på beinet. Smertehistorie er også noe jeg går mer i dybden på. Hva ting er det som påvirker smerten, hva gjør at den øker på og hva gjør at den dempes. Hvordan er smertene akkurat nå og hvilken oppfatning har du av disse plagene. Den er litt viktig fordi at de har som sagt vært hos legen og sykepleier, så de har fått litt sånn tankene i sving og sånt og kanskje de svarer noe helt annet til meg enn det de svarte til legen fordi de gjerne forstår mer selv hva som kan være med på å påvirke plagene. Så dette liker jeg å gå litt inn i. Også når jeg da skal begynne å



undersøke pasienten så er det jo dette først med holdning og pust. Pusten ser jeg på gjennom hele undersøkelsen, binder de pusten veldig, spenner de seg og biter ting i seg eller hvordan er det med pustemønsteret deres. Det kommer jo an på om det er rygg eller nakke pasienten har plager med, med tanke på de spesifikke testene jeg velger. Men jeg vil som oftest alltid se på det med kroppslig fleksibilitet og avspenningsevne, disse trykkømmepunktene bare for å få et blikk på hvor generaliserte disse plagene er. Videre blir det mer spesifikt inn mot rygg, skulder og nakke, bekken, utfra hvor det er pasienten har mest plager. Og noen gang er det jo begge deler, da jeg gjør spesifikke tester på rygg og ryggfunksjonstester, fordi vi liker av og til å se på noe funksjonelt og. Så vi har noen testbatteri der vi går gjennom enormt mye forskjellig, der vi samtidig får et godt bilde over hvordan bevegelsesmønsteret til pasienten er, og hvordan det står til spesifikt med bevegelighet og muskulatur rundt det området de har plager. Men og litt generelt.»

**Stundet 2:** «Hvordan opplever du motivasjonen til denne pasientgruppen? Får du et inntrykk allerede ved første møte?»

**Informant 2:** «Veldig ofte så er motivasjonen veldig høy på første møte hos de fleste. Også kan det være når vi følger med over tid, tar de inn i noe oppfølging eller gruppeopplegg at motivasjonen er endret. Etter en utredning så tenker vi gjerne ja disse egner seg for et gruppeopplegg, men så må vi ha de inn for å grave litt i den der motivasjonen og hvor klar de er for endring. Når vi har satt de i gang på ting etter utredning, gjerne gitt de noen øvelser og snakket om kondisjonstrening og prøver å få de i gang med noe der, avspenningstrening eller at legen har gitt beskjed om å gå inn på noen nettsider med linker i forhold til dette med smerteforståelse. Visst de da kommer tilbake og sier at de ikke har kompt i gang med noen ting egentlig, så begynner vi å skjønne at de har kanskje ikke den helt rette motivasjonen eller hva er det som begrenser de her, og hva skal til for å få de til å hente frem denne motivasjonen. Er de egentlig klar for å gjøre disse endringene eller er de bare på feil tidspunkt. For da er det bortkastet tid og fortsette. Det hender også at vi må følge de flere ganger fordi de vil så gjerne så merker man det at nei de er faktisk ikke klar. Så visst ikke vi kan med våre teknikker, få de endringsvillig heller, så må vi kanskje bare stikke fingeren i jorden og innse at her kommer vi faktisk ikke videre. Det er jo veldig hjelp til selvhjelp. Vi kan komme med gode råd og veiledning og gi innspill på ting de skal endre på, men det er jo de som må gjøre jobben.»

**Stundet 2:** «Dette tar jo oss videre til neste spørsmål. Du var litt inne på det, men hvordan motiverer du dine pasienter med tanke på egeninnsats i behandlingen?»

**Informant 2:** «Det blir jo veldig viktig det med målsetting, at det er målrettet det vi gjør og at de selv definerer noen mål. At de selv er med på å sette disse målene fordi de skal være

realistisk og målbart og inneholde noe som gjerne kan evalueres, at de ikke bare er ja jeg vil ha mindre smerter. Det blir for vagt. Så visst de har noen konkrete mål så er det litt lettere å sette i gang med noen tiltak som vil jobbe mot disse målene. Å ha et langsiktig mål samtidig som kortsiktige mål er viktig. Med kortsiktige mål kan du hake av underveis og kjenne at det skjer en fremgang, fordi dette er jo ting som tar tid. Så jeg tror det kan gi motivasjon visst de har noen delmål som de oppnår underveis. Det at vi retester underveis i oppfølgingen kan også gi motivasjon. Dette fordi vi kan si til dem at her skjer det fremgang og forandring, selv om pasienten fortsatt har like vondt, så har pasienten mye mer bevegelse, nå klarer du det og det. Da kan ofte pasienten tenke å gud det har jeg ikke merket selv, men det er jo knallbra. Og på denne måten kan de blir mer motivert. Dette er hvertfall noen av tingene vi bruker.»

**Student 2:** «Vi vet at en behandling skal individuelt tilrettelegges hver enkelt pasient, men er det noen likhetstrekk i valg av behandlingstilnærming som går igjen for denne pasientgruppen? Er det noe du alltid gjør?»

**Informant 2:** «Det er jo gjort en del forskning på dette med langvarige muskel- og skjelettplager, hva skal til, hva viser seg å faktisk virke. Og da er det jo pekt ut to hovedting som jeg alltid gjør med pasientene, og det er kondisjonstrening og avspenning. Og det er nesten selv om vi tester de god på avspenning. De kan gjerne ha god avspenning, klare å slappe av når vi ber dem om det, men de går rundt og spenner seg så mye i hverdagen fordi at de har alle disse stressfaktorene i livet sitt eller fordi de har så vondt at de binder pusten. Så veldig mange kjenner seg igjen i det at de trenger å få et bedre pustemønster, klare å slappe av. Mange har også et tankekjør som kan gjøre at de blir anspent og gjerne trenger å jobbe med avspenning som en del av pakken. Så det går jo både på det kognitive og det kroppslige egentlig. Så det er veldig sjeldent at de ikke trenger å jobbe med det. Hvertfall disse med nakkegeneraliserte og noen rygger. Dette med kondisjonstrening tar vi opp med alle. Å drive med regelmessig kondisjonstrening, komme opp i puls er en viktig del av behandlingen. Ellers blir det disse spesifikke øvelsene de går igjennom knyttet opp mot det vi finner i undersøkelsen. Ofte har de før fått beskjed om å tøy mye, og gjerne passiv behandling som går på type benkebehandling for å bedre bevegelse. Men visst de selv ikke har gjort tøyning med god kvalitet, at de setter strukturene på en lett strekk med god pust og bare lirke lure og bevege og skape sirkulasjon er ofte det som skiller seg når kommer i gang med sanne lavdoserte øvelser som gjør at spenningene dempes og da kommer bevegelse mer naturlig. Og det å ha fokus mye på funksjon, at det hjelper ikke at de er pliktoppfyllende og gjør hver øvelse for eksempel 3-4 ganger i uken på en super måte, men resten av døgnet går de rundt med disse ugunstige måtene å bevege seg og spenne seg på. Så pointeres veldig at

her må det skje endring i hverdagsaktivitet og i arbeid og at de er bevisste på at de gjør endringer hele veien gjennom dagen.»

**Student 2:** «Føler du at de fleste i denne pasientgruppen velger å gjøre en egeninnsats? At de gjennomfører behandlingsrådene?»

**Informant 2:** «Det er på en måte både ja og nei. De fleste klarer å gjøre mange gode endringer når de får den veiledningen vi gir de, og støtte på veien og følger de, og at de er sykemeldt enten helt eller delvis for å faktisk få frigjort tid til å komme godt i gang. Da får de litt egentid. Det er gjerne det som har vært problemet tidligere, at de er i arbeid og prøver og følge opp på alt. Så de må på en måte velge vekk noen ting, så må de prioritere seg selv og da klarer de gjerne å gjøre gode endringer som gir gode resultater og de klarer å trappe gradvis opp og tilbake til arbeid. Men selvfølgelig den langsiktigheten er utfordrende. Vi ser de gjerne i max et halvt års periode, men det er jo noen som blir re henvist og kommer tilbake. De sier gjerne at de gikk fint når de var her, men at det var vanskelig å holde det gående, da de ikke lengre har den påminnelsen om at de må fortsette med disse tiltakene. Så sklir det litt vekk, fordi de er blitt så mye bedre og glemmer da å gjøre øvelser og trene systematisk også sklir det litt tilbake til gammelt mønster. Det er nok en tendens hos mange, men jeg tror nok og at noen får inn noen gode endringer som er varig visst det legges på rett nivå og at det er gjennomførbart i deres liv. Pasienten må lage tiltaksplanen selv slik at de ser at dette får jeg til. Slik at det ikke blir for overambisiøst. Jeg syns at hos de fleste så kommer vi ganske bra i mål.»

**Student 2:** «Du nevnte tidligere at du hadde litt kunnskap innenfor motiverende intervju. Er dette noe du tar i bruk i behandlingen?»

**Informant 2:** «Ja ikke veldig mye, fordi det krever at du på en måte kobler deg inn i et modus. Noen ganger går det litt på autopilot, med at man har så og så lang tid til å ta anamnese, gjøre en undersøkelse, gitt noen øvelser. Så det blir gjerne mest brukt under oppfølging når jeg merker at pasienten sliter litt med motivasjonen, der jeg må prøve å grave litt da pasienten ønsker så veldig men får det ikke til. Jeg prøver også å vekke, det er gjerne det jeg bruker mest. Når det gjelder motivasjon, hvor ligger du fra en skala fra 1-10, hva er det som gjør at du ligger på dette tallet. Kanskje pasienten klarer å hente frem en forklaring. Så jeg bruker det hos de som er i oppfølging og som jeg ser har behov for det.»

**Student 2:** «Ja skjønner»

Avsluttende spørsmål

**Student 2:** Helt til slutt, hvilke råd vi du gi til to nyutdannede fysioterapeuter før møte med denne pasientgruppen?»

**Informant 2:** «Stort spørsmål. Jeg tror hvertfall det er veldig viktig å ta de på alvor og virkelig vise forståelse for de plagene de sliter med. Og være tydelig på at de må starte her og nå, fordi veldig mange ønsker seg så fort tilbake til den de en gang var. Så da må du bare si at heller sammenlign med hvor du var på ditt verste, når du hadde ditt verste med smerter og dårlig funksjon. Også tenker du hvor er du nå i forhold til det. Da vil kanskje pasienten oppleve at de kanskje er i en prosess allerede og ser at det går bedre. Da kan du bygge på det at ikke tenk på hvor du en gang var, du kommer nok tilbake dit frem i tid en gang, men nå må vi starte der du er nå. For det er kun da det går an å trappe opp gradvis. Det er gjerne sånn de har holdt på med, sånn jojo tilværelse, så det å trappe opp gradvis er kjempe viktig, og heller bare tenke å snegle seg av gårde så lenge det går litt frem, så er det bedre enn å fyke opp og suse ned igjen. Visst ikke så blir det å hele tiden gå for høyt ut som kan føre til at de får dårlig mestringsopplevelse og økte smerter. Så det tror jeg er et viktig budskap til denne gruppen her.»

**Student 1 & 2:** «Ja veldig sant. Da vil vi bare takke så mye for at du tok deg tid til oss.»

**Informant 2:** «Bare hyggelig! Ønsker dere lykke til med oppgaven.»

## Vedlegg 6: Transkripsjon 3

### Transkripsjon intervju 3: Psykomotorisk fysioterapeut

Student 1: Intervjuende student første del og observerende og noterende student andre del.

Student 2: Observerende og noterende student første del og intervjuende student andre del.

Informant 2: Informanten

#### Informantenes forståelse av pasientgruppen

**Student 1:** «Jeg tenkte vi først kunne snakke litt generelt om muskel- og skjelettsmerter, så da lurer vi på hvordan du forstår uspesifikke smerter og denne pasientgruppen?»

**Informant 3:** «Da kan det være kanskje én ting som kan være interessant å diskutere med dere før vi går inn i dette. Med mitt utgangspunkt så ser ikke jeg på uspesifikke muskelsmerter som uspesifikke fordi det er jo sånn at jo mer du undersøker, jo mer kan du si om det du undersøker. Og når du bruker det vi kaller for standardiserte tester, så bruker du jo tester som er testet på veldig mange og som på en måte kan si noe om hva som er vanlig og hva som er en middelvei, er dette høyt eller lavt, slik eller sånn. Og da er det plutselig ikke uspesifikt lenger slik jeg ser det. For det med uspesifikke smerter er vel antakelig et begrep som har blitt laget innen medisin og ikke innen fysioterapi, så det i seg selv er jo virkelig noe å diskutere; hva er det for noe og hvem har definert det? Hva tenker dere om det, hvor står dere der?»

**Student 1:** «Nei, vi har jo lest mye og snakket med flere også, men vi tenker at det kalles uspesifikke smerter fordi det ikke har en spesifikk diagnose.»

**Informant 3:** «Ja, dere tenker på medisinsk diagnose?»

**Student 1:** «Ja, du kan ikke si at pasienten har noe spesifikt, i tillegg til at smertene gjerne er litt mer diffuse og gjerne overalt. F.eks. en dag så er det liksom vondt i nakken og den andre dagen en annen plass – uspesifikt på denne måten.»

**Informant 3:** «Ja ... Det er ikke helt min erfaring for når du har undersøkt en pasient og du har gjort, la oss si en grundig det vi kaller GPE, altså global fysioterapeutisk examination, som er en undersøkelse som er laget ut fra psykomotorisk fysioterapi. Kjenner dere til den?»

**Student 2:** «Vi var så vidt innom den nå i høst, men vi gikk ikke særlig i dybden på den.»

**Informant 3:** «Nei ... Men det er jo på en måte en undersøkelse som kan brukes for å finne det spesifikke hos den enkelte pasient ut fra psykomotorisk. Og f.eks. vi som fysioterapeuter

skal jo stille en funksjonsdiagnose, vi skal jo ikke stille medisinske diagnoser, så det er det jeg mener med at uspesifikt er på en måte et slags medisinsk begrep som er satt på muskel- og skjelettplager, men som fysioterapeuter så skal vi jo se på funksjon! Og da har vi masse redskaper hvor vi kan finne en funksjonsdiagnose. Både ved å snakke med pasienten og ved å undersøke pasienten med et testapparat. Jeg kan kanskje si noe om det jeg har med meg fra nakke- og ryggpoliklinikken, det bruker jeg enda. Det kan være så enkelt som å måle bevegelighet i nakke – helt spesifikt i alle retninger. Så kan det på samme måte være å måle bevegelighet i rygg og dele opp i brystrygg og nedre del av rygg, så ser du hvor det holder. Sitter det i brystryggen, så vet vi ofte at det kan ha mye med pust å gjøre, og sitter det nederst i ryggen kan det bety noe. Så har du det her med lengde på muskulaturen – dette er sanne ting vi bruker i psykomotorisk. Vi undersøker på litt forskjellige måter, men ofte så er det det samme vi undersøker. Vi ser f.eks. på hvordan lengden er på baksiden av kroppen, altså det vi kaller for fleksibilitet og da har du nakken som kan være nedsatt, øvre del av rygg, nedre del av rygg, sete, hofte, lår og legger. Så må du finne hvor det hovedsakelig sitter og da er det ikke lenger uspesifikt. Skal du sette opp et behandlingsopplegg, så må du jo sette en funksjonsdiagnose, og da må du jo analysere holdning og funksjon osv.»

**Student 1:** «Vi skal komme litt tilbake til hvordan du gjør arbeider litt seinere, så jeg bare stopper deg litt.»

**Informant 3:** «Ja, du må bare stoppe meg.»

**Student 1:** «Nå når vi snakker om disse smertene. Hvis du ser på pasientgruppen som kommer til deg med det vi kaller for uspesifikke muskel- og skjelettsmerter, kan du si noe om denne gruppen? Noe som kjennetegner dem som går igjen? Likheter eller ulikheter innad i gruppen?»

**Informant 3:** «Det som kjennetegner gruppen det er at de ikke har fått hjelp før. De har gått og prøvd alt mulig, og ikke kommet fram til noe som har fungert. Derfor er det veldig mange som har gått veldig lenge og det kan være at psykomotorisk er det siste de prøver. Jeg kan gi et eksempel: Jeg hadde en pasient i dag som jeg fikk fra smerteklinikken, pasienten var kjempedårlig og sa at dersom han ikke hadde fått tilbudet når jeg fikk det, så tror han at han hadde vært sengeliggende. Og det er det som er så farlig med disse uspesifikke muskelsmertene; at innen medisinen så er det veldig mange som ikke blir tatt alvorlig også blir det på en måte prøvd ut ting litt sånn tilfeldig. Så det er vel det at folk har gått lenge som er det denne pasientgruppen har til felles tror jeg.»

**Student 1:** «Kan du si noe om hvordan disse pasientene ser på sin egen helsesituasjon? Er det slik som du sier at de kanskje ikke har blitt forstått og føler at det derfor er litt håpløst, eller?»

**Informant 3:** «Ja, veldig ofte. De har ikke blitt hørt, ikke blitt forstått, og de opplever at de har et forklaringsproblem fordi de har noen plager som ikke blir ansett som en diagnose sånn egentlig. Hvis de er uheldig, så får de ingen god hjelp i systemet. Det ble faktisk laget en rangstige over forskjellige plager for noen år tilbake og jeg tror bare en diagnose som fibromyalgi kom hakket over alkoholisme, og muskel- og skjelettsmerter ligger ikke så langt ifra. Sånn at det er jo ikke akkurat en lidelse som gir status i helsevesenet, det er ikke der det settes inn masse midler.»

**Student 1:** «Kan du si noe mer om pasientene og hvordan de beskriver plagene sine? Er det slik som vi har tenkt at det er flere sammensatte plager som f.eks. at de har vondt i nakken, men samtidig har mageproblemer? Altså er det mye forskjellig?»

**Informant 3:** «Ofte så kan det jo være slik at det har begynt med et eller annet som f.eks. vondt i skulderen. Også har tiden gått også har det blitt mer og mer, og til slutt så blir det hele kroppen. Men det er klart at her er det veldig mange nyanser. Det går jo en sterk skillelinje med det som regnes som psykiatri og det som ikke er psykiatri, der går det en skillelinje. Så det blir på en måte litt annerledes med folk som har med seg mye vanskelige ting som psykiske belastninger fra tidligere tider, f.eks. det som jeg ser mye til her, som er overgrepshistorier.»

**Student 1:** «Er dette noe du ser mye av?»

**Informant 3:** «Ja, det har jeg ganske mange av. Jeg har egentlig et ganske greit tverrsnitt med litt av hvert. Og noen ganger så er det jo ganske enkelt å gjøre noe med. Jeg hadde f.eks. en mann som hadde store smerter, en som har jobbet og jobbet og jobbet. Han var det egentlig bare å få snudd på annen trening, lære han en del om pust og hvile, så gikk ting helt av seg selv. Så det er ikke én, det er veldig forskjellig de problemene folk kommer med hit. Det er min opplevelse.»

**Student 1:** «Da blir det kanskje litt vanskelig å si konkret hvem som kommer til deg, men kan du si noe om gjennomsnittet på de som har disse smertene? Aldersmessig og om det er store kjønnsforskjeller? Vi har jo som du vet valgt å fokusere på kvinner og vi har lest og sett statistikk på at det er flest kvinner som har disse smertene, så lurte vi egentlig bare på om du kunne bekrefte eller avkrefte at det er slik hos deg også?»

**Informant 3:** «Jeg kan gi dere et eksempel. Når jeg tok hovedfaget, så skrev jeg en oppgave om psykomotorisk fysioterapi som gruppebehandling. Da rekrutterte jeg pasienter fra nakke- og ryggpoliklinikken og da var kriteriene at de skulle ha det som kalles «chronic wide spread pain», så kroniske utbredte smerter, som er smerte i motstående kroppskvadranter pluss i midtlinjen. Da viste det seg at jeg fikk én mann inn i denne gruppen. Du må jo søke til etisk

komite om å få godkjent et slik prosjekt og da fikk jeg ikke godkjent at det kun skulle være for kvinner, så det måtte være for alle personer, men det kom altså én mann av åttifem. Så i praksis er det nok flest kvinner som får utbredte muskelsmerter som jeg kaller det, ikke uspesifke, for det sier litt mer.»

**Student 1:** «Har du noen formening om gjennomsnittsalderen på denne pasientgruppen? Vi har jo fått oss en formening at det kanskje er mest middelaldrende personer.»

**Informant 3:** «På nakke- og ryggpoliklinikken var det vel pasienter fra 20-70-årene, så vi hadde alle kategoriene der.»

**Student 1:** «Men det er ikke flere av en alderskategori?»

**Informant 3:** «Nå har jo jeg jobbet i 40 år. Når jeg begynte her var det omtrent ingen ungdommer, jeg kan ikke huske at jeg hadde noen mellom 20-30 år med muskelplager.»

**Student 1:** «Så dette er noe som har kommet de seineste årene da?»

**Informant 3:** «Ja. Eller jeg har ikke noe belegg sånn statistisk, men etter hvert som jeg har jobbet, så blir det flere og flere og flere ungdommer. Så jeg har ganske mange ungdommer nå, men også eldre. Så det der går sikkert an å finne noe statistikk på. Men jeg vil nok tro at det mange mellom 40-60 år, men dette er bare antakelser, jeg har ikke noe belegg på å si det.»

**Student 1:** «Neida, vi spør jo bare om dine erfaringer sant. Men går vi tilbake til studien din der det var så mange kvinner og bare én mann, hvorfor tror du at det er slik? Altså har du noen tanker om hvorfor det er flere kvinner?»

**Informant 3:** «Hvis du ser på arbeidsmarkedet da, så er det jo veldig mange som har tunge jobber. Da tenker jeg f.eks. vaskejobber, alders- og sykehjem, ja osv. Så det er jo mange tunge jobber, det er én ting. Også ufaglærte jobber og mindre utdanning, jo tyngre blir jobbene. Og menn har jo også mer muskulatur, så de er jo ikke så utsatt for å få den typen plager som kvinner får fordi de er sterkere og tåler mer. Det er jo den enkleste årsaken, men så er det jo masse underliggende faktorer som du finner i statistikk.»

**Student 1:** «Men sånn generelt da, hvis vi ikke ser på kjønnsforskjeller, men bare de som får disse smertene. Har du en tanke om hvorfor det er så mange som får det i dag? Vi tenker jo kanskje at de har på seg for mye i hverdagen og at hverdagen stiller for mye krav ved at det f.eks. er mye på hjemmefronten og jobb, og de skal liksom prestere på alt mulig og tar seg gjerne ikke tid til seg selv og det å få puste litt.»

**Informant 3:** «Det tror jeg nok kan være riktig å tenke. Det kan jo være en av årsakene til at det var så mange færre ungdommer før. Jeg begynte jo å jobbe på 80-tallet og da var det ganske annerledes i Norge. Jeg tror det er mye mer stress i samfunnet og at det stilles høyere krav til levestandard, og dette å være vellykket på alt. Jeg tror alle disse tingene har veldig



mye å si for helsetilstanden, det er nå én ting. Så er det en annen ting som er litt interessant, og det er dette her med smerte, forventninger om smertenivå. Jeg begynte jo å jobbe i eldreomsorgen og da var mange av pasientene født i begynnelsen av det 19. århundre. Det alle pasientene sa om de hadde vondt da var: «Vondt skal vondt fordrive». Nå er det ingen som sier det lenger. Så den generasjonen hadde jo ingen forventning om at livet skulle være smertefritt, men i dag så har nok folk mye større forventninger til hvordan livet skal være og hvor mye ferie de skal og hvor mange ganger de skal reise rundt jorden osv. Nå snakker jeg med litt store ord her, men før så hadde de ikke så store forventninger som de har i dag.»

**Student 1:** «Nå som vi er inne på forventninger, har du noen formening om hvilke forventninger disse pasientene har til fysioterapi når de kommer til deg? Tror de at du kan hjelpe de eller tror ikke de at de kan bli bra igjen fordi de har gått med smertene så lenge og ingen har hjulpet de før?»

**Informant 3:** «Det er det som er litt av jobben da; å prøve å gi folk et realistisk håp og ikke noe sånt «halleluja-håp» om at du kommer til å bli helt smertefri og alt kommer til å bli helt topp, men ihvertfall at du kan gi dem et håp om at de kan få så mye bedre funksjon slik at ting kan bli litt lettere. Det tenker nå jeg. For de fleste som har gått lenge med muskel- og skjelettsmerter blir jo veldig motløs fordi de har prøvd så mye. Da blir jo målet å få satt opp en realistisk målsetning og kanskje se hvor vi skal begynne og hvor vi starter. Også legge behandlingen opp slik at de kan merke at det skjer noe og på denne måten få motivasjon til å gå gjennom et behandlingsforløp. Det er på en måte å skape en endring som gir et håp om at ting kan bli bedre. Det kan ikke bare være sånn lyseblå boble, men det må være noe konkret som gjør at de kan skjønne at de kan kanskje klare å endre på noen ting slik at de kan få det bedre. Noe håndgripelig og realistisk.»

### Fysioterapeutens rolle og handlinger – motivasjon sentralt

**Student 1:** «Da kan vi jo gå videre til det andre emnet vi tenkte å snakke om, og det er litt mer om fysioterapeutens roller og handlinger, altså litt mer om hvordan du undersøker, der vi vil trekke inn motivasjon som er ganske sentralt i oppgaven vår. Da kan min medstudent ta over.»

**Student 2:** «Så det første vi lurer på er hva du ville lagt vekt på i en undersøkelse av denne pasientgruppen, både med tanke på anamnesen og generell- og spesiell undersøkelse?»

**Informant 3:** «Jeg føler meg bestandig litt fram og kjører aldri noe sånn prosedyre, men tar det litt fra person til person. Jeg bruker bestandig god tid på disse pasientene. I anamnesen forsøker jeg å få tak i underliggende ting som kanskje er viktig. Som regel, så bruker jeg hele

den første timen på det. Da har jeg som regel et oppsett foran meg som jeg følger, så jeg har noen punkter som jeg kan gå innpå. Jeg vil få tak i hvordan denne personen har blitt møtt tidligere og hvordan har det virket inn på denne personen. Også er det dette med å finne viljen til endring i denne pasienten. Selve undersøkelsen kan jo gi tilbakemeldinger til pasienten om hva som faktisk er bra og det syns jeg faktisk er noe av det viktigste å formidle til pasienten; at de faktisk har med seg mye kroppslige ressurser som i utgangspunktet er bra slik at det er noe å bygge på. Det kan jo være så mye. Jeg nevnte for dere tidligere en pasient som var kjempedårlig, men han hadde en ressurs som var et veldig godt humør. Så du må prøve å finne ut hvor pasienten har sine sterke sider, og dette kan være løsningen til å finne motivasjonen til å gå i gang med et behandlingsforløp.»

**Student 2:** «Klarer du allerede ved første møte med pasienten å få et inntrykk av hvordan motivasjonen deres er?»

**Informant 3:** «Ofte kan de jo være ikke så veldig motivert når de kommer gjennom døren, men så handler det om å finne ut hvor man kan finne den lille gnisten som kan få bålet til å brenne. Det kan du finne gjennom f.eks. motiverende intervju, du kan f.eks. bruke det som en inngangsport. Og det er jo der som fysioterapeuter vi har en kjempefordel fordi vi ikke bare spiller på en samtale, men fordi vi faktisk kan bruke hele kroppen. Det er jo det som er hele «cluet» i psykomotorisk; å finne de kroppslige ressursene hos pasienten.»

**Student 2:** «Så det er litt det du fokuserer på da for å klare å motivere pasienten?»

**Informant 3:** «Ja, men det er jo ikke sånn at først gjør jeg det, det bli jo etter hvert når du har jobbet i mange år. Da jobber du litt mer intuitivt, du kommer på litt slike ting etter hvert. Også prøver du ut om det funker, dersom det ikke funker så må du kanskje legge det litt til siden og prøve videre. Det er jo hele tiden en undersøkelse. Sånn som psykomotorisk fysioterapi er som metode, så er det jo en kontinuerlig undersøkelsesprosess. Du undersøker pasienten i hver eneste time også er jo på en måte undersøkelse også en behandling.»

**Student 2:** «Så skal jo hvert behandlingstiltak været tilrettelagt, men er det noe du velger å alltid gjøre eller aldri gjøre?»

**Informant 3:** «Der kan jo jeg si at i psykomotorisk fysioterapi er det en skillevegg mellom psykiatri og det som ikke er psykiatri, og den store skilleveggen i psykomotorisk er når skal jeg ikke ta på pasienten. Jeg har jo også pasienter som jeg ikke har berørt med en finger, så sånne grenser er det viktig å være veldig våken på. Altså hvor går grensen til denne pasienten og har denne pasienten en grense i det hele tatt? Det er jo ikke som har og da må jeg se at de ikke har det.»

**Student 2:** «Ofte så må jo pasientene gjøre en egeninnsats selv også for at de skal nå målene sine, føler du at flesteparten i denne pasientgruppen velger å gjøre en egeninnsats?»

**Informant 3:** «Det er jo det som er den store utfordringen for det er jo der motivasjonen kommer inn. Hadde senest en pasient i dag som har vært vanskelig å motivere. Hun har faktisk klart å endre på en del ting, men det jeg enda ikke har klart er å få henne til å gjøre en del øvelser som f.eks. avspenningsøvelser. Dette syns hun er kjempevanskelig selv, så har hun også noen barn som har problemer med avspenning og da blir det plutselig veldig komplekst. Men i dag tror jeg kanskje at jeg fikk henne til å få troen til å sette av 5 minutter med avspenning. Så det er jo hele utfordringen; å få de til å skjønne at deres egeninnsats er det som avgjør hele forløpet. Jeg har jo hatt pasienter som nesten ikke har gjort noe, men så har de med en gang skjont at her må jeg gjøre sånn og sånn, da går det glatt og det skjer masse på kort tid. Så å forklare dem og se sammenhenger er kjempeviktig. Og da kan det være kjempekjekt å vise pasienten at det har skjedd noe; i dag var ryggbevegeligheten din 20 grader bedre enn den var for en måned siden f.eks. Det å kunne gi en sånn realistisk feedback og virkelig gi dem noen tall er en erfaring jeg har med meg fra nakke- og ryggpoliklinikken, så jeg tar bestandig noen sånne standardiserte tester som på en måte gir mening for pasienten. Og det kan jo være så enkelt som dersom de er stramme på baksiden av lårene, måle avstanden til fingertupp-gulv eller sidebevegelighet. Slik at de kan se at når jeg gjør sånn, så skjer det faktisk noe. Og dette gir ofte en stor motivasjon, det med feedback og kunne si at det skjer faktisk noe her. Det er hovedgrunnen til at jeg er så glad i å bruke slike standardiserte tester, for da skjønner folk det, folk skjønner tall og er vandt med å lese tall. Dersom jeg sier at i dag er det litt mindre spenning i leggen din, så kan de jo egentlig ikke etterprøve dette, det er ikke akkurat et objektivt funn, men noe som jeg har kjent på. Så det må være noe som gir mening for pasientene. De må få lys i tunnelen for å ha motivasjon til å gå videre.»

### Avsluttende spørsmål

**Student 2:** «Bare sånn før vi avslutter, så lurer vi på om du har noen råd for oss i møte med denne pasienten?»

**Informant 3:** «Rådet jeg har er å stille uten å være forutinntatt! Det vil si å stille med åpne kort og lytte til det pasientene har å si. Det er jo sånn at hvis du kanskje har fått en journal eller noe, så ligger det mange fordommer i det notatet. Så det å prøve å la pasienten få en sjanse til å fortelle sin egen historie og sette sine egne ord på ting, og ikke putte dem i en boks før du vet hvilken boks de skal oppi. Og pass på at du ikke blir farget av det du har lest om pasienten. Det tror jeg er det beste rådet jeg kan gi.»

**Student 2:** «Det var ikke dumt. Veldig lærerikt å intervju deg, så vi setter pris på at du ville delta, det setter vi stor pris på.»

**Informant 3:** «Det er jo klart vi må. Veldig viktig tema dere tar opp. Masse lykke til videre.»

## Vedlegg 7: Transkripsjon 4

### Transkripsjon intervju 4: Manuellterapeut

Student 1: Intervjuende student første del og observerende og noterende student andre del.

Student 2: Observerende og noterende student første del og intervjuende student andre del.

Informant 2: Informanten

#### Informantenes forståelse av pasientgruppen

**Student 1:** «Kan du fortelle litt om hvordan du forstår uspesifikke smerter og denne pasientgruppen?»

**Informant 4:** «Visst vi ser litt på definisjonen på uspesifikke smerter, så er det jo fravær fra biomedisinske funn, sånn som avvik på enten blodprøver eller bildediagnostikk. Og visst vi ikke finner noe der så brukes dette med uspesifikke muskel- og skjelettsmerter som er litt sånn sekkediagnose mer eller mindre. Så er det jo sånn at som fysioterapeuter så er vi vant med å tenke litt videre utover det, som det å stille såkalte funksjonsdiagnoser. Da tenker jeg sånn at det holder liksom ikke å bare nøye seg med at det er uspesifikke smerter, men man må også kunne tenke litt videre og gjerne stille en vevsdiagnose og en funksjonsdiagnose. Samtidig er det viktig å ha rede på dette med gule flagg, eventuelt røde flagg og dette med grønne flagg, og ha en tanke om prognosen til pasienten. Det er å sette det inn i en mer biopsykososial modell. Det er utredningen som vi gjør, at vi gjør en vurdering av funksjon på flere plan. Da kan man også trekke inn ICF-modellen, med å klassifisere mer spesifikt. Også tror jeg kanskje og at mange pasienter kan føle seg litt marginalisert eller litt avvist når vi bruker diagnosen uspesifikke smerter. Som at det ikke er noe, at det blir marginalisert på et vis.»

**Student 1:** «Er det noe du kan si som kjennetegner denne pasientgruppen? Likheter eller ulikheter innenfor gruppen?»

**Informant 4:** «Det kommer litt an på om det er en akutt smertetilstand, en subakutt eller en mer langvarig. Når det gjelder langvarige smerter, så er det mange som bruker ordet kronisk. Det er et begrep som ofte blir oppfattet på mange måter litt feil av pasienten og kanskje også behandlingsapparatet i den forstand, at man tenker at da er det sånn det er og at man må innrette seg etter det. Så derfor er jeg litt forsiktig med å bruke ordet kronisk som et begrep

når det gjelder uspesifikke smerter og heller kalle det langvarige smerter for å gi en åpning om at her er det faktisk muligheter til å få til en endring.»

**Student 1:** «Det er det vi også har tenkt i oppgaven vår, å bruke begrepet langvarige smerter i stedet for kroniske smerter. Ved kroniske smerter høres det ut som det er noe du skal ha for alltid.»

**Informant 4:** «Ja ikke sant.»

**Student 1:** «Har du noen erfaring med hvordan disse pasientene ser på sin egen helsesituasjon?»

**Informant 4:** «Jeg tenker at dette er en veldig stor pasientgruppe, alt ifra nakke, rygg, bekkenplager, fibromyalgi og mer generelt muskelverk. Så det er litt vanskelig å gi en fellesnevner, fordi det er ganske individuelt.»

**Student 1:** «Vi tenker jo litt at de som har langvarige, uspesifikke smerter føler litt på en håpløshet eller har vanskelig å tro på egen bedring. Har du noen tanker rundt dette?»

**Informant 4:** «Det er nok en del pasienter som har den oppfattelsen. Jeg opplever også at ganske mange pasienter som har langvarige muskel- og skjelettsmerter med uspesifikk karakter blir gående i helsevesenet uten å føle at de får en grundig undersøkelse med lite tilbakemeldinger på hva det er som forårsaker smerten og hva kan gjøres. At de blir tatt litt med på lag i forhold til tiltaksrekken også. Ofte så svikter de litt der. Eksempelvis så hadde jeg en pasient i dag som har gått og vært plaget i nesten 2 år, og ikke er blitt henvist noe videre fra fastlegen, det har bare vært medisiner og sykemelding. Oppfølgingen fra NAV har også vært veldig ustrukturert. Det er klart at visst du blir gående veldig lenge uten en konkret tiltaksrekke og plan, så er det mange som kommer i et litt negativt spor.»

**Student 1:** «Har du noen tanker om hvilke forventninger denne pasientgruppen har til fysioterapi? Har de tro på at du kan hjelpe de?»

**Informant 4:** «Jeg opplever at visst jeg gir en god undersøkelse hvor jeg også tar meg tid til å lytte til pasientens historie, og kan linke det litt opp imot en undersøkelse og de funnene jeg gjør slik at pasienten ser sammenhenger selv også i et litt sånn fugleperspektiv og i en biopsykososial modell, så er det enklere å få til å motivere pasienten til å gjøre de tiltakene som jeg legger inn i tiltaksplanen. På samme måte som visst jeg får pasienten selv til å foreslå hva slags tiltak som kan være aktuell, få pasienten til å reflektere rundt det når jeg har gitt dem en god forklaring på hva er det som kan virke vedlikeholdene på plagene. Dette kan være jobbfaktorer, sosiale faktorer, ulike stressfaktorer i livet som er med å vedlikeholde, og ned til det kroppslige. Visst pasienten selv har en forståelse av det, er det lettere å diskutere med pasienten åpent om hvilke tiltak som skal legges inn. Ofte så kan pasienten selv komme med

forslag. Det er da litt lettere å styre den prosessen, i stedet for at jeg inntar en paternalisk holdning hvor jeg sier «gjør sånn og sånn». Det er mye bedre når pasienten er problemeier og kan komme med forslag til løsninger.»

**Student 1:** «Litt mer samarbeid da?»

**Informant 4:** «Ja. Så det blir en refleksiv prosess rundt det å lage en plan for pasienten, der pasienten er en aktiv deltaker i det.»

**Student 1:** «Ja det høres fornuftig ut.»

**Student 1:** «Med tanke på denne pasientgruppen, kan du si noe om hvem disse er? Både med tanke på aldergruppe og kjønnsforskjeller?»

**Informant 4:** «Det er nok en 60-40 % forhold mellom kvinner og menn blant mine pasienter. Så det er flere kvinner. Dette ser man gjerne i all helsestatistikk. Men dette betyr ikke nødvendigvis at kvinner har mer plager. Jeg tenker at kvinner er flinkere til å oppsøke hjelp. Hva mer var det du spurte om?»

**Student 1:** «Er det noen gjennomsnittsalder på de som kommer til deg med disse plagene?»

**Informant 4:** «Jeg har mest pasienter i yrkesaktiv alder. Jeg har veldig lite geriatri og lite pasienter i høy alder. Jeg jobber heller ikke med spedbarn. Så jeg jobber stort sett med voksen individer og yrkesaktive pasienter. Flertallet av pasientene mine er i denne gruppen.»

**Student 1:** «Kan du si noe om hvordan pasientene beskriver sine plager? Er det ofte sammensatte plager?»

**Informant 4:** «Ja det er høyst variabelt. Hvor de har vondt varierer. Hvordan pasienten presenterer symptomene sine er veldig individuelt. Det går som et kontinuum fra de som underdriver og helst ikke vil snakke for mye om symptomene sine til de som beskriver mye, har et mer fargerikt språk og formidler smertene og symptomene sine på verstefallstenkende måte. Det har jeg en del av også.»

**Student 1:** «Er det mange som gjør det?»

**Informant 4:** «Nei, disse utegruppen er unntakene. De aller fleste er midt på treet.»

**Student 1:** «Så pasienten bruker forskjellige måter på å forklare symptomene sine?»

**Informant 4:** «Ja det er veldig forskjellig. Jeg har jo pasienter som har litt angst i bunn som har en litt mer fargerik måte å presentere på og beskriver litt mer. Men også det er litt variabelt. Men vi vet jo også at en stor prosent av pasientene med muskel- og skjelettplager har en underliggende depresjon. En del av de med depresjon er gjerne litt motsatt. De formidler lite, og jeg må liksom dra ordene ut av folk. Så er det jo kanskje også sånn at det er litt kjønnsforskjeller på dette i grove trekk. Med fare for å høre litt flåsete ut så opplever jeg at

kanskje menn ofte er mer tilbakeholden med å dele om hvordan de faktisk har det. Mens kvinner er mer verbal og flink å beskrive situasjonen sin.»

**Student 1:** «Mhm». Hvorfor tror du det er en så stor andel av befolkningen som opplever slike plager?»

**Informant 4:** «Visst jeg tar utgangspunkt i mange av pasientene mine, så er det jo sånn at det er ganske stort press i arbeidslivet. Man har liksom ikke den muligheten til å være den som sitter og dagdrømmer og kikker ut vinduet og som ikke er produktiv lengre. Så det stilles ganske store krav. Det er nå en ting. Så er det jo en del som har mer traumatiske årsaker også. Det kan også være mye forskjellig som idrettsskader og overgrepssproblematikk. Det er jo en veldig stor gruppe. Det er litt vanskelig å generalisere.»

**Student 1:** «Men tror du at mange opplever at det blir for mye for dem? At hverdagen stiller for mye krav?»

**Informant 4:** «Ja, det er ofte det som går igjen at det er mange ulike stressfaktorer med konfliktfulle forhold på jobb, det kan være i forhold til de nærmeste hjemme og familie. Ekteskapsbrudd og sånne ting. Mange ting som kan være vanskelig og som kan være vanskeligere å snakke om enn den vonde ryggen. Så det er mange ting som kan ligge under.»

**Student 1:** «Ja det er litt det vi og har tenkt.»

**Informant 4:** «Ja jeg ser jo mange pasienter med såkalt ME og kronisk tretthetssyndrom, og det er jo også gjerne folk som er høytytere som er vant til å stille store krav til seg selv og har gjort det lenge og går på en smell.»

**Student 1:** «Ja det er litt det vi og ser for oss. Jeg tenker vi skal gå litt videre til neste tema som da omhandler fysioterapeutens rolle og handlinger, der motivasjon er et sentralt tema. Da kan medstudenten min ta over.»

#### Fysioterapeutens rolle og handlinger – motivasjon sentralt

**Student 2:** «Det første vi lurte på var om du kan fortelle litt om hva du vektlegger i en undersøkelse av denne pasientgruppen? Både med tanke på anamnese, generell og spesiell undersøkelse?»

**Informant 4:** «Ja det er et godt spørsmål. Når det er nye pasienter pleier jeg alltid å ta meg god tid. Jeg setter alltid av en time. Jeg lar pasienten fortelle historien sin. Det synes jeg er veldig viktig. At de føler at de får fortalt sin historie og beskrevet ting uten at jeg avbryter så mye underveis i samtalen. Det tenker jeg er viktig både for å få et godt helhetsinntrykk og for at pasienten skal føle at de er sett og hørt. Og det legger litt føringer for å få en god allianse



som gir grunnlag for å motivere pasienten som eksempelvis livsstilsendringer. Kan du si spørsmålet en gang til?»

**Student 2:** «Det handlet om hva du ville lagt vekt på i en undersøkelse? Du har allerede nevnt litt anamnese, så visst du kunne si litt om generell og spesiell undersøkelse?»

**Informant 4:** «I manuellterapi så har jeg nesten en smørbrødtype som jeg bruker i undersøkelsen hvor en både ser på inspeksjon i forhold til statikk, jeg ser på bevegelighet, aktive prøver, passive prøver, isometriske prøver og nevrologisk utredning. Jeg tar også i bruk ortopediske tester som vi kaller for spesielle prøver som gjerne er beskrevet i litteraturen. Det er litt avhengig av slags problemområder som er aktuelt å undersøke. Så visst det er mer sånn fibromyalgi eller generaliserte smerter så prøver jeg å holde meg til tester som kan måle mer sikkert. Sånn som GPE-tester for eksempel. Her måler jeg pasienten sin avspenningsevne og generell kroppslig fleksibilitet. Det er jo egentlig testmetoder som hører til innenfor psykomotorikken sånn tradisjonelt sett. Men jeg ser både i øst og vest for å finne en god måte og undersøke på. Som sagt ved mer generaliserte plager så syns jeg det er viktig å få noen gode mål. Så visst pasienten har nedsatt avspenningsevne og jeg kan måle det, så kan jeg forklare pasienten at «her har jeg noen konkrete mål, som forteller meg at du har nedsatt avspenningsevne, nedsatt kroppslig fleksibilitet. Det er noe vi kan jobbe med, og måle på nytt igjen seinere». På denne måten får de noen konkrete mål. Tidligere undersøkelser er ofte uspesifikke, og på denne måten gjør vi det litt mer spesifikt og målbart. Også kan jeg spe på med ACL- kartlegging. Såkalte tenderpoint som jeg kartlegger. Jeg bruker ikke det for å diagnostisere fibromyalgi fordi det er ikke godt nok lengre. Jeg bruker det for å få en formening om pasienten har mer smerter i muskulaturen sin enn det som er vanlig. Den normale scoren er fra 0-4, så visst pasienten da har 11-12 smertefulle punkter kan jeg si til pasienten med stor grad og sikkerhet at du har mye mer smerter musklene enn det som er vanlig. Bare å få den bekreftelsen er gunstig for å bygge en allianse. Det var nå litt generaliserte. Er det en vondt hofte så velger jeg jo andre tester som patrics-test eller fabers-test som er mer ortopediske prøver og som forteller meg mer om integriteten i hoftelrådet eller funksjonen i hoften. Er det et vondt kne så er det menisk tester, stabilitetstester og båndstrukturer osv. Så jeg velger tester utfra problemområdet pasienten presenterer. Også gjør jeg en del tester som er typisk innenfor manuellterapi. Det å teste mobilitet i aktuelle leddforbindelser. Er det generaliserte smerter så er disse testene innenfor manuellterapien nokså uvesentlig. Da bruker jeg ikke mye tid på det. Men er det et ryggproblem som for eksempel korsrygg så tester jeg da segmentell mobilitet i leddene i korsryggen både i forhold til utslag og stoppfølelse. Både kvalitet og kvantitet. Så jeg sjonglerer litt hva slags

testprosedyre jeg bruker utfra problemstillingen til pasienten, men så prøver jeg samtidig å holde meg til å velge tester som er sensitiv for å fange opp noen ting og som er godt validert. At jeg vet at jeg kan måle noen ting. Og i en kvalifisert tilbakemelding til pasienten på at du har uspesifikke smerter, men du har avvik på eksempelvis det og det. Dette er noe vi kan måle igjen seinere og gjøre det mer målbart i forhold til å oppnå resultater i behandlingen. Og det opplever jeg er en god start for å bygge en allianse med pasienten og for å kunne gi en god epikrise og tilbakemelding til fastlege. Da er vi inne på å stille det som jeg kalte for en vevsdiagnose og en funksjonsdiagnose. Litt igjen i forhold til disse generaliserte smertesyndromene så er det veldig vanskelig å bruke en dekkende vevsdiagnose, men en kan jo si noe sånn som utbredte smerter i muskulatur, eventuelt sensitisering eller allodynii. Den slags problematikk kan beskrive det litt som en del av vevsdiagnosen. Som funksjonsdiagnose så kan det være nedsatt avspenningsevne, dekondisjonering, nedsatt arbeidskapasitet i forhold til enkelte arbeidsoppgaver på jobb osv. Så man kan være ganske spesifikk likevel. Å gjøre en god funksjonsvurdering, uten at man er alt for skråsikker på at her er det L5 som står litt på skeive. Vi vet at den slags resonnement er vanskelig å være veldig spesifikk på vevsdiagnostisk. Hvertfall visst man har en viss edruelighet i forhold til vitenskap.»

**Student 2:** «Hvordan opplever du motivasjonen til denne pasientgruppen? Får du et inntrykk allerede ved første møte?»

**Informant 4:** «Ja det gjør jeg ofte. Det er klar at vi ser jo litt på kroppsspråk og verbal og nonverbal kommunikasjon. Noen pasienter kan være ganske skeptisk i utgangspunktet. Så man må liksom føle seg litt frem der. Ved samtale med pasienten er det jo viktig å stille åpne spørsmål og la de får ta styringen uten at jeg blir sittende tre timer på kontoret. En må prøve å unngå å avbryte og være på hugget selv under intervjuet.»

**Student 2:** «Føler du at de fleste er motivert når de kommer til deg?»

**Informant 4:** «Det variere veldig. Jeg har jobbet noen år, hvilket gjør at noen pasienter har hørt om meg fra før og har store forventninger til meg når de kommer. At de har hørt om meg fra en annen pasient eller kollega. Dette kan både være en fordel og en ulempe. Så det er liksom å kalibrere både forventningen fra pasienten og hva jeg faktisk kan bidra med på en god måte.»

**Student 2:** «Vi vet at en behandling skal individuelt tilrettelegges hver enkelt pasient, men er det noen likhetstrekk i valg av behandlingstilnærming som går igjen for denne pasientgruppen? Noe du alltid gjør?»

**Informant 4:** «Ja det er jo noen likhetstrekk. Vi vet jo alltid at det med kardiovaskulær trening er veldig gunstig. Som både for smertelindring generelt, vi vet at det gir bedre søvn, vi

vet at det har en rekke gunstige helseeffekter, sånn at jeg gir nesten alle pasientene mine kardiovaskulær trening som en del av programmet. Nesten alle. Selvfølgelig så har jeg noen få som kommer og som er litt i krisealderen og skal sette nye rekorder i birken og trener nesten på seg et hjerteinfarkt. Så det hender at jeg har noen som jeg må bremse. Forklare de at de må roe litt ned. Du har noen sånne også. Og da blir det helt feil visst jeg sier at de må kjøre på. Jeg har opplevd å få høre fra pasienten at fastlegen har sagt at de må gå en tur i skog og mark, litt som en tommelfingerregel. Også går de tur i skog og mark, så blir de ikke noe bedre av det. Så går de til fastlege og klager på det, så sier fastlege at da må de gå enda mer tur i skog og mark. Så blir det bare tøv. Så man må være litt nyansert på akkurat det der. Også er det jo gjerne visst det er kardiovaskulær trening så er det å finne en måte å gjøre det på som fanger pasienten. Noen synes det er greit å gå tur, og det kan være godt nok det i massevis, eller komme seg litt ut i fjellet eller i naturen, eller å trene inne eller svømme. Det er viktig å prøve å spille litt på lag med pasienten, slik at det blir en mulighet for at tiltakene blir gjennomført og holder seg litt over tid. Vi vet jo at effekten av det tar litt tid.»

**Student 2:** «Litt over til motivasjon igjen. Er det noen spesielle teknikker eller metoder du bruker og som du tenker er viktig for å kunne motivere denne pasientgruppen?»

**Informant 4:** «Jeg tenker det er viktig at pasientene føler at de er godt ivaretatt i forhold til å få en god samtale, god dialog, en god undersøkelse og at de er delaktig i sin egen rehabiliteringsplan. Og at de kan komme med forslag til hvordan vi skal løse ting. Jeg er mer en rådgiver enn en instruktør i den sammenheng. Det synes jeg ofte er en god innfallsvinkel for å skape motivasjon. Også er det selvfølgelig sånn at visst jeg kan ta inn pasienten på et seinere tidspunkt og gjennomfører lignende målbare undersøkelser og kan måle endring så kan også det være en god motivasjon for pasienten. Da kan se at eksempelvis bevegelsesutslagene i ryggen er blitt mye bedre enn de var sist. Eller at pasienten presterer bedre på oksygenopptak. At de faktisk ser at de presterer bedre. Så har du også motiverende intervju som du kan ta i bruk.»

**Student 2:** «Har du noe erfaring innenfor motiverende intervju? Er det noe du tar i bruk i behandlingen din?»

**Informant 4:** «Ja og kognitivatferdsterapi. Det er teknikker som jeg bruker en del. Dette med automatiske tanker og litt i retning kognitivatferdsterapi, der hadde jeg gleden av å jobbe sammen med en psykolog i noen år, der vi hadde kurs sammen for pasienter. Det var litt interessant dette med motivasjonsaspektet fordi etter hvert fant vi ut at noen pasienter var veldig vanskelig å motivere. De var motivert mens de var her, men når de kom tilbake neste gang så var de like demotivert. Så da begynte vi å kalle inn partneren til pasienten til disse

samtalene som vi hadde. Da oppdaget vi at visst pasienten også hadde en partner som var negativ til at pasienten skulle bli bedre eller komme seg i jobb, eller ikke hadde tro på at behandlingen hjalp. Så uansett hva vi gjorde så fikk vi ikke til noe. Så ta gjerne det i betraktning når man jobber med disse pasientene. Noen ganger så ber jeg pasienten ta med partneren sin neste gang. Ikke for at jeg skal ta partneren, men ofte så har jo partneren en del spørsmål som vi kan få avklart. Så visst man får også de nærmeste hjemme med på at pasienten faktisk må bruke tid til dette og prioritere dette for å bli bedre, og å være med å motivere så kan man få til ganske mye.»

**Student 2:** «Veldig interessant. Føler du at de fleste i denne pasientgruppen velger å gjøre en egeninnsats? At de gjennomfører behandlingsrådene du gir dem?»

**Informant 4:** «Jeg har en følelse av det, men det er absolutt unntak også. Jeg gjør det ganske tidlig klart at visst jeg gir noen øvelser eller ting de skal gjøre hjemme, så forventer jeg også at de gjør det. Da opplever jeg nok at de fleste tar seg sammen. Jeg er ganske streng på det at visst de kommer tilbake gang nummer 1 eller 2 og ikke har gjort noe, så sier jeg at da kan jeg ikke bruke tiden min på deg. Fordi at her må du følge opp eller så får vi ikke til noen ting. Jeg har såpass mange pasienter jeg skal følge opp, at jeg ikke kan bruke tiden på pasienter som ikke gjør det som jeg råder de. Så jeg er ganske streng på det. Jeg tror vi må være litt streng på det. Så har jeg også en opplevelse av at i de årene jeg har jobbet med disse tingene, at fra å ha delt ut programmer på tjue øvelser, som jeg synes gjennomføringsprosenten var ganske dårlig, så gir jeg nå aldri mer en fire øvelser. Det er litt utfra erfaring, men også visst en ser på forskning på livsstilsendring eller å gjennomføre øvelser, så er oppfølgingsprosenten mye dårligere visst det er mange øvelser og som tar mye tid. Så jeg prøver å legge opp til noe som er enkelt og som de kan gjøre i hverdagen også uten at de er låst til at de må ha et apparat til å gjøre det. At de kan gjøre det med enkle midler hjemme. Det tenker jeg er viktig når det gjelder motivasjonsdelen og gjennomføringen.»

**Student 2:** «Veldig enig i det du sier.»

#### Avsluttende spørsmål

**Student 2:** «Før vi avslutter, så lurer vi på om du har noen råd å gi til to nyutdannede fysioterapeuter før møte med denne pasientgruppen?»

**Informant 4:** «Jeg tenker at det å plukke seg gode og standardiserte undersøkelsesmetoder er gull i denne sammenheng. Og sånn som jeg sa om GPE-testing og ACL- screeningen er viktig. Bare at du får noen sanne målbare funn og undersøkelser er til god hjelp både for terapeuten og pasienten. Jeg har fem deltester som jeg gjør fra GPE-metoden som også har

vist seg å være den mest sensitive for å måle noen ting i forhold til avspenningsevne og generell kroppslig fleksibilitet. Så visst jeg bruker den testen sammen med ACL-screening så får jeg et godt overblikk og noe jeg kan fortelle pasienten konkret. Det tenker jeg er lurt. En annen ting som kan være en fordel er å bruke smertetegning i møte med pasienter og kanskje type screening skjema. Det er noen spørreskjema som går an å bruke for å kartlegge før undersøkelsen. Så mine pasienter får tilsendt denne når de bestiller time som de da fyller ut på nettet. Så får jeg det opp på skjermen min sammen med smertetegningen. Så allerede i forkant har jeg en formening om omfanget av plagene til pasienten, om det bare er en liten prikk i ryggen eller om det er radierende smerter ned i beina eksempelvis, eller om det er hele kroppen skravert der alt er vondt. Også graden av somatisering, angstelse og uungåelsesatferd, visst det er mye jobbfaktorer eller ulike stressfaktorer i livet er også noen av tingene vi spør etter. Så jeg får litt helhetsblikk til første behandlingstid. Det er hvertfall noe jeg tenker er lurt å begynne med når man skal begynne å jobbe med denne pasientgruppen.»

**Student 2:** «Da vil vi takke for mange gode råd og innspill. Det har vært veldig lærerikt å høre på.»

**Informant 4:** «Da ønsker jeg dere lykke til med skrivingen.»

**Student 2:** «Tusen takk for at du ville stille opp til intervju.»

**Informant 4:** «Ingen problem. Er det noe mer dere lurer på så er det bare å ta kontakt.»