



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.: | 423 |
|---------------------|-----|

Informasjon fra deltaker

| | |
|----------------------|------|
| Antall ord *: | 7768 |
|----------------------|------|

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: | 35 |
| Andre medlemmer i gruppen: | 421 |

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



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Motivasjon til fysisk aktivitet : Korleis kan fysioterapeutar motivere pasientar med langvarige muskel- og skjelettplager til fysisk aktivitet

Motivation for physical activity : How can physiotherapists motivate patients with long term musculoskeletal conditions for physical activity

Kandidatnummer 421 & 423

Bachelor i Fysioterapi

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

16.05.2022

Antal ord: 7768

Forord

Arbeidet med bacheloroppgåva har vore ein svært lærerik, men krevande, prosess der det har blitt lagt ned mykje arbeid og engasjement. Vi har lært mykje av informantane våre, veileder og litteratur, men ikkje minst av kvarandre gjennom refleksjonar, idear og innspel. Vi sit igjen med betydelig meir kunnskap og innsikt enn vi hadde i forkant av prosjektet, og ser for oss at det vil kome til nytte i vårt framtidige arbeid som fysioterapeutar.

Først og fremst vil vi takke informantene våre som satt av tid til å delta i prosjektet og veilederen vår for god hjelp gjennom heile prosessen. Vi vil også takke venner og familie som har brukt tid på å korrekturlese og gi råd, samt dyktige bibliotekarar for god hjelp med kildebruk, forskningssøk og oppgåvestruktur. Avslutningsvis ønsker vi å takke kvarandre for eit samarbeid med gode samtalar, faglege diskusjonar og mykje latter.

Samandrag

Tittel: Motivasjon til fysisk aktivitet : Korleis kan fysioterapeutar motivere pasientar med langvarige muskel- og skjelettplager til fysisk aktivitet.

Bakgrunn: Langvarige muskel- og skjelettplager er eit stort helseproblem og medfører store kostnader for individ og samfunn. Fysisk aktivitet har mange positive effekter på helseparametre for pasientar med langvarige muskel- og skjelettplager, men i praksis har vi begge fått erfare utfordringar med å motivere desse pasientane til nettopp fysisk aktivitet.

Problemstilling: “Kva erfaringar har fysioterapeutar med å motivere pasientar med langvarige muskel- og skjelettsmerter til fysisk aktivitet, og kva vektlegg dei i behandling av desse pasientane?”

Metode: Kvalitativ metode med semistrukturert intervju blei nytta i oppgåva. Vi intervjuar tre fysioterapeutar med erfaring med pasientar med langvarige muskel- og skjelettplager. Det blei gjort lydopptak og transkripsjonar av intervjuar. For å analysere datamateriale blei Malterud sin metode for systematisk tekstkondensering nytta.

Resultat: Sentrale faktorar informantane trakk fram som kan motivere til fysisk aktivitet er ein empatisk og open relasjon, å auke pasienten kunnskap, brukarmedverknad samt å legge til rette for å få positive opplevingar med fysisk aktivitet. Informantane vektlegg å få eit heilheitleg bilde av pasienten, og framhevar viktigheita av dette for å best mogleg forstå pasienten. Om dei får til dette vil det kunne betre forutsetningane for åmotivasjon. I sjølve utforminga av tiltaket blir dosering og målsetning nemnd som hjelpemiddel informantane nyttar. Når det gjeld valet av fysisk aktivitet understrekar alle informantane at det må vere noko pasienten trivast med.

Konklusjon: Informantane sine erfaringar var samstemde innbyrdes med nokre nyansar, samt med teorien vi fann. Det finst ingen felles fasit for korleis motivasjon fremjast og vedlikehaldast. Å legge til rette for at pasienten får positive opplevingar samt ser nytteverdien av fysisk aktivitet, kan bidra til motivasjon til å opprettholde aktiviteten. Her vil fysioterapeutens evner til å kunne ta i bruk pasientens ressursar, tilrettelegge individuelt samt å ha fokus på brukarmedverknad vere viktig.

Abstract

Title: Motivation for physical activity : How can physiotherapists motivate patients with long term musculoskeletal conditions for physical activity

Background: Long term musculoskeletal conditions are a big health problem and entails large costs for both the individual and the society. Physical activity has many positive effects in health parameters for patients with long term musculoskeletal conditions, but we have both experienced difficulties in motivating these patients to physical activity.

Research question: “What experiences does physiotherapists have with motivating patients with long term musculoskeletal conditions to physical activity, and what do they emphasize in treatment of these patients?”

Method: A qualitative methodology with semi-structured interviews was used in this thesis. We interviewed three physiotherapists with experience in patients with long term musculoskeletal conditions. Audio recording and transcriptions of the interviews were conducted. To analyze the data material, Malterud’s method for systematic text condensation was used.

Results: Key factors that the informants pointed out that can motivate physical activity are an empathic and open relationship, to increase the patient's knowledge, user participation and to facilitate positive experiences with physical activity. The informants emphasize getting a holistic picture of the patient, and emphasize the importance of this in order to understand the patient as good as possible. If they achieve this, it could improve the preconditions for motivation. In the actual design of the intervention, dosage and goal setting are mentioned as an aid that the informants use. When it comes to the choice of physical activity, all the informants emphasize that it must be something the patient enjoys.

Conclusion: The informants' experiences were consistent, but with some nuances, as well as with the theory we found. There is no common conclusion for how motivation is promoted and maintained. Facilitating the patient to have positive experiences and see the usefulness of physical activity can contribute to motivation to maintain the activity. Here, the physiotherapist's ability to be able to use the patient's resources, facilitate individually and have a focus on user participation will be important.

Innhold

| | |
|---|-----------|
| 1.0 Innleiing | 7 |
| 1.1 Bakgrunn for valg av tema | 7 |
| 1.2 Hensikt med oppgåva og problemstilling | 7 |
| 1.3 Oppbygning av oppgåva | 8 |
| 2.0 Teori | 8 |
| 2.1 Langvarige muskel- og skjelettplager | 8 |
| 2.1.1 Muskel- og skjelettplager | 8 |
| 2.1.2 Langvarig smerte | 9 |
| 2.2 Fysisk aktivitet, effektar og konsekvensar | 9 |
| 2.2.1 Fysisk aktivitet | 9 |
| 2.2.2 Helseeffektar av fysisk aktivitet og konsekvensar ved inaktivitet | 10 |
| 2.3 Motivasjon | 10 |
| 2.3.1 Sjølvbestemmelsesteorien | 10 |
| 2.3.2 Relasjon og kommunikasjon | 11 |
| 2.3.3 Brukermedverknad | 12 |
| 2.3.4 Empowerment | 12 |
| 2.4 Fysioterapeuten si rolle | 12 |
| 2.5 Tidlegare forskning | 13 |
| 3.0 Metode | 13 |

| | |
|---|-----------|
| 3.1 Val av metode | 13 |
| 3.2 Val av informantar og oppretting av kontakt | 13 |
| 3.3 Forbereding til intervju | 14 |
| 3.4 Gjennomføring av intervju | 14 |
| 3.5 Bearbeiding av data | 15 |
| 3.5.1 Transkribering | 15 |
| 3.5.2 Analyse av data | 15 |
| 3.6 Etske aspekt | 16 |
| 3.7 Forforståing | 16 |
| 3.8 Diskusjon av metode | 17 |
| 3.8.1 Val av metode | 17 |
| 3.8.2 Val av informanter | 17 |
| 3.8.3 Forbereding og gjennomføring | 17 |
| 3.8.4 Bearbeiding av data | 18 |
| 4. Resultat | 18 |
| 4.1 Presentasjon av informantar | 19 |
| 4.2. Etablering av relasjon | 19 |
| 4.2.1 Pasient-terapeut relasjonen | 19 |
| 4.2.2 Forventningsavklaring | 20 |
| 4.3 Auke pasienten sin kunnskap | 20 |
| 4.4 Motiverande tiltak og mål | 21 |

| | |
|---|-----------|
| 4.4.1 Utforming av tiltak | 21 |
| 4.4.2 Dosering og ein plan vidare | 21 |
| 4.4.3 Utarbeiding av mål | 22 |
| 4.5 Oppleving av betring og endra tankesett | 22 |
| 5. Diskusjon..... | 23 |
| 5.1 Pasient-terapeut relasjonen | 23 |
| 5.2 Kunnskap er myndiggjering | 24 |
| 5.3 Pasienten som likeverdige part..... | 25 |
| 5.4 Positive erfaringar gir motivasjon til fysisk aktivitet | 26 |
| 5.4.1 Erfaringar trumfar forklaringar | 26 |
| 5.4.2 Oppleving av betring skapar indre motivasjon | 27 |
| 5.5 Mål om sjølvstendige pasientar | 28 |
| 6.0 Konklusjon | 28 |
| 7.0 Litteraturliste | 30 |

VEDLEGG

Vedlegg 1 – Intervjuguide

Vedlegg 2 – Samtykkeskjema

Vedlegg 3 – Transkripsjon, intervju 1

Vedlegg 4 – Transkripsjon, intervju 2

Vedlegg 5 – Transkripsjon, intervju 3

1.0 Innleiing

Muskel- og skjelettplager er svært utbredt i befolkninga og har stor betydning for folkehelse og livskvalitet (Lærum et al., 2014, s. 9). Dei fleste vil i løpet av livet oppleve å få muskel- og skjelettplager (Clarsen et al., 2022). I mange av tilfella er plagene kortvarige, men for nokon blir plagene langvarige, og det er vanskeleg å påvise morfologiske eller fysiologiske årsaker til smerteopplevinga. Ifølge ein rapport utarbeida av Muskel og Skjelett Tiåret, rapporterer 51% av befolkninga at dei har muskel- og skjelettplager som har vart lenger enn tre månader i løpet av eitt år (Lærum et al. 2014, s. 25). I tillegg til at det er belastande for enkeltpersonar å ha slike plager, er muskel- og skjelettplager det folkehelseproblemet som kostar samfunnet mest (NAV, 2021). Ein veit at fysisk aktivitet har mange positive effektar på helseparametre for pasientar med langvarige muskel- og skjelettplager (Bahr et al., 2009, s. 48-53). På bakgrunn av dette ser vi på temaet vårt som aktuelt.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Fysisk aktivitet står sentralt i retningslinjer for behandling av langvarige muskel- og skjelettplager (Lin et al., 2022), men gjennom erfaringar frå praksis har vi likevel oppfatning av at det er vanskeleg å motivere denne pasientgruppa til fysisk aktivitet. Fysioterapeutar står i ein unik posisjon til å fremje auka fysisk aktivitet blant denne pasientgruppa då vi møter mange av desse pasientane, men også fordi det er ei stor truverd til den informasjonen helsetenesta formidlar (Bahr et al., 2009, s. 147). Vi har begge kjent oss utilstrekkelege i møte med denne pasientgruppa i praksis, og ser det difor som hensiktsmessig å undersøke korleis vi kan bidra til auka motivasjon til fysisk aktivitet. Vi håpar gjennom arbeidet med denne oppgåva å gjere oss sjølv betre rusta til å møte pasientar med slike plager.

1.2 Hensikt med oppgåva og problemstilling

Vår hensikt med oppgåva er å skaffe oss ei breiare forståing rundt korleis ein kan motivere pasientar med langvarige muskel- og skjelettplager til fysisk aktivitet. Gjennom litteratur og fysioterapeutar sine erfaringar, håpar vi å skaffe oss kunnskap vi kan nytte i behandling av denne pasientgruppa. Vi vil avgrense oppgåva til å omhandla pasientar som treng motivering til fysisk aktivitet og bruk av metoder som inngår i generell fysioterapi, og vil difor ikkje

drøfte funn som har gått utanfor dette.

Basert på temaet og hensikta vår har vi valgt å formulere problemstillinga:

“Kva erfaringar har fysioterapeutar med å motivere pasientar med langvarige muskel- og skjelettsmerter til fysisk aktivitet, og kva vektlegg dei i behandling av desse pasientane ?”

1.3 Oppbygning av oppgåva

Oppgåva er delt inn i sju kapittel. I kapittel to presenterer vi teori som er relevant for oppgåva si problemstilling. I kapittel tre vil vi redegjere for val av kvalitativ metode og kva slags vurderingar vi har gjort i dei ulike fasane. Resultat frå intervjua vert presentert i kapittel fire, i fire hovudkategoriar med tilhørande undertema. I kapittel fem diskuterer vi problemstillinga i lys av resultat og teori, før vi avslutningsvis presenterer ein konklusjon i kapittel seks.

2.0 Teori

I følgjande kapittel vil vi presentere aktuell teori som er valgt ut på grunnlag av resultat frå intervjua, samtidig som den er med på å avgrense og ramme inn oppgåva.

2.1 Langvarige muskel- og skjelettplager

2.1.2 Muskel- og skjelettplager

Muskel- og skjelettplager er ei fellesbetegning på smerter, ubehag eller nedsatt funksjon i knoklar, ledd, musklar, sener eller nerver. Det er årsak til om lag 30% av sjukefråværet i Norge, og er den diagnosegruppa som kostar samfunnet mest (NAV, 2021; Helsedirektoratet, 2015). Dei vanlegaste plagene er smerter i korsrygg, nakke og skuldre, etterfulgt av hofta, bekken og kne. Dei fleste som har plager frå muskel- og skjelettsystemet har ofte smerter frå fleire områder, og det er ofte ikkje mogleg å stille ei spesifikk diagnose (Lærum et al. 2014, s. 14). Til ei kvar tid har omtrent ein av fire langvarige plager knytt til muskel- og skjelettsystemet (Kinge et al., 2015).

Både biologiske, psykologiske og sosiale faktorar kan ifølge Lærum et al. (2014) bidra til utviklinga og oppretthaldinga av langvarige smerter og uføre. Slike faktorar kan også hindre betring og returnering til arbeid. Ved langvarige muskel- og skjelettplager er ikkje risikofaktorane for at plagene startar nødvendigvis dei same som vedlikehald og forsterkar plagene over tid (Lærum et al., 2014, s. 23).

2.1.2 Langvarig smerte

International Association of Pain definerer smerte som "ei ubehageleg sensorisk og emosjonell oppleving assosiert med, eller liknar det som er assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade" (Stubhaug & Ljosa, 2021). Smerte oppstår når kroppen sitt alarmsystem fortel hjernen at det er ein aktuell eller potensiell vevsskade (Butler & Moseley, 2018, s. 8-9). Det er ei subjektiv oppleving, og treng ikkje å vere relatert til omfanget av vevsskaden (Bahr et al., 2009, s. 583). Langvarige smerter er smerter som varer i over tre-seks månadar etter tilhelinga av øydelagd vev (Dansk Lægemiddel Information & Felleskatalogen, 2022).

I følge Butler og Moseley (2018, s. 80-81) kan mangel på kunnskap føre til ugunstige tankar, bekymringar og frykt for bevegelse. Dette kan oppretthalde smerte samt også forsterke smerteopplevinga. Å lære om smerter og få ei forståing om utløysande- og oppretthaldande faktorar kan redusere frykt, og ta vekk noko av smerteeffekten desse faktorane har. I kombinasjon med fysisk aktivitet kan det auke fysisk kapasitet, redusere smerte og forbetre livskvalitet (Butler & Moseley, 2018, s. 112-113).

2.2 Fysisk aktivitet, effektar og konsekvensar

2.2.1 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet kan definerast som alle kroppslege bevegelsar som resulterer i auka energiforbruk, og inkluderar alle formar for fysisk utfolding, eksempelvis arbeid, idrett, mosjon, friluftsliv, trim, trening, kroppsøving og fysisk fostring (Bouchard, 1993; Espnes & Smedslund, 2009). I begrepet vel vi å inkludere fysisk aktivitet av både lett-, moderat- og hard intensitet. Helsedirektoratet (2022a) anbefalar alle voksne å vere i regelmessig fysisk aktivitet, og aktiviteten må tilpassast funksjonsevne samt stimulere til bevegelsesglede.

2.2.2 Helseeffektar av fysisk aktivitet og konsekvensar ved inaktivitet

Regelmessig fysisk aktivitet kan føre til betra fysisk funksjon som auka muskelstyrke og betre kondisjon. I tillegg til dette kan det førebygge visse typar livsstilssjukdommar, redusere stress, lindre smerter, samt betre humør og nattesøvn (Bahr et al., 2009, s. 48-53). Fysisk aktivitet kan også bidra til å betre kroppsoppfatning og sjølvbilde, samt redusere muskelspenningar.

Inaktivitet kan kome som følge av negative smerteopplevingar i samband med aktivitet (Bahr et al., 2009, s. 582-586). Saman med lite kunnskap på området kan langvarige smerter føre til helsebekymringar, depresjon og gjere ein nedstemt, noko som kan gjere smertesituasjonen verre. Fysisk aktivitet har difor ei stor rolle i behandling og rehabilitering av pasientar med langvarige muskel- og skjelettplager (Bahr et al., 2009, s. 582-586).

2.3 Motivasjon

Ifølge Manger og Wormnes (2015, s. 28) blir menneske påverka av ulike motivasjonsfaktorar som dernest påverkar deira handlingar. Motivasjon blir tradisjonelt og teoretisk delt i ytre og indre motivasjon. Ytre motivasjon baserast på faktorar utanfor individet, eksempelvis belønning i form av forfremjing på jobb. Indre motivasjon appellerer derimot til personen sine interesser, der det er sjølve aktiviteten som skaper glede (Manger & Wormnes, 2015, s. 28) . Det finst fleire ulike motivasjonsteoriar, og i denne oppgåva har vi valgt å ta utgangspunkt i Ryan og Deci (2017) sin “self-determination theory”, oversett til sjølvbestemmingsteorien. Vidare i oppgåva nyttar vi den norske oversettinga. Vi vil også gjere rede for begrepa brukarmedverknad og “empowerment”, som vi meiner er sentralt for motivasjon.

2.3.1 Sjølvbestemmelsesteorien

Sjølvbestemmelsesteorien (Ryan & Deci, 2017) legg vekt på at medfødte behov styrer motivasjonen til individet, og ser mennesket som ein sjølvbestemmande organisme som har behov for autonomi, kompetanse og tilhørighet. Autonomi vil seie at individet opplev seg sjølv som kjelda til eigne beslutningar og eigen atferd, medan kompetansebehovet tar for seg mennesket sitt ønske om meistring under aktivitetar. Tilhørighet handlar om eit behov

for å danne nære emosjonelle band og vere tilknytt andre menneske (Manger & Wormnes, 2015, s. 178). Dersom desse grunnleggande behova ikkje blir tilfredsstilt kan det føre til frustrasjon, stress, angst og nokon gongar sjukdom (Ryan & Deci, 2017, s. 82). Vidare baserar teorien seg på eit indre ønske om utvikling, og at mennesket sin største motivasjon og drivkraft er søken etter vekst og utvikling (Manger & Wormnes, 2015, s. 174).

I følge Manger og Wormnes (2015, s. 182) kan pasientar innanfor helserelevante situasjonar utvikle autonomi gjennom helsepersonellet si fornuftige støtte. Vidare antyder dei at sårbare menneske vanlegvis manglar innsikt i tekniske- eller medisinske forhold, og søker informasjon og veiledning frå profesjonelle. I slike situasjonar er det å bli respektert, forstått og vist omsorg for avgjerande for å utvikle autonom motivasjon (Deci & Ryan, 2008, s. 20).

2.3.2 Relasjon og kommunikasjon

Ifølge Thornquist (2009, s. 17) dreier kommunikasjon seg om utveksling av budskap. Budskap tolkast alltid i ein meningssamanheng, og ein må dermed ta relasjonsaspektet i betraktning når ein kommuniserar. Relasjonsaspektet seier noko om korleis den enkelte ser seg sjølv i relasjonen til den andre i situasjonen. Dette aspektet er ofte innbakt i kva vi seier og korleis vi forhold oss til kvarandre, og set føringar for den vidare samhandlinga mellom partane (Thornquist, 2009, s. 17-28).

På grunn av fagutøveren sin kompetanse påstår Thornquist (2009, s. 30) at forholdet mellom helsepersonell og pasient er ein asymmetrisk relasjon, der den eine parten har meir makt og myndigheit enn den andre. Det er dermed fagutøveren som har ansvaret for det som skapast i relasjonen (Thornquist, 2009, s. 30). I fysioterapeutar sine yrkesetiske retningslinjer (NFF, 2020) påpeikast det at terapeuten er ansvarlig for at kommunikasjonen mellom pasient og fysioterapeut blir ivaretatt på ein forsvarleg måte. Om fysioterapeuten tar leing på ein måte som anerkjenner pasienten sine erfaringar og kompetanse, kan det bidra til å fremje sjølvtrillit, autonomi og deltaking (Gretland, 2007, s. 184). Dermed er det viktig at fysioterapeuten prøver å forstå og høre, ikkje neglisjere, det pasienten seier (Thornquist, 2009, s. 125).

2.3.3 Brukermedverknad

Brukermedverknad omhandlar at dei som er berørt av ein beslutning skal ha innverknad i beslutningsprosessar. Meir enn nokon gong tidlegare gir helsepolitikarar og helsemyndigheter tydelege signalar om at pasientar skal få innverknad i helsetjenesten, og at det skal bli gitt moglegheit til å påverke eigne helsebeslutningar (Jamtvedt et al., 2015, s. 194). Det er helsepersonell som har ansvaret for gjennomføring av brukermidverknad (Helsedirektoratet, 2022b).

For at vi saman med pasientar skal kunne ta velinformerte val må begge partar ha tilgang til den same informasjonen, og ein må sjå kvarandre som likeverdige samarbeidspartnarar (Jamtvedt et al., 2015, s. 27). Å gi pasienten påverknad gjennom eigne val og ressursar kan føre til betre sjølvbildet og på den måten styrke brukaren sin motivasjon, som også vil kunne bidra positivt til brukarens bedringsprosess (Helsedirektoratet, 2022b).

2.3.4 Empowerment

Fysioterapeutar kan gjennom brukermidverknad motivere og legge til rette for "empowerment". "Empowerment", eller myndiggjering, handlar om opplevinga ein har av å kunne influere eige liv gjennom å forstå situasjonen ein er i og tru at ein sjølv kan finne løysingar og mening (Manger & Wormnes, 2015, s. 67). Myndiggjering vil underbygge evna til å ta sjølvstendige og effektive val. Det gir auka moglegheit til å ta kontroll over forholda i dagleglivet og nå eigne mål som betrar den generelle livskvaliteten (Manger & Wormnes, 2015, s. 67-69). Vidare i oppgåva vil vi bruke begrepet myndiggjering når vi snakkar om "empowerment".

2.4 Fysioterapeuten si rolle

Fysioterapeutar arbeider ut frå fleire generelle prinsipp. NFF (2015) opplyser at fysioterapeutisk behandling skal basere seg på fysioterapeuten sine vurderingar. Det vil vere relevant å sjå pasienten sine plagar gjennom Engel (1977) sin biopsykososiale forståingsmodell. Den gir oss eit heilskapleg overblikk av pasienten, da den baserer seg på samspelet mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorar til å forklare smertene og funksjonsnedsettingane som følgjer (Engel, 1977, s. 131). Målet for fysioterapi er at

pasienten kan vedlikehalde, gjenvinne eller utvikle si funksjonsevne ved å utnytte egne ressurser. Eit trygt og tillitsfullt forhold mellom pasient og terapeut vil vere viktig for å oppnå dette (NFF, 2015).

2.5 Tidlegare forskning

Ut frå våre undersøkingar fant vi begrensa forskning på faktorar som kan motivere til fysisk aktivitet hos pasientar med langvarige muskel- og skjelettplager. I ei cochrane oversikt (Geneen et al., 2017) blir det vektlagt kva tiltak som har best effekt hos pasientar med langvarige muskel- og skjelettplager. I oversikta antydast det at fysisk aktivitet har liten til moderat effekt på smerte og fysisk funksjon, men at studiane som er inkludert har metodiske svakheiter som påverkar kvaliteten. I ein kvalitativ studie publisert i 2017 trakk Joelsson, Bernhardsson og Larsson fram behovet pasientane i denne diagnosegruppa har for individuelt tilpassa informasjon, og ekstra støtte dersom fysisk aktivitet blir gitt som behandlingsråd.

3.0 Metode

3.1 Val av metode

Føremålet med oppgåva er å avdekke fysioterapeutar sine erfaringar med å motivere pasientar med langvarige muskel- og skjelettplager til fysisk aktivitet. På bakgrunn av dette har vi valgt å benytte oss av kvalitativ empirisk forskningsmetode i form av semistrukturerte intervju. Intervju benyttast ved ønske om å kartlegge menneske sine opplevingar og erfaringar (Jensen Vallgård, 2021, s.64). Kvalitativ metode er ein strategi for kunnskapsutvikling som er forankra i det tolkande paradigmet som omhandlar spørsmål knytt til forståing og tolking (Malterud, 2017, s. 35).

3.2 Val av informantar og oppretting av kontakt

Det er problemstillinga som avgjer kven det er aktuelt å intervju (Repstad, 2007, s.81). Ut frå vår problemstilling, ønska vi å kome i kontakt med fysioterapeutar som har lang erfaring med behandling av pasientar med langvarige muskel- og skjelettplager. Vi ønska å inkludere begge kjønn, og hadde også fokus på at informantane ikkje skulle kome frå same

arbeidsplass. Vi gjorde internettsøk over fysioterapeutar med kommunalt driftstilskot, samt rehabiliteringsinstitusjonar og sendte ut mail til øvre leiar på institusjonar og til private manuell- og fysioterapeutar. Det viste seg å vere vanskeleg å skaffe informantar på denne måten. Vi fekk svar frå ein rehabiliteringsinstitusjon som ønska å delta, ellers negativ eller ingen respons. Vi tok kontakt med lærarar på høgskulen vi visste var yrkesaktive fysioterapeutar og spurde om tips til informantar. Vi tok kontakt med same mail som tidlegare med totalt sju privatpraktiserande manuellterapeutar og rehabiliteringsinstitusjonar vi fekk anbefalt, og fekk positiv respons frå to manuellterapeutar.

3.3 Forbereding til intervju

I forkant av intervjuet diskuterte vi problemstillinga, og reflekterte rundt svar vi trudde vi kom til å få, basert på egne erfaringar frå praksissituasjonar. Vi utarbeida ein intervjuguide (vedlegg 1), som inneheldt hovudspørsmål om behandling, den typiske pasient, ressursar og barrierer for fysisk aktivitet, med nokre planlagde oppfølgingsspørsmål. Hensikta med intervjuguiden er ikkje å skulle følge den slavisk, men heller som ei hugseliste for å forsikre oss om at alle tema vi ynskjer å belyse blir tatt opp (Malterud, 2017, s. 133-134). Vi fekk tilbakemeldingar frå veileder, og intervjuguiden blei revidert to gongar i tråd med veiledning før vi sat igjen med eit endeleg produkt. Spørsmåla blei formulert til å innhente mest mogeleg informasjon, samtidig var vi spesielt opptatt av at dei skulle vere opne og gi informanten rom til å reflektere rundt tema og eigen praksis.

Før intervjuet blei det gjennomført test av lydopptak for å sikre oss at vi fekk fanga opp tilstrekkeleg lyd. Vi bestemte oss for at ein skulle lede intervjuet, medan den andre var observatør og skreiv notat. Observatøren hadde anledning til å stille oppfølgingsspørsmål på lik linje som intervjuaren.

3.4 Gjennomføring av intervju

Intervjuet fann stad i rolege omgivelser og tok mellom 40 og 80 minutt. To av intervjuet blei gjennomført ved fysisk møte på respektive sin arbeidsplass, medan det siste blei gjennomført ved hjelp av digital videosamtale. Det blei gjort lydopptak på mobiltelefon i flymodus, og ved digitalt møte lydopptak på PC. På denne måten kunne vi forsikre oss at vi

fangta opp samtalen sine språklege element, som pausar, nøling og latter. Under intervjuet fokuserte vi på å la informantene snakke fritt og unngå avbrytingar, og framstå interessert ved å gi bekræftande nikk. For å sikre anonymiteten til informantane, valde vi å starte opptaket etter dei hadde presentert seg sjølv og sin bakgrunn. Alle intervjuet blei gjennomført i veke 14 og det blei nytta same intervjuguide i dei tre intervjuet.

3.5 Bearbeiding av data

3.5.1 Transkribering

Vi valgte å transkribere intervjuet ord for ord. Transkripsjonen skal mest mogleg lojalt ivareta det opprinnelege materialet, slik deltakaren sine erfaringar og meiningar blei formidla og oppfatta under datainnsamlinga (Malterud, 2017, s. 77). Punktum og komma er lagt inn der det har vore naturleg for å gjere teksten meir lesarvennleg i skriftleg form. Små pausar og nøling bevart i teksten ved å bruke "...". Vi gjorde også om særnamn til fellesnamn for å bevare anonymiteten til informantane. Alle intervjuet er transkribert til nynorsk uavhengig av dialekt hos informantar.

3.5.2 Analyse av data

For å analysere innsamla data valde vi å benytte oss av Malterud (2017, s. 94) sin metode for systematisk tekstkondensering. Denne metoden er deskriptiv og tverrgående. Malterud (2011, s.98-111) delar analysen inn i fire trinn. Første trinn går ut på å få oversikt over materialet. Dette gjorde vi ved å lese gjennom transkripsjonane fleire gongar kvar for oss, og starta tankeprosessen etter temagrupper vi kunne plassere aktuelt materiale i. Deretter diskuterte vi innhaldet i transkripsjonane og kom fram til tema som i størst mogleg grad skulle belyse kva erfaringar fysioterapeutar har med å motivere pasientar med langvarige muskel- og skjelettplager til fysisk aktivitet. I andre analysetrinn organiserte vi den delen av materialet som skulle studerast nærmare, og kom fram til fire foreløpige tema; verktøy, tiltak, kartlegging og pasienten sitt tankesett, som danna grunnlaget for kodegrupper. Det aktuelle materialet blei gjennomgått og meiningsberande innhald blei markert og systematisert. Kodane, som er namn på kodegruppene, blei justert etter kvart som materialet ga oss innspel og idear.

I tredje analysetrinn skal ein systematisk hente ut meining ved å kondensere innhaldet i dei meiningsberande einhetane som er koda saman. På dette stadiet har vi altså redusert våre empiriske data til eit dekontekstualisert utval av sorterte meiningsberande einheitlar. Vidare såg vi på kvar av kodegruppene for seg, og laga subgrupper innad i gruppene. I fjerde analysetrinn brukte vi kondensatane til å lage ein analytisk tekst for kvar subgruppe og kodegruppe, illustrert med eit treffande sitat som kunne konkretisere hovudfunn. Avslutningsvis gjekk vi gjennom alle transkripsjonane på nytt, for å sørge for at det som står i teksten stemmer overeins med det intervjuobjekta uttrykte.

3.6 Etiske aspekt

Ved bruk av kvalitativ metode er det å opprettholde informantane sin anonymitet, samt ivareta både vår og informantane si taushetsplikt eit viktig etisk aspekt. Vi har fulgt Høgskulen på Vestlandet sine retningslinjer for behandling av personopplysningar og helseforskningsdata, og har også fått godkjenning til forskningsprosjektet frå Norsk Senter for Forskningsdata. I forkant av intervjuet sendte vi ut eit samtykkeskjema (vedlegg 2) som inneholdt føremålet med oppgåva og kva intervjuet ville omhandle, deira rett til personvern og rett til å trekkje seg frå prosjektet, samt korleis datamateriale ville bli oppbevart. Dette skjema måtte informantane samtykke til i forkant av intervjuet. For å sikre personvern er gjenkjennelege opplysningar i datamateriale anonymisert. Lydopptak frå intervju blei sletta etter transkripsjonane var ferdigstilt.

3.7 Forforståing

Forforståing er den ryggsekken vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet før det startar (Malterud, 2017, s. 44-45). Det vi har med oss av tankar og erfaringar kan vere med på å styrke oppgåva, og er gjerne ei viktig side av motivasjonen for å gjennomføre forskning på akkurat dette tema. På den andre sida kan forforståinga føre til at ein overdøyer budskapen frå det empiriske materialet. Ein må vere open for at resultatene vi får kan seie noko anna enn vår forforståing tilseier.

Vår forforståing er påverka av at vi er fysioterapistudentar. Vi har gjennom praksis på studiet fått møte pasientar i ulike situasjonar, deriblant pasientar med langvarige muskel- og

skjelettplager. Uavhengig av diagnose har vi opplevd at det er store variasjonar i motivasjon til fysisk aktivitet, og vi tenker at dette kan vere spesielt utfordrande ved komplekse, samansatte problemstillingar, noko langvarige muskel- og skjelettplager gjerne er.

Malterud (2017, s. 77) seier: "All forskning byggjer på fortolking av representasjonar av dei forholda som vi ynskjer å studere". Resultata som er presentert i oppgåva er våre tolkingar av det informantene sa. Misforståingar kan difor førekome.

3.8 Diskusjon av metode

3.8.1 Val av metode

Hensikta med oppgåva er å få innblikk i informanane sine erfaringar og refleksjonar, og vi valgte difor å benytte kvalitativ metode (Malterud, 2017, s. 30). Vi valgte semistrukturerte intervju fordi vi ønska å gi informantane tid og rom til å dele sine individuelle erfaringar. Vi ønska å tolke og samanfatte informasjon frå fleire forskjellige informantar, og det eigna seg difor med ein tverrgående analyse (Malterud, 2018, s. 93).

3.8.2 Val av informanter

I utgangspunktet ønska vi å intervju tre fysioterapeutar der alle hadde ulik arbeidsbakgrunn. Til tross for dette endte vi opp med to informantar med relativt lik bakgrunn. Vi har reflektert over at dette kan ha hatt innverknad på resultata i oppgåva, då det kan tenkast at erfaringane dei har gjort seg har fleire likheitstrekk.

Vi sat ikkje noko krav til lengde på erfaring med pasientgruppa, og ein av informantane er nyleg utdanna med to års arbeidserfaring. Det var ein tilfeldigheit, men i etterkant har vi sett på dette som utelukkande positivt og interessant, da det viste seg at alle informantane ofte delte same grunntanke. Vi ser i etterkant at vi likevel burde vore meir konsekvent i val av informantar, både i forhold til lengde på erfaring og arbeidsbakgrunn.

3.8.3 Forbereding og gjennomføring

Ved utarbeiding av intervjuguide hadde vi fokus på å formulere opne spørsmål for å innhente informasjon om informantane sine refleksjonar og erfaringar rundt tema.

Intervjuguiden skal i utgangspunktet fungere som ei hugseliste og ikkje ein plan ein skal følge slavisk, men i byrjinga var det fort å havne i sistnemnde spor. Etter kvar som vi fekk meir erfaring med å intervju blei det lettare å lausrive seg frå intervjuguiden, som resulterte i ein meir flytande samtale der oppfølgingsspørsmål blei stilt av nysgjerrigheit der det var naturleg.

Vi kunne med fordel hatt lengre tid mellom kvart intervju for å kunne reflektere over data vi hadde fått, og revidere intervjuguide om vi såg det hensiktsmessig. Eksempelvis ser vi i ettertid at nokre av spørsmåla ikkje spesifikt nemner pasientar med langvarige muskel- og skjelettplager, og set dermed krav til informanten om å hugse på at det er dette som er ramma for intervjuet.

Eitt av intervju blei gjennomført digitalt grunna avstand. Vi opplevde ikkje at dette medførte nokon negative innverknadar på kvaliteten av intervjuet.'

3.8.4 Bearbeiding av data

Ved å sjølv vere dei som transkriberte lydopptaket fekk vi moglegheita til å bli kjend med materialet frå ei ny side (Malterud, 2017, s. 80). Vi ser i ettertid at vi truleg kunne latt vere å transkribere intervju ordrett, og at å ta vekk småord som «mhm» og «altså» ikkje hadde hatt betydning for innhaldet. Likevel gjorde ord-for-ord transkripsjonen til at vi fekk ein nærleik til materialet som vi fann nyttig i analyseprosessen, samt at ein kunne reflektere over seg sjølv som intervjuar. I bearbeiding av materialet ser vi at det har vore ein fordel å vere to. Dette kan sjåast på som ein styrke, da ei saman med ein annan forskar kan få auge på detaljar ein ikkje ville sett aleine (Malterud, 2017, s. 100).

4. Resultat

I dette kapittelet vil vi først presentere informantane våre. Deretter vil vi presentere kva dei erfarer motiverer pasientar med langvarige muskel- og skjelettplager til fysisk aktivitet, samt kva dei vektlegg i behandling av desse pasientane. Gjennom analyseprosessen har vi kome

fram til hovedtemaer som vi kategoriserer våre funn i, nemleg etablering av relasjon, auke pasienten sin kunnskap, motiverande tiltak og mål og oppleving av betring. I tillegg har vi også valgt fleire undertema.

4.1 Presentasjon av informantar

Informant 1: Arbeida som fysioterapeut i 20 år før han for 10 år sidan tok vidareutdanning i manuellterapi. Han jobbar mykje med langvarige muskel- og skjelettplager, og har i samband med dette delteke i forskningsprosjekt. Han har også lang erfaring med kognitiv atferdsterapi. I dag jobbar han som manuellterapeut med driftstilskot.

Informant 2: Har over 20 år erfaring som manuellterapeut, og jobbar med langvarige muskel- og skjelettplager. Praktiserar som manuellterapeut med driftstilskot på institutt.

Informant 3: To års arbeidserfaring frå rehabiliteringssenter med fokus på ulike diagnosegrupper, deriblant langvarige muskel- og skjelettplager. Held på med vidareutdanning i kognitiv atferdsterapi.

4.2. Etablering av relasjon

4.2.1 Pasient-terapeut relasjonen

Informantane fortel at det fyrste dei gjer i møte med pasienten er å bruke tid på å etablere ein god relasjon. Dette fordi relasjonen legg grunnlaget for kommunikasjon, samt at det kan vere med på å skape tillit til deg som terapeut. Ein informant understreker viktigheita av å ta seg nok tid til dette. "Dei pasientane [...] eg ikkje kjem heilt i hamn med, det er gjerne der kor eg ikkje har kartlagt grundig nok og fått ein god empatisk relasjon med pasienten frå starten av". Vidare fortel han at hastverksarbeid ofte straffar seg på sikt. Informantane sitt ønske er å få til gode diskusjonar saman med pasienten om den aktuelle problemstillinga. Dei understrekar at terapeuten må vere empatisk, lyttande og stille åpne spørsmål for å få til dette.

4.2.2 Forventningsavklaring

Samtlege informantar vektlegg å avklare forventningar hos terapeut og pasienten. Dei fortel at det er viktig å avklare forventningar hos terapeut og pasient i forhold til prognose og tiltak, men også forventningar dei har til kvarandre. Dette gjer dei for å kunne legge best mogeleg til rette for motivasjon til fysisk aktivitet. Informant 1 fortel om episodar der pasienten har kome med ei forventning om at han skal vere “paraceten” til pasienten, at han ved passiv behandling skal fjerne smerten. Vidare fortel han at dersom han gir pasienten øvingar som skal gjennomførast mellom behandlingstimar, er han tydeleg med pasienten om eigne forventningar om at desse blir gjennomført.

Informantane brukar tid på snakke med pasienten om kva ein kan forvente når det gjeld prognose, tiltak og betring. Ein informant pleier å seie “vi veit ikkje om det her kjem til å fungere, men vi skal prøve det ut”. Ein anna informant skisserer at betringsskurva går opp og ned, og uttrykker viktigheta av at pasienten har ei realistisk oppfatning av korleis denne ser ut. Han fortel at pasienten må forstå at tiltaka må utførast systematisk over tid for å få resultat. Informanten opplev at det motiverer pasienten at det blir gitt ei omtrentleg prognose på kor tid ein kan forvente effekt av tiltaka.

4.3 Auke pasienten sin kunnskap

Det er fleire faktorar som kjem fram som hindringar for motivasjon til fysisk aktivitet. Ved første møte opplev samtlege informantar at pasientane har bekymringar angående eiga helse og plagar, og at dei fryktar å bevege seg då dei tenker smertene er farlege. Ein informant fortel om pasientar som har ugunstige tankar om eigen kropp og smerte. Mange pasientar har fått lite forklaring på smertene og plagene sine frå tidlegare møter med helsevesenet, noko informantane meiner kan vere både demotiverande og ein psykisk belastning. Korleis helsepersonell ordlegg seg i samtale med pasientar er også noko informantane tenker kan vere med på å påverke smertebiletet. Ein informant reflekterer rundt korleis uttrykk som gjerne er normalt å bruke i kommunikasjon med anna helsepersonell kan verke skremmande for pasientar, eksempelvis “skeiv rygg”, “slitt sene” og “utglidd mellomskive”. To av informantane opplev at smertene pasienten har ikkje alltid kan

sjåast i samanheng med den kliniske undersøkinga, og at smerteopplevinga kan forsterkast av bekymring og angst.

Informantane vektlegg å auke kunnskapen til pasienten, då dei opplev at det kan redusere frykt for bevegelse samt ulike bekymringar pasienten kan ha. Saman med pasienten diskuterer dei forhold som kan verke inn på smerter og plager, samt kva som kan bidra til betring. I følge informantane kan auka kunnskap om ting ein kan gjere sjølv, som fysisk aktivitet, for å redusere smerte vere med på å auke motivasjonen til å utføre nettopp dette. Dei har fokus på at pasienten skal forstå så mykje som mogleg av eigen situasjon, og ønsker å gjere pasienten mindre avhengig av eit behandlingsapparat. Hovudsakleg erfarar informantane at det å auke pasienten sin kunnskap og forståing er utelukkande positivt.

4.4 Motiverande tiltak og mål

4.4.1 Utforming av tiltak

For å kunne utarbeide tiltak som motiverar prøver informantane å få eit heilskapleg overblikk av pasienten si problemstilling. Informante kartlegger situasjonen rundt pasienten i tillegg til smerte- og funksjonsnivå, for å potensielt kunne avdekke bakenforliggende årsaker til plagene, eksempelvis sosiale faktorar som arbeidsliv eller familiesituasjon. Ein informant pleier å få pasienten til å reflektere over kva som held dei tilbake eller forsterkar plagene, versus kva som avlastar og gjer at dei kan få det betre. Denne informasjonen brukar han når han utarbeider tiltak.

Informantane framhevar pasienten sine ønsker, behov og interesser som sentrale faktorar ved utarbeiding av tiltak. I denne prosessen legg informantane stor vekt på brukarmedverknad, og for å få til dette er det viktig med god kommunikasjon. I følge informantane har pasienten si deltaking i val av fysisk aktivitet betydning for motivasjonen til halde fram med aktiviteten etter endt behandling. Saman med pasienten blir informantane einige om tiltak som skal forsøkast.

4.4.2 Dosering og ein plan vidare

Omfanget av tiltaka varierer frå pasient til pasient, og informantane justerer aktivitetsnivået kontinuerlig til dei har funne dei aktivitetane og den aktivitetmengda som er best tilpassa

pasienten. To av informantane spesifiserar at dei gir kring fire øvingar for å sikre best mogleg gjennomføringsevne. Ein informant fortel at dette både er eit forskningsbasert og erfaringsbasert val. Kva motivasjonsarbeid som må til for å gjere pasienten fysisk aktiv er i følge informantane varierende. Informantane opplev fleire pasientar som mindre motiverte, men har også pasientar som er motiverte samt løysningsorienterte. Informantane fortel om pasientar dei beskriv som “overytarar” som må begrensa i aktivitet. Dette opplever dei som meir utfordrande enn å auke inaktive sitt aktivitetsnivå.

Informantane meiner det er viktig å forsikre seg om at pasienten veit kva dei kan gjere dersom plagane forverrar seg. Ein informant forbereder pasienten på at betringkurva ikkje er lineær, samt lagar ein “beredskapsplan” saman med pasienten. Vidare fortel han at formålet med denne planen er å gi pasienten ei alternativ løysing om det oppstår tilbakefall i betringa. Alle informantane har som vane å gi pasienten telefonnummeret sitt og sei dei kan ringe dersom det skulle vere noko. Dei opplev at dette er tryggande for pasienten, og ingen pasientar har nokon gong misbrukt den moglegheita.

4.4.3 Utarbeiding av mål

Alle informantane inkluderar pasienten i utarbeidinga av mål, og har fokus på at målet skal vere noko pasienten ønsker å oppnå. “Du har lyst til å springe, ja da blir det målsetningen vår”. Ein informant fortel at pasientar ofte har eit mål om “å bli betre”, utan å ha tenkt noko meir gjennom kva dette innebærer. Eit slik mål blir beskrive som lite spesifikt og vanskeleg å oppnå. SMART-mål (spesifikt, målbart, oppnåeleg, relevant, tidsbasert) blir nevnt som nyttig å bruke for å gi pasienten noko konkret å arbeide med, samt auke sjansen for å oppnå målet. På denne måten opplev informantane at mål kan bli ein motivasjonsfaktor. Ein informant syns det kan vere nyttig å lage både kortsiktige og langsiktige mål, og nemner eksempelvis det å skulle byggje opp kapasitet i forhold til det å tåle å løfte.

4.5 Oppleving av betring og endra tankesett

Det er ei felles oppfatning blant informantane at fleire pasientar har negative erfaringar med fysisk aktivitet dersom dei har opplevd auka smerter av det. I følge informantane er det viktig at pasienten får gode opplevingar, og ser dei positive sidene av fysisk aktivitet for

skape motivasjon til nettopp dette. Å sove ei heil natt utan smerter eller å finne genuin glede i aktiviteten blir nemnd som eksempel på positive opplevingar. “Visst ein kan linke [fysisk aktivitet] til øvingar som lindrar smerte, og pasienten forstår kvifor det lindrar smerten så er det eit ganske sterkt verktøy for å drive motivasjonsarbeid”. Bruk av objektive mål, som VAS skala, er noko informantane erfarer kan bevisstgjere pasienten på eigen progresjon, og at dette kan vere ein motivasjonsfaktor til å halde fram med tiltaka.

Ved behandlingsslutt opplev informantane at mange pasientar har endra tankesettet sitt og fått positive opplevingar med fysisk aktivitet. Eit verktøy som blir trekt fram som bidreg til dette er kognitiv atferdsterapi. Det kan få ein pasient med ei pessimistisk haldning til å ha eit meir opent sinn der det ikkje er sjølv sagt at verst tenkelege utfall blir realiteten.

Informantane har sett at dette kan bidra til å motivere til å halde fram med fysisk aktivitet. Ein informant brukar prinsippa frå kognitiv atferdsterapi i den fysioterapeutiske intervensjonen og erfarer at om han får til dette “så er det faktisk eit mykje sterkare verkemiddel enn å setje seg ned og berre snakke med pasienten”.

5. Diskusjon

I dette kapittelet vil vi drøfte dei sentrale faktorane informantane våre erfarar motiverar pasientar med langvarige muskel- og skjelettplager til fysisk aktivitet, samt kva dei vektlegg i behandling. Dei sentrale faktorane vi identifiserte i analysen var relasjon, formidling av kunnskap, brukarmedverknad og positive opplevingar. Vi vil belyse desse faktorane ved å knytte dei opp mot relevant teori samt eigne refleksjonar.

5.1 Pasient-terapeut relasjonen

I intervjuet kom det fram at det er viktig å etablere ein god relasjon og oppnå god kommunikasjon med pasienten for å kunne utarbeide motiverande tiltak. Hall et al. (2010) si systematiske oversikt tilseier at ein god relasjon mellom terapeut og pasient har ein tilsynelatande positiv effekt på utfall av behandling. Ein informant har erfart at pasientane han ikkje lykkast med å motivere er dei han ikkje har fått ein god nok relasjon med, ofte som

følge av tidsmangel. Om ein begrensar pasienten sine moglegheiter til å presentere sine versjonar, eksempelvis ved hastverk, kan det føre til mangelfull forståing av pasienten sine problem samt feilbehandling (Thornquist, 2009, s.103). Det framstår difor hensiktsmessig å bruke tilstrekkeleg med tid når ein kartlegg situasjonen rundt pasienten. Gjennom å etablere ein relasjon som kan gi eit heilskapleg bilde av pasienten kan det tenkast at ein betre får fram pasienten sine ønsker, og dermed lettare kan utarbeide treffande tiltak.

Informantane opplev at ein empatisk, lyttande og open relasjon bidrar til auka tillit mellom pasient og terapeut, som vidare kan bidra til at pasienten er meir imøtekomande til tiltak. Thornquist (2009, s. 329) og Hanstvedt og Løken (2016) framhevar relasjonelle ferdigheiter i opparbeiding av tillit hos pasienten. Vi ser oss einig i at desse ferdigheitene kan bidra til ein tillitsfull pasient-terapeut relasjon. Det kan tenkast at ein meir "mottakeleg" pasienten kan påverke motivasjonen til framtidige tiltak positivt, og at pasienten er meir open for å prøve fysisk aktivitet som alternativ. Ein kan også sjå føre seg at denne tilliten vert styrka om ein greier å tilrettelegge for opplevelse av effekt med fysisk aktivitet samt meistring.

Det kjem fram i resultatata at samtlege informantar vektlegg å etterspørje pasienten sine opplevingar av eigen situasjon og seg sjølv, og ser på dette som elementært. Ifølge Gretland (2007, s. 95) fører dette til at pasienten blir trekt inn i samtalen som person, og fysioterapeut og pasient kan dele erfaringar. Vidare hevdar ho at ei slik tilnærming signaliserer at pasienten er meiningsberettiga og invitert til aktiv deltaking. Vi ser for oss at kjensla av autonomi kan bli styrka dersom pasienten kjenner dei har retten og kunnskapen til å uttale seg om eigne plager. På den andre sida påpeikar Thornquist (2009, s. 32) at ein som terapeut ikkje må fråskrive seg ansvar ved å einsidig tilpasse seg pasienten sine ønsker og forventningar. Ein informant har opplevingar med pasientar som har hatt forventningar til behandling som var i strid med det han meinte var mest hensiktsmessig. I slike tilfeller kan vi tenke oss til at det kan vere vanskeleg å finne ein balanse mellom det å ta pasienten med i avgjeringar og kva som er fagleg forsvarleg. Det kan tenkast at ein måte å unngå at pasienten skal kjenne seg neglisjert i desse situasjonane kan vere å inkludere dei i vår tankeprosessen, samt gi den kunnskapen dei treng for å ha moglegheita til å forstå terapeuten sitt synspunkt.

5.2 Kunnskap er myndiggjering

Informantane erfarer at bevegelsesfrykt, smerter og bekymringar kan vere barrierer for fysisk aktivitet, og at dette ofte kjem grunna manglande kunnskap og ugunstige tankar hos pasienten. Det korrelerer med Butler og Moseley (2018) si forklaring rundt tankar sin påverknad. Vi forstår det slik at mangel på kunnskap, saman med langvarig smerte, kan føre til redusert aktivitetsnivå, noko som igjen kan verke hemmande for livskvaliteten.

Ein kan sjå for seg at pasienten hamnar i ein vond sirkel av inaktivitet, smerter og bekymringar. Ved å auke pasienten sitt kunnskapsnivå om eigne plager kan det tenkast at ein fjernar nokre barrierer for fysisk aktivitet, og dermed bryt sirkelen. Dette samsvarar med informantane sine erfaringar, og støttast også av Butler og Moseley (2018, s. 112-113).

Ugunstige tankar er noko informantane opplev kan kome frå mangel på informasjon frå anna helsepersonell, noko dei beskriv som både demotiverande og psykisk belastande.

Lin et al (2020) påpeikar at mislykka formidling av kunnskap og råd er eit vanleg problem ved behandling av langvarige muskel- og skjelettplager. Ein kan berre undrast over kvifor det er slik, men mogelege forklaringar vi ser på som aktuelle er tidsmangel, miskommunikasjon og mangelfull relasjon.

Samstundes som auka kunnskap kan avgrense smerte, antyder informantane at det også kan gi motivasjon til positiv helserelatert atferd, som fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet er ikkje noko som i utgangspunktet er indre motiverande eller lystbetont for alle, og det er difor nødvendig at pasienten ser verdien av aktiviteten og lærer å setje pris på den (Manger & Wormnes, 2015, s. 180). Vi ser at dette kan bidra til myndiggjering da ei auka forståing for eigne plager kan legge grunnlaget for å påverke sin eigen situasjon. Manger og Wormnes (2015, s. 68) indikerer at pasienten gjennom myndiggjering kan få ei oppleving av autonomi.

5.3 Pasienten som likeverdige part

Informantane vektlegg brukarmedverknad samt at tiltaket skal vere utforma saman med pasienten. Informantane sitt syn er i tråd med oppfordringa om å gi pasienten større makt i helsetenesta (Jamtvedt et al., 2015, s. 194), samt at brukarmedverknad også er lovfesta. Vi tolkar dette som at pasienten si deltaking blir sett på som viktig i helsetenesta, noko vi begge er enige i. I følge Jamtvedt (2015) må pasient og helsepersonell bli sett på som likeverdige samarbeidspartnarar. Dette tenker vi kan vere utfordrande å få til i praksis då vi skal sikre

faglig kvalitet og samstundes legge tilrette for brukarmedverknad. Helsedirektoratet (2022b) ser det som hensiktsmessig å utforme tiltak basert på fagkunnskap og brukarerfaring då pasienten kjenner seg sjølv best, og derfor kan bidra med verdifull informasjon. I følge informantane kan samarbeidet ein får ved brukarmedverknad bidra til at pasienten kjenner seg annerkjent og delaktig, og på den måten motivere til fysisk aktivitet. Gjennom å auke pasienten si oppleving av å kunne influere eige liv kan vi bidra til myndiggjering (Manger & Wormnes, 2015, s. 67-69). Manger & Wormnes (2015, s. 178) påpeikar også at brukarmedverknad kan styrke følelsen av autonomi som igjen vil fremme indre motivasjon.

I tillegg til å samarbeide i utforming av tiltak blir pasientane også inkludert i målsettingsprosessen. Informantane meiner dette har stor betydning for motivasjon til fysisk aktivitet. Dei fortel at pasientane gjerne har uspesifikke mål som er vanskeleg å oppnå. Manger og Wormnes (2015, s. 40-44) hevdar at uspesifikke mål kan gjere det utfordrande å sjå om ein har oppnådd måla samt gir ei uklar kjensle på om ein har lykkast. Vi kan på bakgrunn av dette tenke oss at ein også kan oppleve usikkerheit og kjenne seg hjelpelaus når ein har ei slik uspesifikk målsetting. Samtlege informantar var opptatt av at måla skulle vere konkrete, realistiske og ha eit tidsperspektiv. Dei erfarer at klare mål aukar sjansen for å nå måla og at dette igjen har positiv innverknad på motivasjonen til å vere fysisk aktiv. Vi ser for oss at ei konkret og realistisk målsetting kan bidra til å auke lysta til å drive med fysisk aktivitet, samt at å inkludere pasienten i målsettinga gjer det heile meir lystbetont. Det blir likevel påpeika av Manger og Wormnes (2015, s. 45) at målsetting ikkje er ein garanti for å lykkast sjølv om teorien peikar på at målsetting aukar sjansen for nettopp dette.

5.4 Positive erfaringar gir motivasjon til fysisk aktivitet

5.4.1 Erfaringar trumfar forklaringar

I intervjuet kom det fram at positive opplevingar med fysisk aktivitet kan vere eit sterkt motivasjonsmiddel. Thornquist (2009, s. 157) påpeikar at å byggje opp under pasientar si tru på seg sjølv ikkje utelukkande treng å skje gjennom forklaringar og helsefagleg informasjon. Vidare understrekar ho at det kan vere like viktig å støtte opp under pasientane sine erfaringar. Slik vi forstår det kan ein ved å legge opp til oppleving av smertelette i forbindelse med fysisk aktivitet, noko informantane våre gjer, støtte opp under pasientane si tru på at

dei sjølv kan påverke plagene. Manger og Wormnes (2015, s. 44) antyder at kvar gang ein opplev betring samt at det var ein sjølv som var årsaka fungerer dette som ei belønning som opprettheld motivasjon. Å oppleve seg sjølv som årsaka til betring vil også kunne føre til myndiggjering (Manger & Wormnes, 2015, s. 67).

Ein informant vektlegg å få pasienten til å koble og forstå erfaring, eksempelvis lindring av smerte, saman med utøving av fysisk aktivitet. Dette opplev han legg til rette for å motivere. Gretland (2007, s.184) hevdar at ein erfaring ikkje er mogleg å fullt ut språkleg beskrive. Noko som støttar informanten som har fokus på at pasienten skal erfare det terapeutens formidlar. På den andre sida påpeikar Gretland (2007, s. 184) at språket kan bidra til å fullbyrde erfaringen. Slik vi tolkar det kan forståinga og kunnskapen vi formidlar til pasienten blir fullbyrda når dei får erfaringar frå effekten av tiltaket.

Kva som skal til for å oppleve betring varierar frå pasient til pasient. Informantane tilpassar aktivitetsmengda til kvar enkelt pasient, og aktivitetsnivået justerast kontinuerleg til passeleg mengd er funne. Dette er også støtta i litteraturen, som seier at aktivitet må tilpassast etter funksjonsnivå og situasjonen rundt den enkelte pasient (Bahr, 2009, s. 99 og 585-592). Vi forstår det slik at ein må finne eit passeleg aktivitetsnivå som stimulerer til betring, men likevel tar hensyn til den enkelte sine forutsetningar slik at aktiviteten er gjennomførbar. Manger og Wormnes (2015, s. 176-177) hevdar at gjennomførbare oppgåver styrkar kompetansen, noko som kan auke meistringsopplevinga og gjer at ein tørr å ta fatt på liknande oppgåver i framtida. Slik vi samanfattar det må fysioterapauten finne ein balansegang som legg til rette for meistring, men samstundes utfordrar pasienten tilstrekkeleg.

5.4.2 Oppleving av betring skapar indre motivasjon

Samtlege informantar understrekar at indre motivasjon er viktig for å halde på med regelmessig fysisk aktivitet. For å få til dette vektlegg informantane å finne ein aktivitet pasienten trivast med. I følge Manger og Wormnes (2015, s. 28) er det utføringa av sjølv aktiviteten som skapar indre motivasjon, men det kan også skapast som eit resultat av ytre motivasjon. Slik vi forstår det kan nytteverdi av fysisk aktivitet, som smertelindring eller meir overskot i kvardagen, sjåast på som ein ytre motivasjonsfaktor. Dersom ein også har lykkast i

å finne ein aktivitet pasienten likar ligg forholda godt til rette for at det kan skapast indre motivasjon for fysisk aktivitet. Vidare kan ein også tenke seg at auka betring kan føre til større deltagelse i eigen kvardag, noko Manger og Wormnes (2015, s. 181) hevdar kan verke positivt på behovet for tilhørighet då ein får samhandle med andre menneske. Om ein er sjukemeldt og vekke frå arbeid kan det tenkast at behovet for tilhørighet i mindre grad blir møtt, noko som kan føre til frustrasjon og stress (Deci, & Ryan 2017, s. 82).

5.5 Mål om sjølvstendige pasientar

I behandling vektlegg ein informant å hjelpe pasienten med å få ressursar til å greie seg sjølv og bli meir uavhengig av eit behandlingsapparat. Dette er i tråd med NFF (2015) som indikerer at målet for fysioterapi er at pasienten kan vedlikehalde, gjenvinne eller utvikle si funksjonsevne ved å utnytte eigne ressursar. Vi tenker det kan bidra til myndiggjering om pasienten får brukt eigne ressursar til å oppnå betring. Manger og Wormnes (2015, s. 67) påpeikar at myndiggjering vil underbygge evna til å ta sjølvstendige og effektive val, noko vi ser kan ha samanheng med tilfredsstilling av behovet for autonomi. Vidare belyser dei at utviklinga av autonomi kan skje gjennom helsepersonell si fornuftige støtte. Slik vi tolkar det kan fysioterapeutar ved å fremme pasienten sine ressursar kunne bidra til meir sjølvstendige pasientar, som kan ta større ansvar for eiga helse. Dette tenker vi moglegvis kan vere med på å lette kostnadane denne pasientgruppa har for samfunnet, samt verke positiv i eit helsefremmande og førebyggjande perspektiv.

6.0 Konklusjon

Hensikta med oppgåva var å få eit innblikk i kva erfaringar fysioterapeutar har med å motiverer pasientar med langvarige muskel- og skjelettplager til fysisk aktivitet, og kva dei vektlegg i behandling av desse pasientane. Gjennom bacheloroppgåva vår har vi kome fram til nokre sentrale faktorar som kan bidra til å auke motivasjonen til fysisk aktivitet hos denne pasientgruppa.

Ein open og empatisk pasient-terapeut relasjon kan bidra til god kommunikasjon og eit godt samarbeid. Val av fysisk aktivitet som fremjar positive opplevingar og indre motivasjon er

viktig. Gjennom tilrettelegging av målsetning og dosering kan fysioterapeutar bidra til eit realistisk, gjennomførbart og motiverande opplegg. I denne prosessen vert brukarmedverknad viktig, og om ein tilrettelegg slik at pasienten opplev autonomi og kompetanse kan vi bidra til auka motivasjon for den valgte aktiviteten. Ved betring samt at pasienten sjølv var årsak til det, kan kjensla av myndiggjering kan bli styrka. Vidare kan betring også føre til auka deltaking i pasienten sin kvardag, noko som kan bidra til at behovet for tilhørighet blir møtt. Alle dei drøfta komponentane samverkar, og kan føre til auka sjølvstende hos pasienten, samt styrke pasienten sin motivasjon til regelmessig fysisk aktivitet. Det finst ingen felles fasit for korleis motivasjon til fysisk aktivitet blir fremja og vedlikehaldt. Her blir dei individuelle faktorane betydelege og må difor integrerast.

Resultata viser at erfaringane informantane har samsvarar innbyrdes, samt med teori. Resultata våre har derimot begrensa overføringsverdi på grunnlag av at vi berre har intervjuat tre fysioterapeutar. Vi kan difor ikkje sei at resultata er representative for heile yrkesgruppa. Vi har fått eit innblikk i kompleksiteten rundt problemstillinga, samt kor samansatt denne pasientgruppa er med fleire faktorar som er med på å generere og vedlikehalde plagene. Gjennom bacheloroppgåva har vi tileigna oss auka kunnskap på området som har vore bidragsytande i måten forståinga vår har utvikla seg. Vi vil ta med oss læringar og erfaringar frå denne oppgåva til framtidige prosjekt samt praktisering av faget. Tidligare forskning innafor området kan trenge sterkare metodisk tilnærming for meir konkrete funn. I resultata våre kom det også fram at det kan vere utfordrande å bremse pasientar som er overaktive. Dette er ei problemstilling vi tenker kan vere nyttig å forske vidare på ved ein seinare anledning.

7.0 Litteraturliste

- Bahr, R., Karlsson, J., & Norge Helsedirektoratet. (2009). Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Bouchard, C., Shepard, R. J., Stephens, T. (1993). *Physical activity, fitness and health. Concensus statement*. Champaign, IL: Human Kinetics Publishers.
- Butler, D. S. & Moseley, L. (2013). *Explain pain* (2 utg). Noigroup Publications
- Clarsen, B. M., Stengrimsdottir, O. A., Holvik, K. & Ørstavik, R. E. (2022, 29.mars). *Muskel og skjeletthelse i Norge*. Folkehelseinstituttet (FHI).
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/muskel-og-skjeletthelse/>
- Dansk Lægemiddel Information A/S og Felleskatalogen AS (2022, 12. januar) *Smerter*. Felleskatalogen. <https://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/smerter>
- Deci, E. L. & Ryan, R. (2008). Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains. *Canadian Psychology* 49(1) 14–23.
DOI: 10.1037/0708-5591.49.1.14
- Deci, E.L. & Ryan, R. (2017). *Self-determination theory - basic physiological needs in motivation, development and wellness*. The Guilford Press.
- Engel, G. L. (1977) The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196 (4286), s. 129-136. DOI: 10.1126/science.847460
- Espnes, G. A. & Smedslund, G. A. (2009). Helsepsykologi. Gyldendal Akademiske
- Geneen, L. J., Moore, R. A., Clarke, C., Martin, D., Colvin, L. A. & Smith, B. H. (2017, 24.april). Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD011279.pub3>

- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen: Fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Hall, A. M, Ferreira, P. H., Maher, C. G., Latimer, J & Ferreira, M. L. (2010). The Influence of the Therapist-Patient Relationship on Treatment Outcome in Physical Rehabilitation: A Systematic Review. *Physical Therapy*, volum 90 (8), s.1099-1110).
<https://doi.org/10.2522/ptj.20090245>
- Hanstvedt, M. H. & Løken, H. S. (2016). Kommunikasjon gir svar. *Fysioterapeuten*, 83, s.34-36.
- Helsedirektoratet. (2015, 10.mars). *Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker*. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samfunnskostnader-ved-sykdom-og-ulykker>
- Helsedirektoratet. (2022b, 11.april). *Brukermedvirkning*. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>
- Helsedirektoratet. (2022a, 9.mai). *Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling>
- Jamtvedt, G., Birger, K. & Bjørndal, A. (2015). *Kunnskapsbasert fysioterapi: metoder og arbeidsmåter* (2utg). Gyldendal Akademisk.
- Jensen, A. M. B. & Vallgård, S. (2021) *Forskningsmetoder i folkesundhetsvidenskap*. Gyldendal.
- Joelsson, M, Bernhardsson, S. & Larsson, M, E., H. (2016). Patients with chronic pain may need extra support when prescribed physical activity in primary care: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 35 (1), s. 64-74.
<https://doi.org/10.1080/02813432.2017.1288815>
- Kinge, J. M., Knudsen, A. K., Skirbekk, V. & Vollset, S. E. (2015). Muscoskeletal disorders in Norway: prevalence of chronicity and use of primary and specialist health care services. *BMC Musculoskeletal Disorder*.
Doi: 10.1186/s12891-015-0536-z
- Lin, I, Wiles, L, Waller, R., Goucke, Y., Gibberd, M, Straker, L., Maher, C. G. & O'Sullivan, P. P. B. (2022). 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), s.79-86.

Doi: 10.1136/bjsports-2018-099878

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).

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

Universitetsforlaget AS.

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

Norsk fysioterapeutforbund. (2015, 12. januar). *Hva er fysioterapi? - utdypet*. Norsk

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

Norsk Fysioterapeutforbund. (2020, 13.januar). *NFFs yrkesetiske retningslinjer*. Norsk fysioterapeutforbund.

<https://fysio.no/Forbundsfor siden/Jus-arbeidsliv/Aktuelle-tema/Etikk/NFFs-yrkesetiske-retningslinjer>

Ny- arbeids og velferdsforvaltning (NAV). (2022, 7.april). *Sykefraværstatistikk*. NAV.

<https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/sykefravar>

Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse: kvalitative metoder i samfunnsfag*.

Universitetsforlaget AS.

Stubhaug, A. & Ljosa, T. M. (2021, 7.desember). *Smerte- et symptom, en sykdom og en diagnose*.

Oslo universitetssykehus.

<https://oslo-universitetssykehus.no/smerte-et-symptom-en-sykdom-og-en-diagnose>

Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2 utg). Gyldendal Norsk Forlag AS.