



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BFY330-O-2022-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	09-05-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	16-05-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BFY330 1 O 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	424
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7965
----------------------	------

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

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	33
Andre medlemmer i gruppen:	401

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei



BACHELOROPPGÅVE

Betydning av brukarmedverknad for motivasjon hos pasientar med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettplager - ein kvalitativ studie

Significance of user participation for motivation in patients with long-lasting, nonspecific musculoskeletal disorders - a qualitative study

Kandidatnummer: 401 og 424

Bachelor i fysioterapi
Fakultet for helse- og sosialvitskap
Institutt for helse og funksjon
Antall ord: 7965
16. mai 2022

Forord

Når vi ser tilbake på arbeidet har det vore lærerikt, utfordrande og spennande. Vi har lært mykje av informantane, kvarandre og litteraturen vi har brukt. Vi sit igjen med mykje kunnskap som vi håpar vil gjere oss meir rusta som framtidige fysioterapeutar.

Vi vil rette ein stor takk til informantane som deltok og som har gjort det mulig for oss å gjennomføre prosjektet. Vi ynskjer å takke vår medstudent som stilte opp på prøveintervju for oss. Ein stor takk rettast óg til rettleiaren vår for god rettleiing og engasjement undervegs i prosjektet. Vi må sjølvsagt óg takke kvarandre for eit fantastisk samarbeid.

God lesing!

Bergen, 15 mai 2022.

Samandrag

Tittel: Betydning av brukarmedverknad for motivasjon hos pasientar med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettplager - ein kvalitativ studie

Problemstilling: *“Korleis kan brukarmedverknad i fysioterapibehandling motivere til livsstilsending hos pasientar med langvarige uspesifikke muskel-og skjelettplager? - fysioterapeutars tankar og erfaringar”*

Metode: For å svare på problemstillinga har vi nytta kvalitativ metode i form av semistrukturert individualintervju. Vi intervjuar ein manuellterapeut, ein psykomotorisk fysioterapeut og ein fysioterapeut frå rehabiliteringseining i spesialisthelsetenesta. Malterud (2017) sin metode “systematisk tekstkondensering” vart nytta ved analyse av data.

Resultat: Resultata presenterast i tre resultat kategoriar som belyser hovudfunna våre: “Kommunikasjon og relasjon - ein grunnpilar for medverknad og motivasjon”, “den individuelle endringsprosessen” og “ansvarleggjering av pasienten”. Å gje pasienten rom og å danne ein god relasjon framhevast av informantane som grunnlaget for medverknad. Informantane trekkjer fram at individualisering av endringsprosessen kan skape motivasjon til livsstilsending. Dette kan gjerast gjennom å utforske pasientens ressursar og begrensningar, skape ei meningsfull behandling og fokusere på å auke helsekompetanse. Auka ansvar hos pasienten i endringsprosessen belysast som viktig for å gjennomføre livsstilsending hos pasientgruppa.

Konklusjon: Informantane erfarar at brukarmedverknad kan motivere til livsstilsending hos pasientar med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettplager dersom fysioterapeuten meistarar å tilrettelegge for god kommunikasjon og ein god pasient-terapeutrelasjon. Gjennom brukarmedverknad kan behandlinga individualiserast og pasienten bli ansvarleggjort. Samstundes kan brukarmedverknad i nokre tilfeller føre til redusert motivasjon og ei kjensle av hjelpeslaushet. Fysioterapeuten har ei viktig rolle i å tilpasse medverknaden til den enkelte for å stimulere til auka motivasjon.

Abstract

Title: Significance of user participation for motivation in patients with long-lasting, nonspecific musculoskeletal disorders - a qualitative study

Research question: “*How can user participation in physiotherapy treatment motivate lifestyle changes in patients with long-lasting non-specific musculoskeletal disorders? - physiotherapists' thoughts and experiences*”

Method: To answer the question, we used a qualitative method in the form of a semi-structured individual interview. We interviewed a manual therapist, a psychomotor physiotherapist and a physiotherapist from a rehabilitation unit in the specialist health service. Malterud's (2017) method “systematic text condensation” was used in the process of analyzing data.

Results: The results are presented in three result categories that highlight our main findings: «Communication and relationship - a basic pillar for participation and motivation», «the individual change process» and «have patient take the responsibility”. Giving the patient space and forming a good relationship is emphasized as the basis for participation by the informants. The informants point out that individualization of the change process can create motivation for a lifestyle change. This can be done by exploring the patient's resources and limitations, creating a meaningful treatment and focusing on increasing health literacy. Increasing the patient's responsibility during the change process is highlighted as important for implementing a lifestyle change in this group of patients.

Conclusion: The informant's experience that a patient-centered approach can motivate lifestyle changes, if the physiotherapists manage to facilitate good communication and a good patient-therapist relationship. Through a user participation, the treatment can be individualized and the patient made responsible. At the same time, a user participation can in some cases lead to reduced motivation and a feeling of helplessness. The physiotherapist plays an important role in adapting the participation to the individual, in order to stimulate increased motivation.

Innholdsliste

1.0 Innleiing	7
1.1 Bakgrunn	7
1.2 Hensikt med oppgåva og problemstilling	7
1.3 Begrepsavklaring	8
2.0 Teori	8
2.1 Langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettplager	8
2.2 Livsstilsendring	9
2.2.1 Endringsprosessen	9
2.3 Motivasjon	10
2.3.1 Sjølvbestemmelsesteorien	10
2.4 Brukarmedverknad	11
2.4.1 Samvalg	11
2.5 Myndiggjering	11
2.6 Helsekompetanse	12
2.7 Kommunikasjon	12
2.8 Tidlegare forskning	13
3.0 Metode	13
3.1 Kvalitativ metode	13
3.2 Valg av informantar	14
3.3 Utarbeiding av intervjuguide og forberedelse til intervju	14
3.4 Gjennomføring av intervju	15
3.5 Bearbeiding av data	15
3.5.1 Transkribering	15
3.5.2 Analyse	16
3.6 Etisk aspekter	16
3.7 Forforståing og vitenskapsteori	17
3.8 Metodediskusjon	17
3.8.1 Valg av metode	17

3.8.2 Validitet	18
3.8.3 Forforståing og reliabilitet	18
4.0 Resultat	19
4.1 Presentasjon av informantane	19
4.2 Kommunikasjon og relasjon - ei grunnpilar for medverknad og motivasjon	20
4.2.1 Å gje pasienten rommet	20
4.2.2 <i>“Relasjon er alfa og omega”</i>	20
4.3 Den individuelle endringsprosessen	21
4.3.1 Å utforske pasientens ressursar og begrensningar	21
4.3.2 Motivasjon gjennom meining	22
4.3.3 Ei felles forståing	22
4.4 Ansvarleggjering av pasienten	24
4.4.1 Veiledning til val	24
4.4.2 Ansvar - motiverande eller forskjellsskapande?	24
5.0 Diskusjon	25
5.1 Kommunikasjon og relasjon - ein grunnpilar for medverknad og motivasjon	25
5.2 Meiningsfulle og individuelle mål	26
5.3 Helsekompetanse	28
5.4 Tilpassa ansvar	29
5.5 Endringsprosessen	30
5.6 Vegen vidare	30
6.0 Konklusjon	31
7.0 Referanseliste	33
8.0 Vedlegg	39
Vedlegg 1: Informasjon- og samtykkeskjema	39
Vedlegg 2: Intervjuguide	42
Vedlegg 3: Transkripsjon intervju 1	44
Vedlegg 4: Transkripsjon intervju 2	62
Vedlegg 5: Transkripsjon intervju 3	76

1.0 Innleiing

1.1 Bakgrunn

Det har dei siste 10 åra vore ei utvikling i helsetenestene med ei form for demokratisering, kvar pasienten skal ha større innverknad på eiga behandling. Dette gjer at helsepersonell i aukande grad må samhandle med pasientar og deira pårørande på ein måte som bidreg til mestring av utfordringar knytt til helse (Tveiten, 2020, s. 13). Helse- og omsorgsdepartementet publiserte i 2019 Nasjonal helse- og sykehusplan for 2020-2023. Hovudmålsetjinga med planen er å skape pasientens helseteneste kvar pasienten er aktiv deltakar i helsehjelpa dei mottek (Meld. St.7 (2019-2020), s. 7). Å auke pasientmedverknad kan ifølge Folkehelseinstituttet (2019) bidra til auka treffsikkerheit i utforming av behandling og skape gode pasientforløp.

I Norge vert muskel- og skjelettplager reikna som den tilstanden som rammar flest og kostar samfunnet mest. Tilstanden medfører store kostnadmessige konsekvensar på samfunnsnivå og redusert livskvalitet og funksjon for enkeltindivid (Lærum et al., 2014, s. 17). Ein systematisk oversikt anbefalar at tilnærminga hos pasientar med muskel- og skjelettplager skal vere pasientsentrert med involvering av samvalg og pasientens preferansar (Lin et al., 2020, s. 4). Dean & Söderlund (2015) anbefalar eit fokus på livsstilsending i fysioterapibehandlinga hos den aktuelle pasientgruppa.

Tilstanden langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettplager omtalast ofte som kompleks, noko som medfører utfordringar knytt til behandlingstilnærming (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2013, s. 2; Börjesson et al., 2015, s. 583). Dette er noko vi erfarte i praksisperiodane på fysioterapistudiet i møte med pasientgruppa, som har gjort oss nysgjerrige på korleis brukarmedverknad kan påverke motivasjonen til livsstilsending.

1.2 Hensikt med oppgåva og problemstilling

På bakgrunn av det overnemnde ynskjer vi å bli betre rusta til møter med pasientgruppa. Hensikten med oppgåva er dermed å få djupare innsikt i korleis ulike

fysioterapeutar legg til rette for brukarmedverknad for å fremje motivasjon til livsstilsending hos pasientar med langvarige uspesifikke muskel- og skjelettplager. Vi har på bakgrunn av dette kome fram til følgande problemstilling:

“Korleis kan brukarmedverknad i fysioterapibehandling motivere til livsstilsending hos pasientar med langvarige uspesifikke muskel-og skjelettplager? - fysioterapeutars tankar og erfaringar”

1.3 Begrepsavklaring

Langvarige og kroniske smerter: I oppgåva vår har vi valt å bruke begrepet “langvarige” istadenfor “kroniske”, fordi begrepet “kronisk” omtalast av Brodal (2013, s. 231) som lite presist. “Kronisk” brukast likevel i faglitteratur og bruk av ordet vil derfor forekomme i oppgåva vår.

2.0 Teori

2.1 Langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettplager

Muskel- og skjelettplager er typisk karakterisert av smerter, ofte langvarige, og nedsett funksjon i ledd, knoklar og musklar (World Health Organization, 2021). Ein definerar langvarige smerter som smerter som varar utover den akutte sjukdomsfasen eller stadig tilbakevendande smerter med ein varigheit på minst tre månadar (Nielsen et al., 2018). Opplevinga av langvarige smerter er eit samspel mellom emosjonelle, psykologiske og sosiale faktorar som bidreg til forverring av funksjon og redusert livskvalitet hos den enkelte (Institute for Clinical Systems Improvement, 2019, s. 20-21).

Ved langvarige smerter kan det vere ulike smerte- og årsaksmekanismar hos tilsynelatande same tilstanden. Dette gjer at ei spesifikk behandling kan vere effektiv hos ein pasient og ikkje ha effekt hos ein anna pasient (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2013, s. 2). Hos 10-15% av pasientgruppa kan det påvisast ein eller fleire spesifikke årsaksfaktorar, den resterande andelen av muskel- og

skjelettplagene er reikna som uspesifikke, kvar samanhengen mellom symptombilde og objektive funn ved undersøkingar er svak (Lærum et al., 2014, s.14, 26).

2.2 Livsstilsending

Livsstil kan definerast som følgande: “summen av enkeltpersoners levevaner og atferd” (Nylenna, 2020). Enkelte levevanar kan ha negativ påverknad på helse vår og ein har dermed behov for å gjere endringar for å gjere helse bedre (Helse Bergen, 2020). Endring i levevanar kan vere endringar på fleire områder som til dømes fysisk aktivitet og kosthald (Wester et al., 2015, s. 87). Hos pasientar med langvarige smerter omtalast spesielt endring i fysisk aktivitet som av stor betydning i behandling og rehabilitering. Endring i aktivitetsvanar synast å ha positive effektar på andre områder innan livsstilsending som søvn, psykisk helse og sjukdommar relatert til ein inaktiv livsstil, som alle er viktige områder hos pasientar med langvarige smerter (Börjesson et al., 2015, s. 582, 590).

2.2.1 Endringsprosessen

Å endre levevanar er ein tidkrevjande prosess og motivasjon til endring vil påverke kor langt den enkelte kjem i endringsprosessen. I endringsprosessar vil det vere viktig at det er deltakaren sjølv som bestem målet med endringa og ut frå dette får støtte til gjennomføring av helsepersonell (Lerdal & Fagermoen, 2011, s. 180–181). Ei klinisk retningslinje av Fagan et al. (2017, s. 8) understøttar at atferdsending er avhengig av motivasjon. Vidare påpeikast det at pasientsentrerte tilnærmingar kan styrke pasientens motivasjon for å gjennomføre ei varig endring av livsstil.

For å oppnå ei atferdsending er det ifølge Wester et al. (2015, s. 86) viktig å identifisere determinantar som kan ha betydning for endringsprosessen. I den sosiale helsemodellen til Dahlgren & Whitehead (1991, sitert i Dahlgren & Whitehead, 2021) omtalast sosiale forhold og miljøet rundt individet som helsedeterminantar. Modellen forklarar korleis ulike forhold påverkar helse og sosial ulikheit i helse. Ifølge Folkehelseinstituttet (2018) heng helse og levevanar som til dømes kosthald og fysisk aktivitet tett saman med samfunnsforhold, lokalmiljø, buforhold og levekår.

Skal ein gjennomføre endringar må ein difor forhalde seg til dei bakforliggende faktorane.

2.3 Motivasjon

Ein kan skildre motivasjon som ein tilstand kvar ulike krefter påverkar individet og resulterer i eit handlingsmønster (Manger, 2016, s. 9). Vi skil mellom ytre og indre motivasjon. Ytre motivasjon har primært rot i forhold som ligg utanfor sjølve aktiviteten som til dømes belønningar. Indre motivasjon har derimot rot i eigenskapar i sjølve aktiviteten og appellerer til nysgjerrigheit og glede (Manger & Wormnes, 2015, s. 28). Det er fleire motivasjonsteoriar om korleis motivasjon kan styrkast eller svekkast. I denne oppgåva har vi valt å fokusere hovudsakleg på sjølvbestemmelsesteorien.

2.3.1 Sjølvbestemmelsesteorien

Sjølvbestemmelsesteorien er ein teori som tar utgangspunkt i at alle har grunnleggande og medfødte behov for autonomi, tilknytning og kompetanse eller meistring. Teorien vektlegg at menneskes indre motivasjon styrast av desse medfødte behova. Å handtere helseutfordringar er ein evne som kan svekkast eller styrkast på bakgrunn om behova blir tilfredstilt eller ikkje (Eide & Eide, 2017, s. 19).

Kompetansebehovet viser til opplevinga av å meistre omgjevnadane rundt seg. Ei oppleving av meistring er forutsatt at oppgåvene til ei kvar tid er tilpassa det noverande og eksisterande kompetansenivået. Jo meir ein meistar og lykkast, jo meir tørr ein å satse på ukjende oppgåver og ny læring. Autonomibehovet handlar om å oppleve seg sjølv som kjelda til eigne beslutningar og eigen atferd. Gjennom autonomi oppnår ein større friheit og sjølvregulering. Tilhørigheit handlar om behovet vi har til å samhandle med andre menneske og etablere emosjonell tilknytning (Manger & Wormnes, 2015, s. 174–181).

2.4 Brukarmedverknad

Brukarmedverknad er ein lovfesta rettigheit og handlar om at den enkelte brukaren har rett til å medverke mellom tilgjengelege og forsvarlege tenesteformer og undersøkjings- og behandlingmetodar (Pasient- og brukarrettighetsloven, 2021, §3-1). Gjennom brukarmedverknad kan pasienten i større grad oppleve å bli sett, respektert og kunne styre over eige liv, som vil kunne påverke brukarens motivasjon (Helsedirektoratet, 2022).

Det er eit krav at medverknaden skal tilpassast den enkelte sin evne til å gje og motta informasjon (Pasient- og brukarrettighetsloven, 2021, §3-1). Forutsetningane for at brukarane skal medverke er ifølge Tveiten (2020, s. 29) individuelle, kontekstuelle og kulturelle. Helsepersonellet har ansvar for å hjelpe pasienten til å bli bevisst og forstå eiga rolle og rett til medverknad (Tveiten, 2020, s. 54). Ei klinisk retningslinje av Institute for Clinical Systems Improvement (2019, s. 34- 38) påpeikar at det hos pasientar med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettsmerter er mange behandlingalternativ. Det anbefalast derfor at pasienten er eit aktivt medlem i teamet ved valg av behandlingstiltak. Vidare understrekast det at ein plan utan aktiv deltaking har høgt sannsyn for å feile.

2.4.1 Samvalg

Samvalg er brukarmedverknad på individnivå. Det er ei tilnærming kvar helsepersonellet og pasienten delar den beste, tilgjengelige kunnskapen og tek avgjersler om behandlingsvalg i fellesskap. Gjennomføring av samvalg krevjer kunnskap og ferdigheiter hos både helsepersonellet og pasienten (Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse, 2018).

2.5 Myndiggjering

Empowerment blir av Verdens helseorganisasjon (1998, s. 6) definert som ein prosess kvar den enkelte oppnår større kontroll over slutningar og handlingar som råkar eiga helse. Empowerment-prosessen kan forståast som samhandling mellom pasient og helsepersonell og inneber maktfordeling, medverknad og

anerkjennelse av pasienten sin kompetanse. Prosessen skal bidra til å auke kapasiteten til den enkelte til å ta sjølvstendige og effektive val gjennom å stimulere ressursar og moglegheiter, samt å fremje krefter og energi (Tveiten, 2020, s. 38-39). Begrepet empowerment kan omtalast på norsk som myndiggjering (Manger & Wormnes, 2015, s. 67).

2.6 Helsekompetanse

Ein kan definere helsekompetanse som “personers evne til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse”. Behovet for helsekompetanse hos pasientane er i dag større enn nokon gong tidlegare, fordi krava om å vere aktiv deltakande når det gjeld eiga helse, er mykje høgare enn før (Helsedirektoratet, 2021). Ifølge Meld. St.7 ((2019-2020), s. 18) er den enkelte sin helsekompetanse av stor betydning for evnen til å kunne vere ein aktiv deltakar i eiga helse og behandling.

Ein ser at lav helsekompetanse kan vere ei større utfordring i enkelte grupper som til dømes personar med kronisk sjukdom, og er blant anna knytt til dårlegare helse og svakare oppfølging av eigen sjukdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 8). Ein kan gjennom ulike former for pasientopplæring auke den enkelte sin helsekompetanse (Helsedirektoratet, 2021). Tauben & Stacey (2022) påpeikar viktigeita av å forstå eigen tilstand hos pasientar med kroniske smerter. Dei utdjuvar at pasientopplæringa bør inkludere kunnskap om smerteforståing, tilgjengelege behandlingalternativ og forventning til behandlingsrespons.

2.7 Kommunikasjon

Thornquist (2009, s. 19-24) omtalar kommunikasjon som sosiale handlingar kvar ein skapar gjensidigheit i oppleving og meining. Kvaliteten på kommunikasjonen er av stor betydning for at helsetenestene skal vere pasientsentrert og for at brukarmedverknad skal kunne skje (Tveiten, 2020, s. 80). Relasjonen mellom menneske, til dømes pasient og terapeut, er vesentleg i pasientsentrert behandling. Korleis vi seier ting, korleis vi lyttar og den non-verbale kommunikasjonen påverkar sterkt relasjonen. Kommunikasjon i pasientsentrert behandling bør fokusere på å

skape eit miljø som engasjerar, støttar tru på evner til å ta ansvar og gje pasienten moglegheit til å ta slutningar. Dialogen bør vere myndiggjerande (Fagan et al., 2017, s. 14). Eide & Eide (2017, s. 18-19) hevdar at god profesjonell kommunikasjon kan vere med på å styrke den enkelte sin indre motivasjon gjennom å møte behova for sjølvbestemmelse, tilknytning og kjensle av mestring og kontroll.

2.8 Tidlegare forskning

Ein systematisk oversikt av Tousignant- Laflamme et al. (2017) påpeikar at til tross for at samvalg blir sterkt vektlagt i dagens helsetenester, er den eigentlege effekten mindre kjent i rehabilitering av muskel- og skjelettilstandar. Eksisterande forskning på samvalg hos pasientgruppa omhandlar for det meste samvalg i beslutningsprosessar med større risiko som til dømes kirurgi. Ifølge ein systematisk oversikt av Lin et al. (2020) anbefalast pasientsentrert behandling for pasientgruppa, gjennom bruk av samvalg, effektiv kommunikasjon og utgangspunkt i pasientens kontekst og preferansar. Ein systematisk oversikt frå Eze et al. (2022) understrekar at brukarmedverknad og pasientopplæring er tiltak som kan bidra til å redusere skeivheit i behandling av pasientar med muskel- og skjelettsmerter. I enkeltstudien av Parsons et al. (2012) kjem det fram at brukarmedverknad hos pasientgruppa vil vere nyttig, fordi ein gjennom auka forståelse, avklare forventingar og involvering i valg kan stimulere til mestring av tilstanden.

3.0 Metode

I metodekapittelet vil vi gjere reie for kva strategiar vi har brukt for innhenting og analysing av datamaterialet.

3.1 Kvalitativ metode

Vi har valt å nytte oss av kvalitativ forskningsmetode i prosjektet. Gjennom kvalitativ metode kan vi få kjennskap til menneskelege eigenskapar som erfaringar, opplevingar og tankar (Malterud, 2017, s. 31). Det er nettopp dette vi ynskjer med denne oppgåva. For å kunne få direkte kjennskap til menneske sine erfaringar kan

ein snakke med folk, noko som blant anna kan gjerast gjennom eit semistrukturert individualintervju (Malterud, 2017, s. 69). Vi tenkjer dermed at eit semistrukturert intervju vil kunne gje oss dei erfaringane, opplevingane og tankane vi ynskjer for å svare på vår oppgåve. Vi har på bakgrunn av dette valt å intervju tre erfarne fysioterapeutar som har erfaring med den aktuelle pasientgruppa.

3.2 Valg av informantar

Vi gjorde eit strategisk utvalg ved val av informantar. Vi ynskja å intervju fysioterapeutar med erfaring innan langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettplager. Kriteria for informantane var at dei måtte ha minimum fem års erfaring med pasientgruppa. Det var også ynskjeleg at informantane kom frå ulike praksisfelt og hadde ulikt fagleg fokus for å skape variasjonsbreidde i oppgåva. Vi tenkte at dersom informantane hadde ulikt fagleg fokus ville dei óg ha ulike refleksjonar, meningar og erfaringar rundt det aktuelle temaet. I følge Malterud (2017, s. 59) kan eit strategisk utvalg med vekt på mangfold representere betre informasjonsstyrke. På bakgrunn av dette kom vi fram til at vi ville intervju fysioterapeutar frå tre forskjellige praksisfelt: ein manuellterapeut, ein psykomotoriker og ein fysioterapeut med vidareutdanning innan arbeidsrehabilitering.

Vi søkte etter aktuelle informantar på nett, samt at vi fekk interne tips frå erfarne fysioterapeutar. Vidare kontakta vi tre fysioterapeutar via e-post og alle stilte seg umiddelbart positive til å delta som informantar. Informantane fekk deretter tilsendt eit generelt informasjons- og samtykkeskriv med meir informasjon rundt prosjektet (vedlegg 1).

3.3 Utarbeiding av intervjuguide og forberedelse til intervju

I forkant av intervju utarbeida vi ein intervjuguide (vedlegg 2), som bestod av nokre opne hovudspørsmål som ei hjelp til å halde seg til det aktuelle temaet. Intervjuguiden vart sendt til rettleiaren vår for vurdering i forkant av intervju. Deretter foretok vi nokon endringar før intervju fant stad.

Vi foretok eit testintervju på ein medstudent og på kvarandre før fyrste intervju, for å sikre oss at spørsmåla var forståelege og for å gjere oss meir trygg i rolla som intervjuar. Det tekniske utstyret vart óg sjekka i forkant av alle intervjua for å sikre at dette var i orden.

3.4 Gjennomføring av intervju

To av intervjua fant stad på eit grupperom på høgskulen og siste på arbeidsplassen til informanten. Vi hadde gjennom alle intervjua fokus på å skape eit klima prega av trygghet og fortrulegheit. Forutsetninga for å etablere rike og relevante empiriske data er at deltakarane kjenner seg trygge og ivaretatt (Malterud, 2017, s. 135).

I forkant av intervjua informerte vi om informantane sine rettigheter, samt at samtykkeskjema vart signert. Vi nytta oss av private telefonar for opptak av intervju. Lydopptak blei starta etter introduksjonsspørsmåla for å sikre anonymiteten til informantane. Under intervjua nytta vi oss av intervjuguiden for å halde oss til tema samtidig som vi hadde rom for oppfølgingsspørsmål. Vi konsenterte oss om å vere tilstrekkelig open og fokusert på same tid.

3.5 Bearbeiding av data

3.5.1 Transkribering

Transkribering frå tale til tekst vart gjort umiddelbart etter kvart intervju. For å vere effektive transkriberte vi halve intervjua kvar. Etter ferdig transkripsjon las vi over ferdig tekst og hørde gjennom lydopptak saman. Dette gjorde vi for å sikre lik skrivemåte, fullstendig innhald og for å danne oss eit heilheitsinntrykk. Ved å sjølv transkribere får ein gjenoppleve erfaringane frå datainnsamlinga og bli kjent med materialet (Malterud, 2017, s. 80).

Vi transkriberte alt på nynorsk uavhengig av dialekt for å sikre anonymiteten til informantane. Deretter reviderte vi forsiktig transkripsjonen for å få gjengi

meningsinnhaldet frå munnleg til skriftleg form. Vi tok vekk enkelte bekreftelsesord som “ja” og “mhm”, for å unngå overflødige ord.

3.5.2 Analyse

Vi nytta oss av systematisk tekstkondensering (STC) som analysemetode. Metoden er utvikla med sikte på å gjere analyseprosessen systematisk og overkomeleg. Analysemetoden omfattar ein fire-trinns prosess (Malterud, 2017, s. 97).

Fyrste trinn i analyseprosessen var å danne oss eit heilheitsinntrykk og å finne aktuelle tema. Vi leste fyrst over transkripsjonen for oss sjølv og noterte aktuelle tema. Vi var bevisst på forforståelsen vår og det teoretiske perspektivet, for å vere open for nye inntrykk og idear. Deretter noterte vi kvar for oss aktuelle tema som ville belyse problemstillinga, før vi diskuterte dette saman. På trinn to i analysen danna dei foreløpige temaene grunnlag for kodegrupper. Kodegruppene vi etablerte var “kunnskapsformidling”, “kommunikasjon”, “individuell tilpassa behandling”, “forståing av pasientgruppa” og “endringsprosessen”. Vidare valte vi ut meningsbærande einingar som vi meinte bar med seg kunnskap om kodegruppene. Dei meningsbærande einingane organiserte vi ved hjelp av fargekodar som vi vidare sorterte i ein tabell for å få oversikt. På tredje trinn diskuterte vi moglege subgrupper. Vi etablerte oss 2-3 subgrupper for kvar kodegruppe og sorterte deretter dei meningsbærande einingane i desse gruppene. Vidare skreiv vi eit kondensat for kvar subgruppe som bar med seg det konkrete innhaldet for dei meningsbærande einingane. Vi valte óg ut eit gullsitat som representerte innhaldet i kvar subgruppe. På fjerde trinn rekontekstualiserte vi kondensata til ein fullstendig tekst og danna ei syntese av kvart kondensat. Deretter vurderte vi om gullsitatet framleis var dekkjande for innhaldet. Kvar syntese fekk eit avsnitt i resultatdelen som vi danna ei overskrift til som samanfatta innhaldet.

3.6 Etisk aspekter

For å ivareta personvern og anonymitet ovanfor informantane har vi haldt oss til HVL sine retningslinjer for forskningsprosjekt. Informantane fekk kjennskap om rett til

personvern, frivillig deltaking og moglegheit for å trekke seg, gjennom informasjon- og samtykkeskjemaet og før intervju starta. Alt av innhenta datamateriale vart anonymisert for å ivareta personvernet til informantane. Lydopptak vart sletta frå telefonane umiddelbart etter overførsel til ein låst PC og sletta frå PC ved innlevert oppgåve.

3.7 Forforståing og vitenskapsteori

Begrepa hermeneutikk og fenomenologi er to sentrale begrep innan vitenskapsteorien, som dannar det teoretiske grunnlaget for fortolkning i kvalitative metodar. Den hermeneutiske tradisjonen handlar om tolkingar og forståing av meiningar og begrepet fenomenologi skildrast som forståinga vår av subjektive erfaringar (Malterud, 2018, s. 28-29). Forforståing kan tenkjast som den ryggsekken vi har med oss inn i forskningsprosjektet og inneheld bla. erfaringar, hypotesar og faglege perspektiv. Den påverkar måten vi samlar, tolkar og forstår våre data på (Malterud, 2018, s. 44-45). Vi har begge litt erfaring med pasientgruppa frå praksis, i tillegg har vi fått tankar og lærdom gjennom undervisning på studiet og ved å lese aktuell forskning på området. Basert på dette forstår vi pasientgruppa som samansatt og kompleks, og at dei har plagar som i stor grad påverkar deira kvardag både når det gjeld arbeid, fritid og familie. Ut frå dette har vi ei forforståing om at det hos pasientgruppa er behov for ei individuell tilnærming og tiltak som stimulerar til motivasjon.

3.8 Metodediskusjon

I dette kapitlet vil vi diskutere svakheiter og styrker ved innsamling og analysen av datamaterialet.

3.8.1 Valg av metode

I prosjektet vårt valde vi å benytte oss av kvalitativ metode, fordi vi ynskja å fremje fysioterapeutane sine erfaringar og opplevingar. Vi valde å benytte oss av semistrukturerte individualintervju framfor fokusgruppeintervju. Fokusgruppeintervju er meir relevant om ein ynskjer å utnytte meirverdien av samhandling mellom

deltakarane (Malterud, 2018, s. 138). Ettersom vi ville vektlegge å gje kvar informant tid og rom til å dele sine erfaringar og refleksjonar, ansåg vi semistrukturert individualintervju som hensiktsmessig.

3.8.2 Validitet

Den indre validiteten er knytt til truverdigheita i materialet. Truverdigheit handlar om å presentere informantane sine opplevingar og erfaringar riktig (Nielsen et al., 2021, s. 283). Ved gjennomføring av intervjuet var vi bevisst på å stille oppklarings spørsmål for å sikre at vi hadde forstått informantane sitt synspunkt rett. Imidlertid såg vi ved gjennomføring av transkripsjonen at vi kunne ha vore meir bevisst på å stille oppklarande spørsmål. Vi opplever likevel at vi har fått truverdig kunnskap rundt problemstillinga i oppgåva.

Dei kontekstuelle faktorane i rammene for bacheloroppgåva gjorde at vi måtte begrense antall informantar. Med eit begrensa antall informantar kan ein diskutere om det er stor nok variasjonsbreidde og informasjonsstyrke for å kunne overføre resultatet til klinisk praksis. Vi valde derimot informantar frå ulike praksisfelt og med ulike fagleg bakgrunn som formidla mykje og variert informasjon om problemstillinga. Det kan ifølge Malterud (2017, s. 63) bidra til å auke informasjonsstyrken og overførbarheita. Overførbarheita vil ikkje auke proporsjonalt med antall individ i materialet. Likevel begrensar eit utvalg på tre informantar overførbarheita til klinisk praksis, men vi opplever at resultatane gjev ein indikasjon på fokusområder innan problemstillinga.

3.8.3 Forforståing og reliabilitet

Som mål på ein studie sin reliabilitet brukast refleksivitet og transparens (Leseth & Tellmann, 2014, s. 23). I ein kvalitativ studie kan forforståinga føre til at ein overdøyvar budskapet frå det empiriske materialet (Malterud, 2018, s. 45). Vi har forsøkt å forhindre at forforståinga vår kjem i vegen for resultatet ved å diskutere våre erfaringar, forståingar og perspektiv rundt temaet i forkant av datainnsamlinga. Imidlertid kan ein ikkje legge frå seg forforståinga fullstendig, fordi vi blir styrt av våre indre motiv og forestillingar, og oppgåva vil på bakgrunn av det vere påverka av vår

måte å tolke og lese data på. Vi har derfor vektlagt transparens ved å synleggjere arbeidsprosessen og ved å redegjere for forforståinga vår. I tillegg har vi forsøkt ivareta refleksiviteten ved å stille kritiske spørsmål til funna og framgangsmåten vår (Malterud, 2018, s. 19, 36).

Å synleggjere arbeidsprosessen i metodekapittelet kan bidra til at lesaren kan vurdere om funna er pålitelege (Leseth & Tellmann, 2014, s. 23). Imidlertid har vi eit begrensa antall ord som har gjort at vi har måtte begrense oss når det gjeld utdjuping av arbeidsprosessen. Vi har likevel forsøkt å vere presise og konkrete ved formuleringa. Gjennom å beskrive metoden så presis og konkret som mogleg er det høgare sannsyn for at lesaren vil kunne gjennomføre den same undersøkinga på nytt (Nielsen et al., 2021, s. 283).

4.0 Resultat

Vi vil i dette kapittelet byrje med å presentere informantane i prosjektet. Deretter presenterast resultata med utgangspunkt i analyseprosessen i tre hovudkategoriar som er følgande: “kommunikasjon og relasjon- ein grunnpilar for medverknad og motivasjon”, “den individuelle endringsprosessen” og “ansvarleggjering av pasienten”.

4.1 Presentasjon av informantane

Informant 1: Mann. Fysioterapeut frå rehabiliteringsinstitusjon i spesialisthelsetenesta. Vidareutdanning innan kognitiv terapi og arbeidsretta rehabilitering. Har jobba som fysioterapeut i over 10 år.

Informant 2: Kvinne. Fysioterapeut med spesialisering i manuellterapi. Vidareutdanning innan kognitiv terapi og motiverande intervju. Jobbar på institutt. Har jobba som fysioterapeut i over 25 år.

Informant 3: Kvinne. Fysioterapeut med spesialisering i psykomotorisk fysioterapi. Vidareutdanning innan kognitiv terapi og motiverande intervju. Jobbar på institutt. Har jobba som fysioterapeut i over 30 år.

4.2 Kommunikasjon og relasjon - ei grunnpilar for medverknad og motivasjon

4.2.1 Å gje pasienten rommet

Alle informantane oppgjev at å lytte til pasienten er eit grunnlag for at pasientane skal kunne medverke i behandlinga. Fleire av informantane opplever at mange i den aktuelle pasientgruppa har over tid vore i kontakt med helsevesenet. Dei påpeikar vidare at dei ofte har blitt kasta rundt på utgreiing utan å ha kome til bunns, blitt høyrte eller fått forståing av problema sine. Eine informanten skildrar at dersom pasientane opplever at dei blir høyrte av fagutøvaren, så kan motivasjonen til endring kome gjennom det. Informant 2 erfarar at gjennom å lytte og la pasienten kome til ordet, vil ein kunne få fram kor delaktige pasientane ynskjer å vere, samt kor stort ansvar dei ynskjer å ta i behandlinga.

*“Viss du har lytta til pasienten og høyrte på kva dei opplev som bremsar dei, og dei opplev at dei blir høyrte, så kjem jo på ein måte motivasjonen gjennom det.” -
Informant 3*

Informantane opplever at det å gje pasienten rommet er svært verdifullt. Dei trekkjer fram at dersom ein tørr å lytte til kva dei har på hjartet, så kan ein få fram det som kan vere årsakene til plagene hos pasienten. Ein av informantane opplever at fokuset på dette har endra seg i gjennom yrkeskarriera, kvar det vert påpeika at det var meir skummelt å gje pasient så stort rom tidleg i karriera. Etter litt erfaring med pasientgruppa opplevde informanten kor avgjerande dette er for å nå fram hos den enkelte.

4.2.2 “Relasjon er alfa og omega”

Informantane påpeikar at relasjonen mellom pasient og terapeut er vesentleg for å fremje brukarmedverknad og skape motivasjon til livsstilsendring. Dei understrekar at pasienten må ha tiltru til deg som fagperson for å føle seg trygg i rommet med deg som terapeut. Dette er nødvendig for at dei skal åpne seg og at du skal få tak i kva pasienten opplev som sitt problem, samt å gå inn på områder pasienten opplev som vanskeleg.

”Det er jo dette med å få ein god pasientrelasjon, det er det viktigaste. For det gjev rom for brukarmedverknad.” - Informant 3

Det nemnast av informant 1 at for å kunne skape denne relasjonen er ein avhengig av gode kommunikative evner. Dette understrekast óg av informant 3 som trekkjer fram at pasienten må få ei kjensle av at den vert teken på alvor. Her nemnast det at ein bør tilstrebe at ein skal bli meir likeverdige samtalepartnarar, då forholdet mellom behandlar og pasienten i utgangspunktet er asymmetrisk. To av informantane fortel at nokre gongar brukar dei heile første møtet til å berre snakke med pasienten, la dei fortelje, bli kjende og få dei til å føle seg trygge. Eine informanten opplever at relasjon mellom terapeut og pasient er så viktig, at dersom ein ikkje lykkast med relasjonen hos den enkelte, er det vanskeleg å skape endring. I desse situasjonane bør ein vurdere om det er meir hensiktsmessig å la nokon andre ta over behandlinga.

4.3 Den individuelle endringsprosessen

4.3.1 Å utforske pasientens ressursar og begrensningar

Dei tre informantane presiserer at for å skape ei endring det er nødvendig å finne ut kva pasientane sjølv ynskjer og kvifor dei kjem til fysioterapeut. Starten av forløpet er derfor svært viktig for å individualisere behandlinga etter pasientens mål.

“Det som er utruleg viktig for meg som fysioterapeut, og som bør vere viktig for dei som er i helsevesenet, det er fyrst og fremst å finne ut kva det er pasienten vil, kva er målet deira” - Informant 1

Viktigheita av spørsmålsformulering understrekast av alle informantane. Det blir tydleggjort av informant 1 og 2 at det er viktig med spørsmål som utforskar kva som er viktig for pasienten og kva pasienten ynskjer ut av behandlinga. Dei to informantane vektlegg å utforske forhold rundt livet til pasienten som aktivitet, deltaking og omgivelsesfaktorar. Dette er viktig for å utforske pasientens ressursar og begrensningar i starten av behandlingsforløpet, då dei oppfattar dette som viktig å identifisere for å skape endring hos denne pasientgruppa. Ein bør forsøke å stille opne spørsmål, framfor lukka spørsmål. Det gjer at pasienten får moglegheit til å

fortelje om seg sjølv utan at vi legg orda i munnen på dei. To av informantane trekkjer fram at ulike kartleggingsverktøy kan vere nyttig for utforsking av individuelle faktorar hos den enkelte pasient.

4.3.2 Motivasjon gjennom meining

Fleire av informantane opplev at det å motivere ein pasient til å gjere noko den ikkje ynskjer og som ikkje har overføring til funksjon er vanskeleg. Ut frå dette påpeikar dei at behandlinga må vere meiningfull i forhold til deira liv.

“(...)viss ikkje pasienten føler at han har innverknad i sin eigen situasjon så er det dødt løp, tenkjer eg. Då kjem du ingen veg.” - Informant 3

Eit døme som blir gjeve av eine informanten er at dersom ein gjev eit treningsprogram utan at det er meningsfullt for pasienten, så er det truleg at pasienten ikkje meistarar å drive prosjektet og det medfører dermed ikkje noko endring hos pasienten. Informanten understrekar vidare at dersom ein derimot knyttar målet i behandlinga til noko som er meningsfullt for pasienten, så kan det vere eit utgangspunkt for å skape motivasjon til livsstilsendring. Eine informanten uttrykkjer at det er opp til pasienten å finne ut kva den vert motivert av, men at vi kan hjelpe dei med å finne sin motivasjon gjennom til dømes kunnskapsformidling. To av informantane trekkjer fram at ein óg kan styrke motivasjonen gjennom ei oppleving av kroppsleg endring. Eine informanten byrjar derfor behandlinga kvar det er mest synleg at pasienten vil oppleve ei kroppsleg endring. Endringsprosessar er i følge informantane tidkjevande og krevjer mykje repetisjon, samstundes er prosessen svært individuell.

4.3.3 Ei felles forståing

Informantane trekkjer fram at når pasientane skal få større innflytelse i behandlinga, er det sentralt med pasientopplæring for å bidra til auka forståing rundt tilstand, kropp og smerter. Fysioterapeutar har forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap, som kan vidareformidlast til pasienten. Å gje pasientane auka innsikt i kva som skjer med kroppen til dømes ved langvarige plager og forståing rundt smerte, kan ifølge

informantane bidra til å mogleggjere endring.

“Veldig mange trur at smerte er lik vevsskade, at ein gjer noko gale dersom ein har smerter, så det å på ein måte forklare det. Eg brukar utruleg mykje tid på informasjon.” - Informant 2

Ein av informantane gjev eit klinisk eksempel på ein pasient som fekk ein skade for 25 år sidan og som ved fyrste pasientmøte uttrykte tru om at hen framleis måtte verne om denne skaden. Informanten understrekar at i desse tilfella er det viktig for oss som fysioterapeutar å sjekke ut kva som gjer at pasienten tenkjer slik. Eit anna fellestrekk blant dei tre informantane innan kunnskapsformidling, er å sjekke at den kunnskapen som blir formidla vert forstått riktig. Ved å undersøke kva pasientane eigentleg har høyrte og fått med seg, unngår ein at pasienten har ei heilt anna oppfatning enn du som fysioterapeut. Informanten tilføyar at denne pasientgruppa ofte sit på ulik informasjon frå tidlegare helsehjelp. Det er dermed nødvendig at ein som fysioterapeut samanfattar denne informasjonen saman med pasientane, for å sikre at ein har ei felles forståing.

Det er einigheit blant informantane om at det er viktig å formidle kunnskapen på ein måte som gjer at den enkelte pasienten forstår det. Informasjonen må tilpassast individuelt og skje gradvis. Informant 3 kjem med eksempel på at det kan vere forskjell på om pasientane er teoretisk eller praktisk anlagt, noko som har betydning for korleis ein må formidle kunnskap. Informanten samanliknar ein snekkar og ein teoretikar. Snekkaren brukar kroppen mykje og har derfor ofte meir kontakt med kroppen. Dette gjer at ein då kan bruke andre ord enn til dømes hos teoretikaren som jobbar mykje med hovudet.

“ Det er klart at kva slags type pasient og kva slags menneske du har framfor deg, så må ein bruke forskjellige ord og forskjellige måtar å forklare ting på.” - Informant 3

Kunnskapsformidlinga kan ifølge informantane individualiserast gjennom bruk av forklaringsmodellar eller gjennom visualisering som til dømes teikning på tavle. Eine informanten påpeikar at at sjølv om ein tilpassar informasjonen og prøvar å formidle på ein god måte, er det ikkje alltid ein klarer å nå inn hos den enkelte.

4.4 Ansvarleggjering av pasienten

4.4.1 Veiledning til val

Eine informanten uttrykkjer at som fysioterapeut er ein litt som ein konsulent kvar ein skal rådgje pasientane til å kome dit dei vil. For å veilede pasienten til å ta eit informert val, fortel informantane at ein kan gje pasientane ulike alternativ, argumentere for hensiktsmessige tilnærmingar, så kan pasienten velje det som opplevast som mest meningsfullt og motiverande. Ved veiledning til val er det viktig å forklare til pasienten på ein trygg måte kva ein ser etter, kvifor ein ser etter det og kva det betyr for vedkomande. Det kan vere med på å skape trygghet hos pasienten som gjer det lettare å ta ansvar og kloke val på vegne av seg sjølv. Informant 1 påpeikar følgande:

“(...) vi kan formidle noko kunnskap til vedkomande slik at vedkomande sjølv kan ta den slutninga og finne ut at «ja kanskje skal eg velje det i staden for det.»”

To av informantane nemner at nokre gongar kan pasienten sitt mål og ynskjer stride med kva fysioterapeutens faglege forståing og erfaring tilseier at er hensiktsmessig og realistisk for den enkelte. Dei utdjuvar at i desse tilfella handlar det om å ikkje avvise deira ynskjer, men å møtast på midten.

4.4.2 Ansvar - motiverande eller forskjellsskapande?

Eit viktig forhold som informantane belyser som viktig for gjennomføring av endring er å la pasientane ta ansvar. Dette gjerast blant anna ved aktiv deltaking i utarbeiding av plan og i tverrfaglege møter.

“Det viktigaste som eg tenkjer med brukarmedverknad er at pasienten er ein aktiv deltakar i prosessen. Ikkje berre stiller det krav til terapeuten, men det stiller og krav til pasienten.” - Informant 1

Det vert vidare nemnt at dersom pasientane får eit større ansvar for behandlinga, vert dei meir forplikta til å halde seg til målsettinga. Dette kan føre til at dei vil oppleve større grad av meistring og makt over eige liv, som kan bidra til å skape motivasjon til endring. På same tid reflekterer ein av informantane over forskjellane mellom ressurssterke pasientar og mindre ressurssterke pasientar, når det gjeld å ta ansvar i

behandlninga. For ressurssterke pasientar kan det vere meir naturleg å ta plass, medan hos mindre ressurssterke pasientar kan auka fokus på brukarmedverknad opplevast forskjellsskapande. Det påpeikast vidare at alle ikkje er i stand til å medverke og nokon treng beskjed om kva dei skal gjere. Eine informanten trekkjer fram at dersom ein skal skape ei varig endring, må fysioterapeuten hjelpe dei med å styrke og finne nødvendige ressursar til å klare seg på eigahand.

“Dersom eg har passivisert dei på benken så vil dei aldri føle seg trygg og motivert for å klare seg på eigenhand.” - Informant 2

5.0 Diskusjon

I dette kapitlet vil vi drøfte hovudfunna frå resultatet opp mot relevant teori og forskning.

5.1 Kommunikasjon og relasjon - ein grunnpilar for medverknad og motivasjon

Våre informantar sine erfaringar er at dersom pasientane opplever at dei vert høyrte, så kan det bidra til motivasjon til endring. Vidare vert det påpeika at dette er noko gode kommunikasjonsevner kan vere med på å fremje. Denne påstanden styrkast av Eide & Eide (2017, s.19) påpeikar at ein gjennom god kommunikasjon kan møte behova for sjølvbestemmelse, tilknytning og ei kjensle av meistring, som kan styrke den indre motivasjonen til å gjennomføre til dømes livsstilsendringar (Eide & Eide, s. 19). Det hevdast av Lonsdale et al. (2012) at gjennom kommunikasjon kan helsepersonellet bidra ivareta autonomibehovet hos pasienten og dermed motivere til helsefremjande atferd hos pasientar med langvarige muskel- og skjelettplager. Element i kommunikasjon som vert trekt fram av informantane som viktig, var å lytte og å gje pasienten rommet. Gjennom aktiv lytting kan ein oppfatte kva som viktig for den enkelte og kva ein som helsepersonell kan bidra med (Eide & Eide, 2017, s. 118; Thornquist, 2009, s. 125). Det skildrast vidare av Eide & Eide (2017, s. 118) at aktiv lytting er motiverande, fordi det blant anna bidreg til tilknytning, anerkjenne det andre parten som unik og den andre sitt behov for sjølvbestemmelse.

Alle informantane presiserar at ein god relasjon prega av tillit og aksept mellom terapeut og pasient er vesentleg for å fremje brukarmedverknad og skape motivasjon til endring. Ein systematisk oversikt framhevar at ein god pasient-terapeutrelasjon kan bidra til å betre smerteutfall hos pasientar med langvarige muskel- og skjelettplager (Kinney et al., 2018). Ryan et al. (2008, s. 3) påpeikar at respekt og forståing er viktig for endring. Dei trekkjer óg fram at pasientar har høgare sannsyn for å endre sin atferd dersom endringa er foreslått av personar ein har tillit til og ein god relasjon med. Eit anna forhold som vert vektlagt av informantane i relasjonsbygginga er anerkjennelse. Ifølgje Thornquist (2009, s.125) er anerkjennande relasjonar ei forutsetning for utvikling av autonomi hos eit individ. Ut frå det overnemnte er det truleg at fokus på ein god relasjon kan bidra til å skape motivasjon til livsstilsendring, gjennom å styrke individets oppleving av autonomi og tilhørighet.

Informantane er tydelig einige om at ein god relasjon kan dannast gjennom å tilstrebe eit meir likeverdig forhold mellom terapeut og pasient. Dette er i overensstemmelse med Tveiten (2016, s.213) som utdjupar at ein må prøve å tilstrebe eit symmetrisk forhold i betydning av at begge partane sin autonomi blir ivaretatt, for at moglegheitene for myndiggjering skal vere til stades. Imidlertid blir det påpeika at ein ikkje kan oppnå likestiltheit i relasjonen at grunna meirkompetansen og beslutningsmyndigheita ligg hos fagutøvar, men ein kan truleg alltid oppnå likeverd (Tveiten, 2016, s. 42). Ein måte å gjere pasienten til ein meir likeverdig partner, er ifølgje Olsson & Vågan (2018) gjennom å styrke den enkelte sin innflytelse. Eit anna aspekt som trekkjast fram av Eide & Eide (2017, s. 246) er at ein samtidig bør tilstrebe at forholdet ikkje vert privat, då ein som profesjonsutøvar skal setje pasienten i sentrum. Funna illustrerar at eit likeverdig forhold er avgjerande for å danne ein god relasjon, men ein må vere klar over at asymmetrien mellom partane alltid vil vere til stades.

5.2 Meiningsfulle og individuelle mål

Ei felles erfaring blant informantane er at dersom ein skal gjennomføre ei endring hos ein pasient, må målsettinga vere meningsfull i forhold til livet til pasienten. Dette er i tråd med Lerdal & Fagermoen (2011, s. 180-181) og Evensen et al. (2015) som

understøttar behovet for at deltakaren sjølv bestem målet med endringsprosessen og får støtte til gjennomføring av helsepersonell. I tillegg skildrar Eide & Eide (2017, s. 258) at helsepersonell er veiledarar i endringsprosessar og skal veilede pasientane til å nå mål som er realistiske for den enkelte og som speglar pasientens styrker og ynskjer. Det samsvarar med eine informantens oppfatning om at fysioterapeutar kan framstå som konsulentar som skal å rådgje pasientane til å kome dit dei vil, og at vektlegging av pasientane sine ressursar og begrensingar er viktig i endringsprosessen.

Eine informanten påpeikar at meningsfulle mål er essensielt både for å skape motivasjon til gjennomføring og for at pasienten skal meistre og drive "prosjektet" på eigahand. Ifølge Manger & Wormnes (2015, s. 180) kan mål som får fram kva som er viktig for pasienten vere ei kjelde til autonomi. Det vert vidare påpeika at endring kan best oppnåast gjennom autonom motivasjon, der ein sjølv forstår verdien og set pris på endringa, som til dømes livsstilsendring. Dette gjev større forutsetningar for ei varig endring. Funna fremhevar at ei meiningfull målsetjing og medverknad i målprosessen kan vere motiverande for pasientar med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettplager. Denne påstanden styrkast av Institute for Clinical Systems Improvement (2019, s. 34) som hevdar at ein plan utan aktiv deltaking har høgt sannsyn for å feile grunna mangel på motivasjon.

Imidlertid vert det trekt fram av informantane at nokon gongar stride mål og ynskjer med kva terapeuten ut frå sin bakgrunnskunnskap anser som hensiktsmessig. Som fysioterapeut kan det i slike situasjonar vere vanskeleg å vite kvar ein skal setje grensene for kor stor del pasientens medverknad skal få. Manger & Wormnes (2015, s. 116-117) trekkjer fram at det kan vere utfordringar knytt til å finne balansegangen mellom å gje for mykje ansvar og for lite ansvar. Jamtveit et.al (2015, s. 199) påpeikar at større pasientinnflytelse ikkje skal gå på bekostning av den faglege forsvarlegheita i fysioterapiyrket. Knytt til dette kan ein diskutere korleis ein skal finne denne balansegangen samstundes som motivasjonen er til stades hos pasienten. Fagutøveren har mest kompetanse på moglege behandlingalternativ, medan pasienten har mest kompetanse på seg sjølv (Tveiten, 2020, s. 215). Fleire av informantane trekkjer fram at i slike situasjonar kan veiledning mot "å møtast på midten" vere ei god tilnærming. Dersom ein framleis evnar å ivareta pasienten sine

interesser og verdier i valget, kan det tenkjast at ein ivaretar autonomibehovet, som er essensielt for motivasjonen (Manger & Wormnes, 2015, s. 178)

5.3 Helsekompetanse

Det er einigheit blant informantane om at kunnskapsformidling er eit viktig element for å mogleggjere endring. Meld. St.7 ((2019-2020), s. 18) påpeikar at pasienten si helsekompetanse har stor betydning for at pasienten skal kunne vere ein aktiv deltakar i eiga behandling. Dette kan sjåast i lys av Eide & Eide (2017, s. 219) som utdjupar at auka kunnskap kan gje ei kjensle av meistring og kontroll av situasjonen, som kan imøtekome kompetansebehovet. Ved kunnskapsformidling må formidlinga tilpassast målgruppa sine evne til å motta informasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s.12; Eide & Eide, 2017, s.219). Dette understrekar av informantane som forklarar at ein må ta i bruk ulike ord og begrep ut frå kven ein har framfor seg. Ein må kommunisere på ein måte som gjer at pasientane kan forstå det ein formidlar. Dette kan gjerast ved å bruke eit klart språk og unngå vanskelege faguttrykk (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019 helseplan; NICE, 2021, s. 7). Samstundes som viktigheita av kunnskapsformidling blir påpeika, er det nødvendig å tenkje over kor mykje informasjon ein ausar over på pasientane. Ifølge Eide & Eide (2017, s. 219) kan for mykje informasjon opplevast som belastande og kan lett gløymast. Knytt til dette understrekar òg informantane at ein må ha fokus på gradvis kunnskapsformidling, slik at det stimulerar til meistring og kontroll av situasjonen.

Ein av informantane skildrar at det er ikkje alltid ein når inn hos den enkelte, til tross for at ein tilpassar kunnskapsformidlinga. Ifølge Eide & Eide (2017, s. 240) kan det for enkelte pasientar vere vanskelig å endre si forståing då enkelte kan tviholde på det ein sjølv meiner er det riktige. Dette vert òg påpeika av Tveiten (2020, s. 154) som utdjupar at i nokre tilfeller kan pasientane befinne seg i ein sinnstilstand kvar motivering for kunnskapstilegnelse er vanskeleg. Ho trekker vidare fram at motivasjon til læring og endring kan vere liten når pasientane opplev sin situasjon som håplaus eller meningslaus. Det kan på bakgrunn av dette tenkjast at ein må vurdere kva situasjon og kor mottakeleg pasienten er for kunnskapen før ein går til verks med formidlinga.

5.4 Tilpassa ansvar

Informantane vektlegg at det er viktig å ansvarleggjere pasientane gjennom å la dei vere aktive deltakarar. Dei påpeikar vidare at dette kan fremje mestring og motivasjon hos pasientgruppa. Aktiv deltaking vert trekt fram i Meld. St.7 ((2019-2020), s. 18) som eit grunnlag for å meistre eiga helse. Dette er i tråd med Institute for Clinical Systems Improvement (2019, s. 47) som understrekar at det hos pasientar med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettplager er viktig at den enkelte er aktiv deltakar i teamet. Å gje pasientane eit større ansvar gjennom å medverke kan ifølge Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (2019) styrke den enkeltes motivasjon og sjølvbiletet.

Samstundes som aktiv deltaking på den eine sida kan skape motivasjon, er det nødvendig å tenkje over om alle har ressursane til å kunne mestre eit slikt ansvar. Ein av informantane skildrar at det kan vere lettare for ein ressurssterk person å ta ansvar i behandlinga enn hos ein mindre ressurssterk person. Det vert vidare nemnt av informanten at ei forventning om aktiv deltaking kan vere ein faktor som kan bidra til å skape skilnadar mellom pasientane, når det gjeld kvalitet på behandlinga. Følgeleg kan ein diskutere om det vil vere hensiktsmessig å stille ei forventning til alle i pasientgruppa skal ta ansvar i behandlinga. Knytt til dette trekkjer eine informanten fram at nokon treng å få beskjed om kva dei skal gjere. Dette er i samsvar med Jamtveit et al. (2015, s. 196) og Tveiten (2016, s. 37) som påpeikar at pasientane ikkje alltid ynskjer å involverast eller medverke. Nokon finn det naturleg å overlate slutningar og ansvar til helsepersonellet. Ifølge Helsedirektoratet (2022) kan eit auka fokus på brukarmedverknad føre til ei kjensle av hjelpeslaushet og redusert motivasjon, dersom kravet til ansvar stridar mot ynskjene om å ta ansvar. Ekeland & Heggen (2007, s. 98) nemner at det myndiggjorte mennesket må sjølv ha moglegheita til å velje når ein vil delta og eventuelt i kor stor grad. Ifølge Manger & Wormnes (2015, s. 117-118) er fagutøvaren si oppgåve å lese kor mykje ansvar den enkelte pasienten kan ta. Å gje dei rette utfordringane til dei rette tidspunkta er i seg sjølv faglegheit. Dette viser at brukarmedverknad og ansvarliggjerung må tilpassast den enkelte ein har framfor seg, slik at ein ikkje gjev pasienten ein ansvar som dei verken ynskjer eller meistarar å ta. Dersom ein tilpassar ansvaret etter ynskjer og evner er det ut frå det overnemnte truleg at dette kan fremje motivasjon til livsstilsending hos pasientar med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettplager.

5.5 Endringsprosessen

For å skape ei endring vektlegg alle informantane at ein må utforske forhold rundt livet til pasienten. Dette kan knytast til identifisering av helsedeterminantar som påverkar helsa til den enkelte (Wester et al., 2015, s. 86). Pasientar med langvarige smerter har ofte komplekse årsaksforhold (Nielsen et al., 2018). Knytt til dette trekkjer eine informanten fram at for å skape ei varig endring hos pasientgruppa må ein forsøke å påverke flest av forholda som har innverknad på tilstanden. Dette påstanden styrkast av Ernstzen et al. (2017) som trekkjer fram at langvarige muskel- og skjelettplager er ein kompleks tilstand som involverar biologiske-, psykologiske-, sosiale- og miljøfaktorar, og krevjer dermed ei tilnærming som involverar det komplekse samspelet mellom desse faktorane. Med bakgrunn i at pasientgruppa er kompleks, kan det ut frå det overnemte tenkjast at ein må vere klar over dei påverkande forholda for at det skal vere mogleg å gjennomføre ei livsstilsendring.

I samband med endringsarbeid trekkjer informantane fram at endring av livsstil er tidkrevjande og svært individuelle prosessar. I følge (Eide & Eide s.263) har pasientar ulik grad av motivasjon på ulike stadier i endringsprosessen. Dette gjer at helsepersonell må tilpasse tilnærminga etter kvar pasienten er i prosessen for å stimulere til å oppretthalde motivasjonen. Ryan (2008, s. 5) hevdar at når pasienten sine behov for autonomi, kompetanse og tilhørigheit er støtta av helsepersonellet, er dei meir deltakande i behandlinga og opprettheld livsstilsendinga. Funna illustrerar at helsepersonellet spelar ei viktig rolle i å styrke og oppretthalde pasientar sin motivasjon i ein endringsprosess.

5.6 Veggen vidare

I resultatata våre framhevast gode kommunikasjonsferdigheiter som viktig både for å tilrettelegge for medverknad og for å skape motivasjon. Jamtveit et al. (2015, s. 198) understøttar behovet for gode kommunikasjonsferdigheiter og ferdigheiter som inviterar til dialog og partnerskap, men trekkjer samstundes fram at dette er ei krevjande og omfattande oppgåve for helsepersonell. Ei pasientsentrert helseteneste stiller høgare krav til kompetanse og ferdigheiter innan kommunikasjon, og det kan

stillast spørsmål om dagens fysioterapeutar får nok trening i kommunikasjonen som krevjast for å tilrettelegge for brukarmedverknad (Jamtveit et al., 2015, s.198). Ifølge NICE (2021, s. 7) bør opplæring og trening i samvalg vere inkludert i all utdanning og fagleg utvikling av helsepersonell for å sikre tilstrekkeleg kunnskap og ferdigheiter. Det vert presisert av Helse- og omsorgsdepartementet (2019, s. 13) at helsekommunikasjon og helsekompetanse skal inkluderast i dei helse- og sosialfaglege grunnutdanningane og ulike etter- og vidareutdanningane. Vi anser fokus på opplæring i kommunikasjon og samvalg som hensiktsmessig for det vidare implementeringsarbeidet av brukarmedverknad i klinisk fysioterapipraksis. Vi tenkjer vidare kan vere nyttig med meir forskning for å belyse ulike perspektiv med brukarmedverknad som motivasjonskjelde for pasientar med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettplager.

6.0 Konklusjon

I denne oppgåva har vi undersøkt tre fysioterapeutar sine erfaringar og opplevingar med brukarmedverknad som motivasjon til livsstilsending hos pasientar med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettplager.

Resultata viser stor einigheit mellom informantane. Det framhevast at det er mange forhold som spelar inn på motivasjonen til livsstilsending hos pasientgruppa. Funna tilseier at gode kommunikative evner hos fysioterapeuten og ein god pasient-terapeutrelasjon er grunnlaget for at brukarmedverknad skal fremje motivasjon. Dersom dette ligg til grunn vil ein kunne nytte brukarmedverknad til å individualisere endringsprosessen og ansvarleggjere pasienten, som understrekast som viktige områder for å skape livsstilsending hos pasientgruppa. Informantane og teori framhevar at for å skape endring er forståing rundt tilstand viktig, noko som kunnskapsformidling kan bidra til. Funna viser at det overnemnte vil kunne fremje autonomi, kompetanse og tilhørigheit, som må ivaretakast for motivasjon hos pasienten. Resultata viser óg at brukarmedverknad i enkelte tilfeller kan føre til redusert motivasjon til dømes dersom pasienten ikkje har ressursane til å medverke. For å mogleggjere livsstilsendingar hos pasientar med langvarige, uspesifikke

muskel- og skjelettplager kjem det fram at det er viktig at fysioterapeuten tilpassar medverknaden til den enkelte pasienten.

Avslutningsvis vil vi fremje at resultatane vi sit igjen med ikkje nødvendigvis er overførbare til klinisk praksis grunna begrensningar i antall informantar. Vi oppleve likevel at vi har framheva mange sentrale faktorar rundt den aktuelle problemstillinga og sit igjen med mykje ny kunnskap vi anser som verdifull å ha med i ryggsekken som komande fysioterapeutar.

7.0 Referanseliste

Brodal, P. (2013). *Sentralnervesystemet* (5. utg.). Universitetsforlaget

Börjesson, M., Mannerkorpi, K., Knardahl, S., Karlsson, J., & Mannheimer, C. (2015). Smerter. I *Aktivitetshåndboken* (s. 582–601). Helsedirektoratet.

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2021). The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public Health*, 199, 20–24. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.08.009>

Dean, E., & Söderlund, A. (2015). What is the role of lifestyle behaviour change associated with non-communicable disease risk in managing musculoskeletal health conditions with special reference to chronic pain? *BMC Musculoskeletal Disorders*, 16, 87. <https://doi.org/10.1186/s12891-015-0545-y>

Ekeland, T., & Heggen, K. (2007). *Meistring og myndiggjering—Reform eller retorikk?* Gyldendal akademisk.

Ernstzen, D. V., Louw, Q. A., & Hillier, S. L. (2017). Clinical practice guidelines for the management of chronic musculoskeletal pain in primary healthcare: A systematic review. *Implementation Science*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0533-0>

Evensen, J., Skøien, R., Sareneva, E., Risberg, G., Hansen, I. E., Brenna, A. M., & Johansson, T. (2015). *Rehabilitering – samvalg i målavklaringsprosessen*. Helsebiblioteket.no. <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/rehabilitering-samvalg-i-malavklaringsprosessen>

Eze, B., Kumar, S., Yang, Y., Kilcoyne, J., Starkweather, A., & Perry, M. (2022). Bias in Musculoskeletal Pain Management and Bias-Targeted Interventions to Improve Pain Outcomes: A Scoping Review. I *Epistemonikos*.

<https://www.epistemonikos.org/en/documents/72bfcc1f77b6bee0dc4141c5696a00f929952443>

Fagan, P., de Longh, A., Harden, B., & Wright, C. (2017). *Person-centred approaches: Empowering people in their lives and communities to enable an upgrade in prevention, wellbeing, health, care and support*. Health Education England, Skills for Health and Skills for Care, London.

<https://www.skillsforhealth.org.uk/wp-content/uploads/2021/01/Person-Centred-Approaches-Framework.pdf>

FHI. (2019, juni 14). *Hva er viktig for deg? - En retningsendring*. Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/pasientforlop/hva-er-viktig-for-deg-en-retningsendring/>

Helse Bergen. (2020). *Livsstil*. Helse Bergen.

<https://helse-bergen.no/avdelinger/rehabiliteringsklinikken/fysikalsk-medisin-og-rehabilitering/fysikalsk-medisin-og-rehabilitering-poliklinikk/livsstil>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen, 2019–2023. *Helse- og omsorgsdepartementet*.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>

Helsebiblioteket. (2020, januar 24). *Samvalg*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/anvende/samvalg>

Helsedirektoratet. (2021a). *Helsekompetanse – kunnskap og tiltak*.

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsekompetanse/helsekompetanse>

Helsedirektoratet. (2022). *Brukermedvirkning*.

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>

Institute for Clinical Systems Improvement. (2019). *Health Care Guideline: Pain: Assessment, Non-Opioid Treatment Approaches and Opioid Management Care*

for Adults. <https://www.icsi.org/wp-content/uploads/2021/11/Pain-Interactive-7th-V2-Ed-8.17.pdf>

Jamtvedt, Hagen, K. B., & Bjørndal, A. (2015). *Kunnskapsbasert fysioterapi : metoder og arbeidsmåter* (2. utg.). Gyldendal akademisk.

Evensen, J., Skøien, R., Sareneva, E., Risberg, G., Hansen, I. E., Brenna, A. M., & Johansson, T. (2015). *Rehabilitering – samvalg i målavklaringsprosessen*.

Helsebiblioteket.no.

<https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/rehabilitering-samvalg-i-malavklaringsprosessen>

Kinney, M., Seider, J., Beaty, A. F., Coughlin, K., Dyal, M., & Clewley, D. (2020). The impact of therapeutic alliance in physical therapy for chronic musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiotherapy Theory and Practice*, 36(8). <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1516015>

Lerdal, A., & Fagermoen, M. S. (2011). *Læring og mestring: Et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Gyldendal akademisk.

Leseth, A. B., & Tellmann, S. M. (2014). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* (1. utg.). Cappelen Damm akademisk.

Lin, I., Wiles, L., Waller, R., Goucke, R., Nagree, Y., Gibberd, M., Straker, L., Maher, C. G., & O'Sullivan, P. P. B. (2020). What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: Systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 54(2). <https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-099878>

Lonsdale, C., Hall, A. M., Williams, G. C., McDonough, S. M., Ntoumanis, N., Murray, A., & Hurley, D. A. (2012). Communication style and exercise compliance in physiotherapy (CONNECT). A cluster randomized controlled trial to test a theory-based intervention to increase chronic low back pain patients' adherence to

physiotherapists' recommendations: Study rationale, design, and methods. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2474-13-104>

Lærum, E., Brage, S., Ihlebæk, C., Johnsen, K., Natvig, B., & Aas, E. (2014). *Et muskel- og skjelettrengskap: Forekomst og kostnader knyttet til skader, sykdommer og plager i muskel- og skjelettsystemet* (MST-rapport 1/2013; s. 92). Muskel og Skjelett Tiåret (MST) v/ FORMI, Klinikk for kirurgi og nevrofag.

Malterud, K. (2017). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag* (4. utgave). Universitetsforlaget.

Manger, T. (2016). *Motivasjon, tro på seg selv og ros*. Gyldendal akademisk.

Manger, T., & Wormnes, B. (2015). *Motivasjon og mestring: Utvikling av egne og andres ressurser* (2. utg.). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Meld. St. 7. (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/>

Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse. (2018). *Samvalg – en form for individuell brukermedvirkning*. <https://mestring.no/samvalg-en-form-for-individuell-brukermedvirkning/>

Nielsen, C. S., Steingrimsdottir, O. A., Skurtveit, S. O., & Handal, M. (2018, april 16). *Langvarig smerte*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/smerte/>

Nielsen, D.A, Hjørnholm, T. Q., Stray Jørgensen, P., Nygaard Hansen, T. K., & Landaas, W. (2021). *Oppgaveskriving og metode i helse- og sosialfag* (1. utg). Fagbokforlaget.

Nylenna, M. (2020). Livsstil. I *Store medisinske leksikon*. <http://sml.snl.no/livsstil>

- Olsson, A. B. S., & Vågan, A. (2018). *Brukermedvirkning*. Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse. <https://mestring.no/hva-er-laering-og-mestring/sentrale-begreper/brukermedvirkning/>
- Parsons, S., Harding, G., Breen, A., Foster, N., Pincus, T., Vogel, S., & Underwood, M. (2012). Will shared decision making between patients with chronic musculoskeletal pain and physiotherapists, osteopaths and chiropractors improve patient care? *Family Practice*, 29(2).
<https://doi.org/10.1093/fampra/cmr083>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2021). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Ryan, R. M., Patrick, H., Deci, E. L., & Williams, G. C. (2008). *Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on Self-Determination Theory*.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2013). *Management of chronic pain: A national clinical guideline*. (SIGN;136).
<https://www.sign.ac.uk/assets/sign136.pdf>
- Shared decision making* ((2021). National Institute for Health and Care Excellence.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng197/resources/shared-decision-making-pdf-66142087186885>
- Strand, B. H., & Madsen, C. (2018). *Sosiale helseforskjeller*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/sosiale-helseforskjeller/>
- Tousignant-Laflamme, Y., Christopher, S., Clewley, D., Ledbetter, L., Cook, C. J., & Cook, C. E. (2017). Does shared decision making results in better health related outcomes for individuals with painful musculoskeletal disorders? A systematic review. *The Journal of Manual & Manipulative Therapy*, 25(3).
<https://doi.org/10.1080/10669817.2017.1323607>

Trauben, D., & Stacey R, B. (2022, mai 6). *Approach to the management of chronic non-cancer pain in adults—UpToDate*. UpToDate.

<https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-management-of-chronic-non-cancer-pain-in-adults>

Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk: Helsekompetanse og brukervedvirkning* (2. utg.). Fagbokforlaget.

Wester, A., Wahlgren, L., Wedman, I., & Ommundsen, Y. (2015). Å bli fysisk aktiv. I *Aktivitetshåndboken* (s. 84–102). Helsedirektoratet.

World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary* (WHO/HPR/HEP/98.1). World Health Organization.

World Health Organization. (2021, februar 8). *Musculoskeletal conditions*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>