



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.:	416
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7792
----------------------	------

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:	8
Andre medlemmer i gruppen:	438

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

Bacheloroppgave

Fysioterapibehandling for pasienter med langvarige uspesifikke
nakkesmerter

Physiotherapy treatment for patients with long lasting non-specific
neck pain

Kandidatnummer: 438 og 416

Bachelor i fysioterapi

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse og funksjon

BFY330 Bacheloroppgave

Antall ord: 7792

Innleveringsdato: 14.05.2022

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

Forord

Arbeidet med bachelorprosjektet har vært både lærerikt og interessant. Det har stilt krav til faglighet og refleksjoner, og gitt oss erfaringer som vi vil ta med oss videre. Forhåpentligvis har prosessen gjort oss bedre rustet for å møte pasienter med langvarige uspesifikke nakkesmerter i vår fremtid som fysioterapeuter.

Vi vil rette en stor takk til de tre fysioterapeutene som stilte opp til intervju. Det har vært inspirerende og spennende å lytte til deres erfaringer, kunnskaper og personlige opplevelser. Videre vil vi takke vår veileder som har gitt oss konstruktive tilbakemeldinger og god veiledning underveis i arbeidet med prosjektet. Til slutt vil vi takke hverandre for gode diskusjoner og faglige refleksjoner gjennom et fremragende partnerskap.

Bergen, 14. mai 2022.

Sammendrag

Tittel: Fysioterapibehandling for pasienter med langvarige uspesifikke nakkesmerter.

Hensikt: Belyse hva ulike fysioterapeuter vektlegger i behandlingen av pasienter med langvarige uspesifikke nakkesmerter. Vi vil fremheve valg av behandlingstiltak, samt presentere andre sentrale forhold.

Problemstilling: "Hva vektlegger fysioterapeuter i behandling av pasienter med langvarige uspesifikke nakkesmerter?"

Metode: Kvalitativ forskningsmetode er benyttet for å besvare problemstillingen. Semistrukturert intervju ble brukt i datainnsamlingen. Vi intervjuet tre erfarne fysioterapeuter med ulike etterutdanninger. Intervjuene ble transkribert og deretter analysert ved å følge trinnene i systematisk tekstkondensering.

Funn: Alle informantene vektlegger at pasienten skal være aktivt deltagende i behandlingen, både gjennom øvelsesbehandling og mental tilstedeværelse. Informantene vektla samtale i stor grad for denne pasientgruppen. Samtale benyttes for blant annet å avklare forventninger og at pasienten skal oppleve å bli tatt på alvor. Meningsskaping forstås som et sentralt aspekt for å lykkes med behandlingen. Gjennom meningsskaping skal pasientene få større forståelse for sin situasjon og sine smerter. Det fremgår av våre funn at målet med behandlingen er å aktivt hjelpe pasienten til å håndtere sine smerter bedre.

Konklusjon: Fysioterapeutene som ble inkludert i studien, vektlegger aktivitet og øvelsesbehandling som tiltak for pasienter med langvarige uspesifikke nakkesmerter. Videre benyttes samtale i stor grad som en del av behandlingen, og meningsskaping ses som et sentralt aspekt for å øke pasientens forståelse for egen situasjon og smerter.

Abstract

Title: Physiotherapy treatment for patients with long-term unspecific neck pain.

Objective: Elucidate what different physiotherapists emphasize in the treatment of patients with long-term unspecific neck pain. We will highlight the choice of treatment measures, as well as present other key factors.

Research question: "What do physiotherapists emphasize in the treatment of patients with long-term unspecific neck pain?"

Method: Qualitative research method has been used to answer the problem. Semi-structured interviews were used in the data collection. We interviewed three experienced physiotherapists with different education program. The interviews were transcribed and then analyzed by following the steps in systematic text condensation.

Results: All informants emphasize that the patient should be actively involved in the treatment, both through exercise treatment and mental presence. The informants emphasized conversation to a large extent for this patient group. Conversation is used, among other things, to clarify expectations and that the patient should experience being taken seriously. Opinion creation is seen as a key aspect for success in treatment. Through meaningful creation, patients should gain a greater understanding of their situation and their pain. Our results show that the goal of the treatment is to actively help the patient to better manage their pain.

Conclusion: The physiotherapists included in the study emphasize activity and exercise treatment, as interventions for patients with long-term unspecific neck pain. Furthermore, conversation is widely used as part of the treatment, and meaning creation is seen as a key aspect, to increase the patient's understanding of their own situation and pain.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema	7
1.2 Hensikt med oppgaven og problemstilling	8
2.0 Teori	9
2.1 Nakkesmerter	9
2.2 Langvarige og uspesifikke smerter	9
2.3 Fysioterapibehandling	10
2.4 Hva sier forskningen	11
2.5 Kommunikasjonens rolle i terapeutisk relasjon	12
2.6 Meningsskaping	12
2.7 Biopsykososial modell	12
3.0 Metode:	13
3.1 Vår forforståelse	13
3.2 Valg av metode	13
3.3 Valg av informanter	14
3.4 Forberedelse til intervjuene	14
3.5 Gjennomføring av intervjuene	15
3.6 Bearbeiding av data	15
3.6.1 Transkripsjon	15
3.6.2 Analyse	16
3.7 Etske aspekter	17
4.0 Funn	18
4.1 Presentasjon av informantene	18
4.2 Aktiv deltagelse i behandlingen	18
4.2.1 Øvelser og aktivitet som behandlingstiltak	18
4.2.2 Pasienten skal være til stede i det som skjer	19
4.3 Samtale som del av behandlingen	20
4.3.1 Forventningsavklaring	20
4.3.2 Å ta pasienten på alvor	21
4.4 Å skape mening	21
4.4.1 Mening kan skapes på flere måter	21
4.4.2 Pasientens forståelse av egen situasjon	22
4.4.3 Håndtering av smerte som mål	22
5.0 Diskusjon	23
5.1 Diskusjon av funn	23

5.1.1 Aktiv deltagelse i egen behandling.....	23
5.1.2 Samtale som del av behandlingen.....	25
5.1.3 Å skape mening.....	26
<i>5.2 Diskusjon av metode.....</i>	<i>27</i>
5.2.1 Valg av metode	27
5.2.2 Valg av informanter	28
5.2.3 Forberedelse og gjennomføring av intervjuene	28
5.2.4 Transkribering og bearbeiding av data	29
5.2.5 Forforståelse	29
5.2.6 Overførbarhet og pålitelighet	30
6.0 Konklusjon.....	30
Litteraturliste.....	32
Vedlegg 1: Forespørsel om deltagelse.....	37
Vedlegg 2: Samtykkeerklæring.....	39
Vedlegg 3: Intervjuguide	40
Vedlegg 4: Transkripsjon 1	42
Vedlegg 5: Transkripsjon 2	61
Vedlegg 6: Transkripsjon 3	74

1.0 Innledning

Nakkesmerter har en forekomst mellom 30% til 50% i den generelle befolkningen (Hogg-Johnson et al., 2008, s. 48). En rapport fra Folkehelseinstituttet viser at smertetilstander i nakke, sammen med ryggsmertter, er den ledende årsaken til ikke-dødelig helsetap i den norske befolkningen (2018). Dette fører til store helseplager og redusert livskvalitet for den det gjelder. Prevalensen har vist seg å øke med alder, og er høyere blant yrkesaktive personer og kvinner (Helsedirektoratet, 2014).

Nakkesmerter, sammen med andre muskel- og skjelettlidelser, er hovedårsaken til sykefravær og uføretrygd i den norske befolkningen (Folkehelseinstituttet, 2018). Dermed utgjør det en stor del av landets samlede sykdomsbyrde. Sykefraværstatistikk fra NAV viser at av det totale legemeldte sykefraværet, fra og med 1. kvartal 2020, utgjorde muskel og skjelettlidelser 29,2% for kvinner og 38,7% for menn (Sundell, 2020). Sammenlignet med tidligere rapporter ses en tendens til at sykefraværet knyttet til muskel og skjelettplager generelt sett øker. Nakkesmerter kan dermed ses på som en stor samfunnsøkonomisk belastning. Med bakgrunn i dette, ser vi nakkesmerter som et svært betydningsfullt og samfunnsaktuelt tema, som det er viktig å rette søkelyset mot.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

På grunn av den høye forekomsten av nakkesmerter i befolkningen, er dette en pasientgruppe mange fysioterapeuter møter i sin praksis (Folkehelseinstituttet, 2018). I praksisperiodene i kommune- og spesialisthelsetjenesten på andre og tredje studieår, har vi imidlertid sett lite av denne pasientgruppen. Som følge av Covid-19 pandemien våren 2020, ble blant annet vår nakke-undervisning noe endret. Dette førte til at vi fikk mindre praktisk undervisning enn planlagt. Med bakgrunn i dette har vi valgt å skrive om langvarige uspesifikke nakkesmerter. Dette er et tema vi begge synes er svært interessant, som vi ønsker å tilegne oss mer kunnskap om. Vi vil benytte vårt bachelorprosjekt til å lære av erfarne og dyktige fysioterapeuter med ulike spesialiseringer, og er nysgjerrige på hva den enkelte fysioterapeut vektlegger i sin behandling av pasientgruppen. Gjennom

bachelorprosjektet ønsker vi å få en dypere forståelse for tilnærmingen til pasientgruppen, som forhåpentligvis vil gjøre oss bedre rustet for fremtiden som fysioterapeuter.

1.2 Hensikt med oppgaven og problemstilling

Hensikten med vårt bachelorprosjekt er å belyse hva ulike fysioterapeuter vektlegger i behandlingen av pasienter med langvarige uspesifikke nakkesmerter. Vi ønsker å fremheve valg av behandlingstiltak, samt presentere hvilke andre forhold de erfarer står sentralt for å lykkes med behandlingen. Fokus vil være å presentere fysioterapeutenes erfaringer med den praktiske tilnærmingen til denne pasientgruppen. Basert på bakgrunnen og hensikten med oppgaven, har vi valgt følgende problemstilling:

“Hva vektlegger fysioterapeuter i behandling av pasienter med langvarige uspesifikke nakkesmerter?”

2.0 Teori

2.1 Nakkesmerter

Nakkesmerter kan forklares som smerter i nakken, som har vart i minst en dag, og kan komme med eller uten refererte smerter til øvre ekstremiteter (Hoy et al., 2014, s. 1309). Smertene er ofte langvarige og tilbakevendende. I følge Task force on neck pain, vil 50-85% av personer med nakkesmerter, ikke bli helt kvitt plagene sine (Hogg-Johnson et al., 2008). Det finnes ingen entydig forklaringsmodell på årsaken og forløpet til smertene (Verhagen, 2021, s. 7).

Nakkesmerter kan graderes fra grad 1-4. Grad 1-2 defineres som nakkesmerter uten alvorlige symptomer (Guzman et al., 2008, s. 201). Dette er en stor gruppe som mange fysioterapeuter møter i klinisk praksis.

2.2 Langvarige og uspesifikke smerter

Smerte er en sammensatt opplevelse av stor klinisk betydning (Brodal, 2013, s. 229). International Association for the Study of Pain definerer smerte som; *“An unpleasant sensory and emotional experience associated with, or resembling that associated with, actual or potential tissue damage.”* (IASP, 2020). Definisjonen fastslår at smerte er en subjektiv opplevelse og omfatter et emosjonelt aspekt. Den finner ikke nødvendigvis en biologisk forklaring. Smerteopplevelsen kan ha ulik varighet og intensitet blant individer i sammenlignbare situasjoner (McCaffery & Beebe, 1998, s. 25).

Ved nakke- og rygg smerter, er 90% av tilfellene regnet som uspesifikke. De uspesifikke smertene omfatter smerter der overbevisende patologiske forklaringer uteblir, og hvor årsakssammenhengen er vanskelig å forstå (Norsk legemiddelhåndbok, 2016). Det kan være utilstrekkelig samsvar mellom stimulering og opplevelse av smerte. Økt sensitivering, har sammenheng med smertesystemets evne til endring (Brodal, 2013, s. 193–194). Dette innebærer en ubalanse mellom mekanismene som hemmer og fremmer smerte, og kan føre til at følsomheten for smerte øker. Sensitivering er antatt å være en underliggende årsak til at smerter blir langvarige (Brodal, 2013, s. 198).

Langvarige smerter kan forstås som tilbakevendende, eller smerter som har en varighet på minst tre måneder (Treede et al., 2015, s. 1003). De langvarige smertene opptrer også etter at skaden er leget, og det ikke lenger finnes en biologisk meningsfull årsak til smerteopplevelsen (Brodal, 2013, s. 231). Ofte kan uklare og sammensatte fysiske, psykiske og sosiale forhold ligge til grunn (Ljoså & Rustøen, 2007, s. 64–65).

Både begrepet kronisk og langvarige smerte benyttes i litteraturen. Noen kan forbinde “kronisk” med en permanent tilstand (Brodal, 2013, s. 231). Vi har derfor bevisst valgt å bruke ordet langvarig i vår oppgave.

2.3 Fysioterapibehandling

Fysioterapi står sentralt i behandling og forebygging av pasienter med nakkesmerter (Harris & Susman, 2002, s. 1042). Fysioterapeuten skal med sin brede kompetanse om menneskets bevegelse og kropp, kunne undersøke, behandle og forebygge smerter og plager knyttet til bevegelsesapparatet (Regjeringen, 2004, s. 5). Det finnes et bredt utvalg av fysioterapitiltak som kan benyttes for pasienter med langvarige uspesifikke nakkesmerter. Ulike øvelser, teknikker, samt informasjon og veiledning kan være aktuelle tiltak (NFF, 2012).

Kroppsbevissthet er et annet sentralt fenomen i fysioterapi (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 92–93). Gjennom å fremme mental tilstedeværelse i behandling settes det fokus på å sanse kroppen, samt å hjelpe pasienten til bevissthet rundt sine bevegelsesvaner og reaksjoner (Gyllensten et al., 2010, s. 444).

Ifølge Magnusson & Mannheimer er det sjeldent en enkel løsning som kurerer langvarige smerter, men en kombinasjon av flere handlinger anbefales (2015, s. 27). Videre hevder de at for å lykkes, må fysioterapeuten være rådgivende og pasienten aktivt gjennomføre behandlingen. Fysisk aktivitet er ifølge *Aktivitetshåndboken*, en avgjørende faktor for å redusere lidelse og håndtere langvarige smerter (Börjesson et al., 2009, s. 582).

2.4 Hva sier forskningen

Mye forskning på behandling av langvarige nakkesmerter, har blitt gjennomført de siste årene (Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering, 2021). De fleste retningslinjer anbefaler en kombinasjon av trening, manuell behandling og opplæring som fysioterapitiltak til langvarige uspesifikke nakkesmerter. Det er imidlertid begrenset med forskning av høy kvalitet, som med sikkerhet gir et entydig svar på hvilke tiltak som har best effekt (Verhagen, 2021, s. 7).

Ved søk i relevante forskningsdatabaser, fant vi ingen norske kliniske retningslinjer, som omhandler fysioterapibehandling for pasienter med langvarige uspesifikke nakkesmerter. Vi fant imidlertid to relevante canadiske retningslinjer som omhandlet nakkesmerter. Den ene anbefaler at klinikere beroliger pasienter angående sin smertetilstand, samt formidler viktigheten av å opprettholde aktivitet og bevegelse (Côté et al., 2016, s. 2016). I den andre retningslinjen anbefales det behandling som baserer seg på pasientens preferanser og ressurser, som kan innebære veiledet styrketrening og hjemmeøvelser (Bussières et al., 2016, s. 558).

En systematisk oversikt over retningslinjer for nakke- og korsryggsmerter anbefaler følgende behandlingstiltak: øke pasientens kunnskaper, særlig råd om fysisk aktivitet, manuelle teknikker og øvelsesbehandling (Corp et al., 2021, s. 285). Dette har likhetstrekk med en annen systematisk oversikt som i tillegg anbefaler pasientsentrert behandling, og informasjon om pasientens tilstand (Lin et al., 2020, s. 6). Videre kan manuell behandling benyttes som tillegg til annen evidensbasert behandling.

Det finnes et evidensgrunnlag for at massasje og atferdsmessig behandling kan ha gunstig effekt (Verhagen, 2021, s. 8). Ottawa-panelet konkluderte i 2012 med at massasje er effektivt for å lindre symptomer på smerte umiddelbart etter behandling. Dataene viste at massasje ikke hadde langvarig effekt mot nakkesmerter (Brosseau et al., 2012, s. 316).

2.5 Kommunikasjonens rolle i terapeutisk relasjon

Fysioterapeut Thornquist forklarer hvordan kommunikasjon er elementært i det kliniske møtet mellom pasient og terapeut (2009, s. 23). Det legges vekt på å få en tillitsfull relasjon til pasienten, og kommunikasjon står sentralt for å få dette til. Kommunikasjon har vist seg å ha en positiv effekt på pasienttilfredshet, evne til egenmestring, samt endring i helsestatus og prognose (Lærum et al., 2007, s. 65). Det understrekes at det er hensiktsmessig å bruke tid på kommunikasjon i starten av behandlingsforløpet. Smertene må ikke avvises, men derimot tas på alvor. Samtale og forklaring av hvordan plagene henger sammen med livssituasjon og atferdsmønster, vil være nyttig etter at tillitsforholdet er etablert (Lærum et al., 2007, s. 66–68). Kristiansen og Ekerholt fastslår i sin artikkel for *Fysioterapeuten*, at en god terapeutisk relasjon er avgjørende for å hjelpe pasientene til å forstå seg selv og sine plager bedre (2022).

2.6 Meningsskaping

Løchting fremhever i en artikkel at vi ved sykdom ønsker å etablere en mening ved situasjonen. Videre hevdes det at å skape mening vil ha betydning for evnen til å mestre langvarig sykdom (Løchting, 2022). Mening skapes ved at terapeuten hjelper pasienten til å utvikle en egenforståelse. Hvordan pasienten forstår kroppen og symptomene sine kan påvirke behandlingsforløpet, skriver Kristiansen og Ekerholt i sin artikkel i *Fysioterapeuten*. Når fysioterapeuter deler kunnskap med pasientene, opplever de en økt forståelse for symptomene. Dette har en essensiell betydning i pasientens sykdomsbyrde (Kristiansen & Ekerholt, 2022). Meningsskaping kan benyttes til å løse pasientens utfordringer, uavhengig av diagnose (Axelsen, 2014).

2.7 Biopsykososial modell

Den biopsykososiale modellen er i dag den mest aksepterte tilnærmingen til behandling av langvarige smerter (Gatchel, R. J. et al., 2007). Modellen forstår smerteopplevelsen som et komplekst samspill mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Den handler om å se pasientens symptomer og plager i lys av personlighet, relasjoner til andre og livssituasjon (Ahlsen, 2014). Dette legger grunnlaget for å se "hele" mennesket (Son et al., 2016, s. 494).

Den biopsykososiale sykdomsforståelsen kan relateres til mestring, og dette anses som et viktig element i behandling av langvarige sykdommer (Helsedirektoratet, 2018; Son et al., 2016, s. 494). Mestring dreier seg om å håndtere stressende situasjoner, kriser og sykdom, på en god måte. For å håndtere smertene må ikke mestringen begrenses til en dimensjon, men ta i bruk og utnytte individets kunnskaper, ferdigheter og sosiale ressurser (Ekeland & Heggen, 2007, s. 64–65).

3.0 Metode:

3.1 Vår forforståelse

Vi valgte å skrive ned vår forforståelse før vi gikk i gang med å samle data. Vår forforståelse blir beskrevet ut fra vårt ståsted som fysioterapistudenter. Gjennom utdanningen har vi lært om generell undersøkelse og behandling av pasienter med nakkeplager. Vi har fra før lite klinisk erfaring med pasientgruppen, da vi i løpet av studietiden har sett svært få pasienter med langvarige uspesifikke nakkesmerter. Vi antok at det ville være variasjonsbredde i hvilke behandlingstiltak som ble vektlagt blant fysioterapeutene, med bakgrunn i deres personlig faktorer og ulike etterutdanninger. Likevel forventet vi at de fleste benyttet seg av trening som intervensjon, men at enkelte ville vektlegge passiv behandling i større grad. Vi trodde at de fleste pasientene hadde god nytte av fysioterapien, og at aktiv behandling var mer effektiv sammenlignet med passiv.

3.2 Valg av metode

Den kvalitative forskningsmetoden egner seg til å beskrive og analysere karaktertrekk, egenskaper og kvaliteter ved det som studeres (Malterud, 2018, s. 30). Hensikten med studien var å belyse elementer ved den praktiske tilnærmingen til pasientgruppen. Vi ønsket å innhente data om fysioterapeutenes erfaringer, forventninger, tanker og holdninger til behandling av valgt pasientgruppe. Ettersom målet var å belyse hva ulike fysioterapeuter vektlegger i sin behandling av pasienter med langvarige uspesifikke nakkesmerter, ble det naturlig å velge kvalitativ forskningsmetode.

For å skape en trygghet og ro i intervjusituasjonen, valgte vi å benytte individuelle semistrukturerte intervju, da vi mente dette var mest hensiktsmessig for å innhente data til å besvare problemstillingen.

3.3 Valg av informanter

For å finne relevante informanter til studien, gjorde vi et strategisk utvalg.

Inklusjonskriteriene var at informantene hadde flere års erfaring innen feltet, og ulik etterutdanning innenfor fysioterapi. Sammen med veileder kom vi frem til at vi skulle intervju en psykomotorisk fysioterapeut, en spesialist innenfor ortopedisk fysioterapi og en med grunnutdanning i fysioterapi. Slik sikret vi at informasjonskildene hadde tilstrekkelig styrke og bredde til å best mulig kunne belyse problemstillingen.

For å finne aktuelle kandidater til studien, fikk vi tips fra vår veileder om fysioterapeuter vi kunne kontakte, samt gjorde et søk på internett. Deretter sendte vi mail med informasjonsskriv og forespørsel om deltagelse til relevante kandidater. Skrivet inneholdt informasjon om prosjektet og et samtykkeskjema, som er utarbeidet i samarbeid med Høgskulen på Vestlandet (HVL). Slik ble en av informantene deltaker. For å få rekruttert de to siste informantene, sendte vi SMS og viste til mailen vi allerede hadde sendt.

3.4 Forberedelse til intervjuene

I forkant av intervjuene utarbeidet vi en intervjuguide (vedlegg 3) med åpne spørsmål, som ga rom for utdyping og refleksjoner. Vi utformet en forkortet versjon av intervjuguiden, som vi sendte på mail til informantene i forkant av intervjuene. På denne måten hadde de mulighet til å forberede seg. Intervjuguiden skulle brukes som et hjelpeverktøy for å holde oss til tema med hovedspørsmål og underspørsmål. Førsteutkastet til intervjuguiden ble revidert etter innspill fra veileder. I etterkant av første intervju ble det igjen gjort små endringer. Intervjuene ble spilt inn som lydopptak og gjennomført som digital videosamtale. Før gjennomføringen testet vi det tekniske utstyret for opptak og lagring av lydopptak, samt at vi sendte link til videosamtale til informantene på mail. I forkant av intervjuene bestemte vi oss for at en av oss skulle ha hovedansvaret, mens den andre skulle observere, notere og stille supplerende spørsmål. Vi byttet på å være intervjuer og observatør.

3.5 Gjennomføring av intervjuene

For å innhente data gjennomførte vi tre semistrukturerte intervju via digital videosamtale i Zoom. Intervjuene ble spilt inn som lydopptak på to passordbeskyttede enheter. Før vi startet lydopptaket, stilte vi bakgrunns spørsmål som ikke skulle komme med i transkripsjonen. Observatøren noterte svar på spørsmålene. Direkte etter intervjuene ble lydopptakene overført til passordbeskyttet datamaskin, og deretter slettet fra enheten det ble tatt opp på. Lydfilene ble slettet fra passordbeskyttet datamaskin etter transkripsjon. Intervjuene foregikk i rolige omgivelser uten avbrytelser, og alle intervjuene varte mellom 45-60 minutter.

Vi brukte intervjuguiden for å holde oss til temaene som vi ønsket å få svar på. Vi fulgte den ikke slavisk, men stilte oppfølgingsspørsmål som ikke var oppført i intervjuguiden. Underveis i intervjuet brukte vi bekreftende blikk, for å prøve å unngå avbrytelser i lydopptaket i størst mulig grad. Før vi avsluttet intervjuene fikk informantene mulighet til å legge til eller utdype informasjonen de hadde gitt.

3.6 Bearbeiding av data

3.6.1 Transkripsjon

Etter intervjuene organiserte vi det innsamlede datamaterialet for å gjøre det tilgjengelig for den videre analysen. Dette gjorde vi gjennom å transkribere lydopptakene til tekstform. Vi delte hvert lydopptak i to og transkriberte delene hver for oss. Deretter satte vi det transkriberte materialet sammen og hørte gjennom lydopptaket på nytt. Mellom hvert intervju skrev vi ned aktuelle temaer fra det gjennomførte intervjuet. Vi justerte intervjufokus etter hvert som vi lærte mer om datamaterialet. Intervjuene ble transkribert ord-for-ord. Vi tok med alle gjentakelser og småord som "ehm" og "mhm", for å bevare det opprinnelige materialet som ble formidlet i størst mulig grad. Alle intervjuene ble transkribert i bokmålsform for å gjøre teksten mer leservennlig. Videre anonymiserte vi opplysninger som kunne gjøre informantene gjenkjennbare.

3.6.2 Analyse

For å analysere det innsamlede datamaterialet gjennomførte vi en tematisk tverrgående analyse, etter Malterud (2018, s. 97) sin metode for systematisk tekstkondensering (STC). Denne analysemetoden gjennomføres i fire trinn, og brukes for å analysere empirisk data med ulik grad av teoretisk forankring.

I første trinn fikk vi oversikt over materialet ved at vi sammen leste gjennom transkripsjonen flere ganger. Etter at vi i fellesskap hadde lest gjennom materialet, gikk vi hver for oss og kom frem til ulike temaer som vi presenterte for hverandre. Deretter ble vi enige om seks foreløpige temaer som vi mente var relevante for å belyse problemstillingen. De foreløpige temaene var; “kommunikasjon”, “smertemestring”, “meningsskaping”, “aktive og passive tiltak”, “undersøkelse” og “forklaring”. I tillegg lagde vi en egen gruppe for det materialet som vi mente var viktig, men som ikke passet under noen av de foreløpige temaene. Denne gruppen valgte vi å kalle “til vurdering”.

Analysens andre trinn gikk ut på å identifisere meningsbærende enheter og plassere dem innenfor de foreløpige kodegruppene. De foreløpige temaene fra trinn en, ble til foreløpige kodegrupper i trinn to. Vi startet med å markere de meningsbærende enhetene i ulike farger, som representerte hver kodegruppe. Deretter plasserte vi de meningsbærende enhetene i et skjema, som gjorde materialet oversiktlig. Vi justerte plasseringen av de meningsbærende enhetene underveis, for å sikre at de ble plassert i riktig kodegruppe. Navnene på kodegruppen ble også endret etter hvert som vi fikk en dypere forståelse for datamaterialet. Vi reduserte fra 6 foreløpige kodegrupper, til tre kodegrupper med to til tre subgrupper. For eksempel ble den foreløpige kodegruppen “kommunikasjon” revidert og fikk navnet “samtale som del av behandlingen” med de tilhørende subgruppene “forventningsavklaring” og “å ta pasienten på alvor”.

I trinn tre kondenserte vi de meningsbærende enhetene i hver kodegruppe og subgruppe. Vi lagde kondensat i jeg-form, for å sammenfatte innholdet i gruppene. Deretter fant vi et gullsitat for hver kodegruppe. For eksempel plasserte vi gullsitatet: *“Istedenfor at de sitter med noe uforklarlig og vanskelig som aldri blir bedre, så blir det mer håndterbart og mindre*

altoppslukende.” under subgruppen “pasientens forståelse av egen situasjon”, i kodegruppen “å skape mening”. Vi gjorde også endringer i overskriftene på subgruppen i denne delen av analysen.

I analysens siste trinn satte vi sammen bitene og rekontekstualiserte materialet. Vi brukte kondensatene til å lage en analytisk tekst til hver subgruppe og kodegruppe. Denne teksten ble skrevet i tredjepersons-form, for å tydelig få frem den nye kunnskapen.

3.7 Etiske aspekter

Under arbeidet med bachelorprosjektet la vi vekt på å hele tiden følge retningslinjene for forskningsprosjektet som var utarbeidet av HVL, og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Å ivareta informantens personvern og anonymitet var et viktig etisk aspekt, da informantene deler av sine egne opplevelser og erfaringer. Informantene fikk i forkant av intervjuet tilsendt et informasjonsskriv (vedlegg 1) som opplyste om frivillighet, deres rettigheter og personvern, samt oppgavens hensikt. Informantene signerte et samtykkeskjema i forkant av intervjuene, som bekreftet at de hadde samtykket til å være deltagere og at de hadde mottatt informasjon om prosjektet. Det signerte samtykkeskjemaet ble levert fysisk til veileder, og oppbevares på låst kontor.

For å ivareta de etiske aspektene, ble det videre gjort en rekke tiltak under intervjuene og i analyseprosessen. I forkant av intervjuene ble informantene minnet om anonymitet, taushetsplikt, og at de når som helst har muligheten til å trekke seg fra prosjektet uten å oppgi grunn. I tillegg stilte vi spørsmål om bakgrunn og utdanningsforløp, før vi skrudde på lydopptaket. Dette gjorde vi for å unngå at sensitiv informasjon ble tatt med i transkripsjonen. I etterkant av transkripsjonen, gikk vi igjen gjennom det vi hadde skrevet og anonymiserte informasjon som kunne gjøre det mulig å gjenkjenne informantene. I etterkant av transkripsjonen ble lydopptakene umiddelbart slettet fra passordbeskyttet PC.

4.0 Funn

I dette kapittelet vil vi presentere sentrale funn fra vårt datamateriale. Analysen resulterte i de tre hovedkategoriene: “aktiv deltagelse i behandlingen”, “samtale som del av behandlingen” og “å skape mening”. I det følgende vil vi presentere disse resultatkategoriene, med underkategorier. Innledningsvis vil vi presentere de tre informantene.

4.1 Presentasjon av informantene

Informantene i prosjektet er alle fysioterapeuter med over 10 års erfaring. Felles er at alle jobber som privatpraktiserende, med eller uten driftstilskudd. Informant 1 er kvinnelig fysioterapeut med mastergrad innen psykomotorisk fysioterapi. Informant 2 er mannlig fysioterapeut med grunnutdannelse i fysioterapi. Han har tatt en rekke kurs innenfor ulike retninger i fysioterapien. Informant 3 er kvinnelig fysioterapeut med mastergrad innenfor klinisk fysioterapi i ortopedi. Alle informantene møter pasienter med langvarige uspesifikke nakkesmerter i sin praksis.

4.2 Aktiv deltagelse i behandlingen

Ingen av informantene har et standard behandlingsforløp for pasienter med langvarige uspesifikke nakkesmerter. De ser på hver pasient som unik, og gir derfor et individuelt tilrettelagt behandlingsopplegg ut fra de vurderinger og undersøkelser som blir gjort i det kliniske møtet. Flere påpeker at de har en helhetlig tilnærming til denne pasientgruppen. De er alle opptatt av å se flere sider ved pasienten, og ikke bare nakken eksklusivt. Til tross for at behandlingen blir individuelt tilpasset, trekker informantene frem flere forhold som de i stor grad vektlegger i behandlingen av pasientgruppen.

4.2.1 Øvelser og aktivitet som behandlingstiltak

Alle informantene benytter en kombinasjon av aktive og passive tiltak. To av de understreker spesielt, at de vektlegger den aktive tilnærmingen mest i deres fysioterapibehandling. Det påpekes at det er hensiktsmessig å få pasientene til å være generelt mer i bevegelse. I intervjuet uttrykker informant 2: *“(...) de aller fleste blir i hvert fall en god del bedre av å*

komme i gang med noen bevegelser.” Han oppfordrer ofte sine pasienter til å være mer i aktivitet, gjennom blant annet å gå en tur i løpet av arbeidsdagen, gå turer i fjellet eller på ski. Informant 3 understreker at det er den aktive delen av behandlingen som er den viktigste, og derfor må vektlegges mest. Et fellestrekk for alle informantene er at de vektlegger øvelsesbehandling i form av styrke- eller tøyøvelser for pasientgruppen. To av de erfarer at disse tiltakene er de som i størst grad har effekt mot smertene. Gjennom øvelser og aktivitet er de alle opptatt av å hjelpe pasientene til å aktivt kunne håndtere sine smerter og skape en endring.

To av informantene trekker spesielt frem at de velger å gi pasientene hjemmeøvelser. Det påpekes at gjennomføringsevne påvirker grad av bedring, og at egentreningsprogrammet derfor ikke må fremstå som uoverkommelig. De gir ofte pasientene enkle øvelser som de ikke er avhengig av hjelp fra fysioterapeut for å kunne gjennomføre. Det understrekes at pasientene aktivt skal ta del i denne prosessen, og at egeninnsats er avgjørende for å kunne skape en endring.

Informantene benytter også passive tiltak, men i ulik grad. Massasje, traksjon, mobilisering og avspenningsteknikker er blant de passive tiltakene som trekkes frem. I intervjuene kommer det frem at informant 1 vektlegger massasje i større grad enn de to andre. Informant 2 uttrykker at massasje og andre passive tiltak, fungerer mest som kortvarig symptomlindring. Informant 3 påpeker spesielt sin erfaring med at massasje alene ikke har effekt. Hun opplever likevel at pasientene noen ganger trenger massasje, men at hun aldri bruker det som enkeltstående tiltak.

4.2.2 Pasienten skal være til stede i det som skjer

Å delta aktivt i behandlingen, står sentralt for å bli bevisst på egen kropp. To av informantene vektlegger bevisstgjøring av nakken når pasienten gjennomfører øvelsesbehandling. Målet er å skape kroppslige erfaringer og refleksjoner.

“Pasienten skal ikke bare slenge seg ned på benken og ta imot behandling, men være delaktig i behandlingen. Kanskje viktigere enn akkurat hva, at det er sånn eller slik. Uansett om det er stående, sittende, på benk eller øvelser, så skal en være delaktig, og til stede i det som skjer.”

De er opptatt av at pasientene skal kommunisere og bli bevisst på endringer. Informant 1 eksemplifiserer hvordan dette utføres gjennom ulike bevegelser, øvelser, avspenningsteknikker, massasje, traksjon og grep. Videre hevder hun at tilstedeværelse og refleksjoner underveis i behandlingen, kan gjøre at passive intervensjoner som massasje, ses på som en aktiv behandlingsform. Alle informantene vektlegger at pasienten er aktivt deltagende i behandlingen, uavhengig av type intervensjon.

4.3 Samtale som del av behandlingen

Alle informantene vektlegger samtale som en stor del av deres behandling av pasienter med langvarige uspesifikke nakkesmerter. Fysioterapeutene forteller at de alltid begynner behandlingen med å snakke med pasienten, og at de er opptatt av å skape en god relasjon. Det som fortelles blir avgjørende for hvordan behandlingen forløper videre. Informant 2 har gjennom sin praksis erfart at samtale er nyttig som en del av behandlingen. Han vektlegger dette derfor i større grad nå enn tidligere. De andre to informantene påpeker at dialogen i noen tilfeller utgjør hele behandlingssekvensen.

4.3.1 Forventningsavklaring

Informantene mener at samtale er nyttig for å avklare forventninger rundt behandlingsopplegget. En felles erfaring hos informantene, er at de opplever at pasientene ofte forventer en passiv tilnærming når de kommer til fysioterapi.

“Jeg opplever at de har en forventning om at jeg skal fikse de. Så det handler vel om en realitetsorientering i begynnelsen. For det tenker jeg ikke at jeg skal gjøre. Jeg skal hjelpe de, men jeg skal ikke fikse de.”

Informant 3 erfarer at pasientene ofte ønsker en form for passiv “hands on” behandling, som for eksempel massasje. To av informantene påpeker at behandlingen ikke bestemmes på bakgrunn av pasientens ønsker, dersom de selv ikke ser det som hensiktsmessig. I slike tilfeller bruker de samtale til å forklare pasienten, at tiltaket de ønsker har liten effekt. De erfarer at pasientene ofte velger å godta dette dersom en god dialog ligger til grunn, og de har fått det forklart på en forståelig måte. De nevner at forventningene til pasientene må avklares tidlig i forløpet, for å tydeliggjøre at målet med behandlingen er å hjelpe, ikke å kurere.

4.3.2 Å ta pasienten på alvor

Informantene hevder at det å lytte til pasienten og å ta de på alvor er sentrale aspekter ved samtalen i behandling. Dersom pasienten har en opplevelse av å bli tatt på alvor, mener informant 3 at sjansen er større for å oppnå et vellykket behandlingsforløp. Informant 1 forteller om sin erfaring med at pasientene ofte ikke føler seg trodd i møte med helsevesenet.

“(...) at de føler at de blir tatt på alvor, er jo kanskje det viktigste i forhold til relasjon. Dette er pasienter som ofte har vært innom mange runder i helsevesenet. Og føler at de blir kastet fra avdeling til avdeling, og ofte spesialist til spesialist. Ingen har egentlig spurt de hvordan de har det. Så å være opptatt av deres opplevelse av sin egen situasjon.”

Det poengteres at å være ydmyk for hvordan pasienten har det og samtidig prøve å forstå pasientens opplevelse av egen situasjon, bør etterstrebes i behandling. Informant 3 poengterer at pasienten tror at de har en alvorlig tilstand, og at terapeuten derfor bør anerkjenne deres opplevelse. Felles for alle informantene er deres erfaring om at samtale og god kommunikasjon, er et grunnleggende fundament i behandlingssituasjonen. De vektlegger samtale for at pasientene skal føle at de blir tatt på alvor.

4.4 Å skape mening

Informantene forteller om viktigheten av at pasientene skal få en dypere forståelse for sin smertetilstand. De ser det som sentralt å skape en mening rundt pasientens situasjon, for at de skal forstå smertene og hva de kan gjøre for å få det bedre. Det trekkes frem hvordan det at pasienten forstår sammenhenger er elementært for å lykkes med behandlingen.

4.4.1 Mening kan skapes på flere måter

Det er enighet blant informantene om at samtale og forklaring er nyttige tiltak for å skape mening, og bidrar til å gjøre smertene mer forståelig for pasienten. Videre påpekes det at mening kan oppnås på flere måter.

”Å prøve og skape en mening i den situasjonen de har. Det kan du gjøre på veldig mange måter. Det gjør du gjennom samtale, det gjør du gjennom å forklare anatomi, eller å forklare biomekaniske sammenhenger. Eller ved å kjenne på kroppen og legge merke til at de er stiv, eller at når du slipper opp så kommer det masse følelser. Alt dette bidrar til å forstå hvorfor de har det som de har det.”

Informant 3 forteller at hun snakker mye om smertene og mekanismene bak smerte. På denne måten kan pasienten få en større forståelse for plagene sine og årsaken bak, selv om det ikke er noen spesifikk diagnose eller patologi. Informant 1 vektlegger også kroppsbevissthet som et meningsskapende tiltak. Med dette hjelper hun pasienten til å bli bevisst på og reflektere rundt hvordan de bruker kroppen. Målet er at pasientene skal forstå seg selv, sin egen kropp, symptomer og tilstand bedre.

4.4.2 Pasientens forståelse av egen situasjon

Alle informantene vektlegger at pasientene skal lære å forstå sine egne smerter og sin egen situasjon bedre gjennom behandlingen. En av fysioterapeutene forteller at hun hjelper pasientene til å forstå og reflektere rundt sine smerter og hvorfor de oppstår. Hun legger særlig vekt på at pasientene skal forstå hvorfor de har det som de har det. Videre trekkes det frem hvordan det å skape mening med situasjonen, vil gjøre det lettere for pasienten å mestre smertene. *“Istedenfor at de sitter med noe uforklarlig og vanskelig som aldri blir bedre, så blir det mer håndterbart og mindre altoppslukende.”* Informant 2 understreker spesielt hvordan denne egenforståelsen er en forutsetning for å lykkes i behandlingsforløpet. Videre påpeker han at ved å forstå meningen bak behandlingstiltakene, blir det lettere for pasientene å gjennomføre de.

4.4.3 Håndtering av smerte som mål

En felles erfaring blant informantene er at pasienter med langvarige uspesifikke nakkesmerter, ofte ikke blir smertefri etter endt fysioterapibehandling. Likevel trekker de frem at pasientene opplever å mestre smertene og egen situasjon bedre. Informant 1 forklarer at pasientene ikke nødvendigvis blir kvitt plagene sine, men at de har det bedre og opplever å få en kropp som samarbeider. Dette samsvarer med det informant 3 forteller: *“Målet er jo at de skal oppleve en mestring i sin egen situasjon, kanskje mer enn noe annet. Så det er ikke alle du skal forvente å få smertefri.”* Fysioterapeutene ønsker at behandlingen skal bidra til å fremme funksjon, forståelse og smertemestring, slik at pasientene får det bedre i sin livssituasjon.

5.0 Diskusjon

I dette kapitlet diskuteres studiens funn, og metoden som er anvendt. Vi har valgt å ta utgangspunkt i hovedtemaene som ble presentert i funnkapitlet, og vil diskutere disse opp mot aktuell teori. Videre vil vi kritisk gjennomgå vår fremgangsmåte og metoden som er benyttet.

5.1 Diskusjon av funn

5.1.1 Aktiv deltagelse i egen behandling

Det fremgår av våre funn at alle informantene vektlegger at pasientene skal være aktivt deltagende i behandlingen. Magnusson og Mannheimer hevder at for å lykkes må pasienten være den som aktivt gjennomfører behandlingen (2015, s. 23). Dette samsvarer med erfaringene til våre informanter, som påpeker at de er opptatt av å få pasientene til å være mer i aktivitet og bevegelse. To av informantene trekker spesielt frem viktigheten av at pasientene gjennomfører tiltakene på egenhånd, gjennom hjemmeøvelser og økt fysisk aktivitet. Det påpekes videre at det basale i behandlingen av disse pasientene er å øke deres aktivitetsnivå. I *Aktivitets håndboken* fremheves det at fysisk aktivitet er avgjørende for å bedre prognose, redusere lidelse, og håndtere de langvarige smertene (Börjesson et al., 2009, s. 582). Våre informanters erfaringer samsvarer dermed med denne litteraturen. På bakgrunn av dette er det nærliggende å tenke at økt aktivitetsnivå og kroppslig bevegelse er hensiktsmessig for vår pasientgruppe.

Et fellestrekk er at informantene vektlegger ulike former for øvelsesbehandling som aktiv intervensjon. En av de påpeker spesielt at styrketrening er det som gir best effekt mot smertene. Dette samsvarer med en canadisk retningslinje fra 2016, som anbefaler styrketrening og hjemmeøvelser, inkludert tøyøvelser og selvmobilisering, for pasienter med nakkesmerter (Bussières et al., 2016, s. 558). Imidlertid er dette kun en svak anbefaling, da det baserer seg på funn av lav evidens. Dette kan indikere at det fortsatt hersker usikkerhet rundt effekten av trening. På den andre siden erfarer våre informanter at trening og øvelsesbehandling er effektive tiltak. Samsvaret mellom anbefalingene i retningslinjen og

informantenes erfaringer, tyder på at øvelsesbehandling som intervensjon, kan anses som en nyttig del av behandlingen for pasientgruppen.

Selv om alle informantene vektlegger aktive tiltak, benytter de også passive, men i ulik grad. To av informantene deler det samme synet på massasje som behandlingsmetode. De erfarer at dette har liten effekt mot langvarige uspesifikke nakkesmerter, men at det derimot kan fungere som kortvarig symptomlindring. Likevel velger de enkelte ganger å benytte massasje, men aldri som eneste tiltak. Dette underbygges i en systematisk oversikt som viser at massasje ikke har langvarig effekt, men kan være effektivt for å lindre nakkesmerter på kort sikt (Brosseau et al., 2012, s. 316). Det fremkommer av våre analyser at informant 1 vektlegger massasje i større grad enn de to andre. Dette strider mot det Magnusson og Mannheimer mener om at pasienten må være den som aktivt gjennomfører behandlingen for å lykkes (2015, s. 25). Til tross for dette fremkommer det individuelle variasjoner i hva massasjen innebærer blant de tre informantene. Informant 1 benytter massasje som et verktøy for å fremme kroppsbevissthet. Dermed skal pasienten delta aktivt, gjennom mental tilstedeværelse og refleksjoner. I motsetning til de to andre informantene, forstår ikke informant 1 dette som en passiv intervensjon, da pasientene må være aktivt til stede i det som skjer. Når massasje praktiseres på denne måten, kan det likevel knyttes opp mot Magnusson og Mannheimers syn om aktiv deltakelse i behandlingen. Variasjonen i praktiseringen, kan også tyde på at effekten og erfaringene med massasje som tiltak, vanskelig kan sammenlignes mellom informantene.

Våre funn viser at alle informantene benytter en kombinasjon av aktive og passive behandlingstiltak, i varierende grad. Dette samsvarer med anbefalingene til Magnusson og Mannheimer om at det sjeldent finnes en enkel løsning som kurerer smertene, men at det derimot er en kombinasjon av ulike handlinger som bør benyttes (2015, s. 27). Det finnes imidlertid lite entydig svar på hvilke spesifikke tiltak som har best effekt mot langvarige nakkesmerter (Verhagen, 2021, s. 6). Usikkerheten rundt entydige anbefalinger og mangelen på konkrete behandlingstiltak, kan dermed ses på som en utfordring når behandlingstiltak skal velges. Likevel hevder alle våre informanter at de legger hovedvekt på den aktive delen av behandlingen, selv om de har noe ulike syn på hva dette innebærer.

5.1.2 Samtale som del av behandlingen

Alle våre informanter vektlegger samtale i stor grad for pasientgruppen. Samtale benyttes for det første som et verktøy for å skape en god relasjon til pasientene. Dette tyder på at informantene, i likhet med Thornquist, ser på kommunikasjon som elementært i det kliniske møtet mellom pasient og terapeut (2009, s. 23). I en nasjonal klinisk retningslinje for korsryggsmerter, fremheves det at kommunikasjon har vist seg å ha en positiv effekt på pasienttilfredshet, evne til egenmestring, samt endring i helsestatus og prognose (Lærum et al., 2007, s. 65). Retningslinjens relevans for vår pasientgruppe kan imidlertid diskuteres, da den i utgangspunktet er utarbeidet for å gjelde korsryggsmerter. Likevel inneholder retningslinjene noen allmenne prinsipper for kommunikasjon, som kan benyttes av et videre spekter av pasientgrupper. Våre informanters valg om å vektlegge samtale og god kommunikasjon i behandling, finner altså støtte i denne retningslinjen. Det er dermed nærliggende å tenke at dette kan ha en positiv innvirkning på pasienter med langvarige uspesifikke nakkesmerter.

Et fellestrekk ved våre informanter, er at de også benytter samtale til å avklare forventninger til fysioterapien. De hevder at en utfordring kan være at pasientene har forventninger om en passiv behandlingstilnærming. Dette har likhetstrekk ved det Magnusson og Mannheimer hevder, om at mange pasienter kan bli skuffet dersom de ikke blir tilbudt en behandling som effektivt løser deres smerteplager (2015, s. 25). Informantene ser det som viktig å avklare forventninger tidlig i forløpet. Dette vil tydeliggjøre at målet med behandlingen er å hjelpe, ikke å kurere. De mener at god kommunikasjon står sentralt, og bør vektlegges tidlig i forløpet for å enes om tiltakene. Dette understøttes i retningslinjen til Lærum et al., som påpeker at det er hensiktsmessig å bruke tid på kommunikasjon i starten av behandlingsforløpet (2007, s. 65). Dermed kan det synes å være fordelaktig at fysioterapeutene benytter samtale til forventningsavklaring tidlig i forløpet.

Informantene benytter videre samtale for at pasientene skal føle at deres situasjon og smerteplager blir tatt på alvor. De erfarer at denne pasientgruppen ofte har opplevd å ikke bli trodd i tidligere møter med helsevesenet. For at behandlingsforløpet skal bli vellykket, påpeker informantene viktigheten av at pasientene føler at de blir trodd og tatt på alvor.

Dette kan ses i sammenheng med de nasjonale retningslinjene for korsryggsmerter. Der hevdes det at det bør legges vekt på en tillitsfull relasjon til pasienten, og at kommunikasjon og samtale bør benyttes for å oppnå dette (Lærum et al., 2007, s. 65–68).

Vi stiller oss undrende til fysioterapeutenes erfaringer med pasientgruppens tidligere opplevelser av å ikke bli trodd. På den ene siden kan det tenkes at smertenes uspesifikke karakter er årsaken for at de ikke føler seg trodd. Det uspesifikke ved smertene kan være vanskelig å forstå, da overbevisende patologiske forklaringer uteblir, mens pasienten opplever en reell og inngripende smerte (Norsk legemiddelhandbok, 2016). På den andre siden kan dette trolig stille høyere krav til helsepersonellens evne til å formidle, forklare og sette i sammenheng. Våre informanter hevder at det nettopp ved uspesifikke smerter er særlig viktig å ta pasientene på alvor. Dette gjøres gjennom å anerkjenne deres smerter og situasjon. Informantene ser på det å lytte, prøve å forstå og å være ydmyk overfor pasientens opplevelse, som betydningsfullt. Med tanke på at 90% av pasientene med nakkesmerter regnes som uspesifikke (Norsk legemiddelhandbok, 2016), er det nærliggende å tenke at nettopp det å ta pasienten på alvor bør stå sentralt i klinisk praksis.

5.1.3 Å skape mening

Det fremgår av våre funn at alle informantene ser verdien av at pasienten skal lære å forstå sine egne smerter og situasjon gjennom behandlingen. Meningsskaping oppnås på flere måter, men felles for alle er at de benytter forklaringer av anatomi, biomekanikk og sammenhenger. Det trekkes frem at meningsskaping bidrar til økt forståelse og mestring av smertene. I likhet med våre informanter, skriver Løchting at den meningen sykdommen har for pasientene, og hvordan deres sykdomsforståelse er, har betydning for hvordan de mestrer livet med kronisk sykdom (2022). Kristiansen og Ekerholt skriver i sin artikkel for *Fysioterapeuten*, om hvordan å skape mening kan påvirke behandlingsforløpet. De hevder at når fysioterapeuten deler av sin kunnskap, vil pasienten oppleve en økt forståelse for sine symptom, og skaper dermed en mening med situasjonen (Kristiansen & Ekerholt, 2022). På den andre siden er ikke deres artikkel rettet mot pasienter med langvarige uspesifikke nakkesmerter, men omhandler derimot pasienter med sammensatte lidelser. Til tross for dette kan deres funn relateres til vår pasientgruppe, da nakkesmerter ofte har en sammensatt årsak (Helsedirektoratet, 2014). Dessuten hevder Axelsen at meningsskaping er

avgjørende for å forstå seg selv, og dette vil virke inn på alle typer symptom, uavhengig av diagnose (2014). På bakgrunn av dette er det nærliggende å tenke at meningsskapning kan gjøre det lettere for pasientene å håndtere sine smerter.

Felles for informantene er deres erfaring med at pasientene ofte ikke blir smertefri etter endt fysioterapibehandling. Hovedfokus er å hjelpe pasientene til å mestre sin egen situasjon og håndtere sine smerter bedre, fremfor en forventning om total smertefrihet.

Helsedirektoratet skriver i en nasjonal veileder at mestring anses som et viktig element i behandlingen av langvarig sykdom (Helsedirektoratet, 2018). Ekeland og Heggen hevder at det er nødvendig å ta i bruk individets kunnskaper, ferdigheter og sosiale ressurser for å håndtere stressende situasjoner (2007, s. 64–65). Dette kan relateres til informantenes helhetlige tilnærming ved at de er opptatt av å ta for seg flere sider ved pasienten, selv om de kommer til fysioterapi med nakkesmerter som antatt hovedproblem. I likhet med våre informanter, ser den biopsykososiale modellen “hele” mennesket, hvor de biologiske, sosiale og psykiske faktorene tas i betraktning (Lunde & Nordhus, 2006). Dette tyder på et samsvar mellom våre informanters tilnærming og den biopsykososiale modellen, som er den mest aksepterte modellen for langvarige smerter (Gatchel et al., 2007).

5.2 Diskusjon av metode

5.2.1 Valg av metode

Gjennom vårt bachelorprosjekt ønsket vi å utforske hva fysioterapeuter vektlegger i sin behandling av pasienter med langvarige uspesifikke nakkesmerter. Vårt mål var å få frem nyanser og personlige erfaringer. Den kvantitative forskningen er lite egnet for dette, da den bygger på data i form av tall (Malterud, 2018, s. 30). Dermed ville den gjort det vanskelig for oss å få frem det nyanserte og helhetlige bildet vi ønsket. Vår vurdering var at den kvalitative metoden var mest relevant for å besvare problemstillingen, da den egner seg til å svare på forskningsspørsmål der man ikke har oversikt over relevante svaralternativer på forhånd (Malterud, 2018, s. 32).

Individuelle semistrukturerte intervjuer, og fokusgruppeintervju var de mest aktuelle metodene for datainnsamling. Vi mente at individuelle semistrukturerte intervju var best egnet, da dette ville gi informantene rom og trygghet til å dele av sine personlige erfaringer uten avbrytelser (Malterud, 2018, s. 133).

5.2.2 Valg av informanter

For å imøtekomme behovet for intern validitet, ble et strategisk utvalg gjort for å få relevante informanter. En styrke ved utvalget var at de brakte med seg ulik erfaring, med sine forskjellige etterutdannelser og kurs. På denne måten sikret vi en viss variasjonsbredde, som gav oss et datamateriale preget av nyanser fra flere retninger innenfor fysioterapi. Likevel forstår vi at data fra én fysioterapeut, ikke vil være representativt for hele fagfeltet. Vi kan heller ikke utelukke at de som ønsket å delta i prosjektet, hadde ekstra stor interesse for temaet. En svakhet ved utvalget er antall informanter. Til tross for dette, fikk vi rike beskrivelser fra fysioterapeuter med mye kunnskap og erfaring med pasientgruppen. Med oppgavens omfang og tidsramme tatt i betraktning, er vi tilfreds med tre informanter.

5.2.3 Forberedelse og gjennomføring av intervjuene

I tillegg til intervjuguiden, utarbeidet vi en forkortet versjon som vi sendte på mail til informantene i forkant av intervjuene. På denne måten kunne informantene tenke igjennom temaet, og være noe forberedt på hva spørsmålene omhandlet. Vi mener at dette bidro til at informantene gav oss gode og fylldige svar. Den samme intervjuguiden ble benyttet i alle intervjuene, men noen endringer ble gjort mellom første og andre intervju. I likhet med Malterud ser vi dette som en fordel, da fokuset konsentreres etter hvert som forskeren lærer mer om datamaterialet (2018, s. 134). Dette kan ha bidratt til at de to siste intervjuene ble noe kortere enn det første.

I datainnsamlingen gjennomførte vi de tre semistrukturerte intervjuene via digital videosamtale i Zoom. Dette gjorde at vi raskt fikk avtalt tidspunkt for intervjuene, som videre gav oss bedre tid til analyseprosessen. Det kan ses på som en svakhet at vi ikke hadde mulighet til å observere informantenes kroppsspråk i samme grad som ved et fysisk møte. Likevel gjorde videosamtalen det mulig for oss å oppfatte ansiktsuttrykk og mimikk underveis. En fordel var at vi begge hadde tidligere erfaring med Zoom, som gjorde oss

trygge i bruken. Enkelte ganger opplevde vi at informantene hadde problem med internettilkoblingen, noe som medførte at de måtte gjenta seg. Dette skjedde imidlertid bare i korte perioder. Vi er klar over at dette kan ha påvirket det opprinnelige meningsinnholdet i noen grad, men vår vurdering er at det ikke har fått stor betydning for datamaterialet.

5.2.4 Transkribering og bearbeiding av data

Vi delte intervjuene i to og transkriberte det hver for oss. Vi ser i etterkant at det kunne vært en fordel at begge transkriberte hele intervjuet. Likevel fikk begge et godt innblikk i materialet, da vi leste gjennom den sammensatte transkripsjonen samtidig som vi hørte gjennom lydopptaket på nytt. Slik kunne vi i best mulig grad fange opp det som ble formidlet, samtidig som vi rettet opp i eventuelle feil. At vi transkriberte ord-for-ord, gav oss en unik nærhet til materialet. Vi kunne imidlertid gjort teksten mer leservennlig ved å fjerne småord, gjentakelser og lignende, uten at meningsinnholdet hadde blitt borte.

En fordel med vår analyse, er at vi benyttet den velskrevne analysemetoden, STC, som er utviklet for uerfarne forskere (Malterud, 2018, s. 91). Ved å følge trinnene i STC ble analyseprosessen gjennomført på en systematisk og overkommelig måte. I likhet med Malterud ser vi det som en fordel at vi var to som skrev oppgaven sammen, da vi i fellesskap oppdaget flere detaljer enn om vi hadde vært alene (2018, s. 100). Vi brukte mye tid på å diskutere og justere våre hovedtemaer og subgrupper underveis i analysen.

5.2.5 Forforståelse

Ved å skrive ned vår forforståelse før vi startet datainnsamlingen, ble vi bevisst på våre perspektiver, erfaringer og hypoteser. Vi forsøkte å unngå at dette overdøvet budskapet i materialet. Forforståelsen er preget av vår rolle som fysioterapistudenter, og dette har trolig påvirket temavalg, utforming av intervjuguide og datainnsamlingen (Malterud, 2018, s. 44). Vi hadde lite personlig erfaring med behandling av pasientgruppen. Dette kan ha gjort oss mer åpne for flere innfallsvinkler. Likevel kan forventningene våre ha påvirket prosjektet i noen grad, gjennom for eksempel måten vi stilte oppfølgingsspørsmål på. Vi forsøkte å ivareta vår refleksivitet ved å ha et bevisst forhold til betydningen av vår posisjon, samt være klar over at vi aldri kan være helt objektiv i forskningsprosessen (Malterud, 2018, s. 21).

Våre funn viste seg å samsvare med noe av det som ble presentert i vår forforståelse. Det stemte overens med våre forventninger at trening og andre aktive intervensjoner ble vektlagt. Variasjonsbredden i hvilke behandlingstiltak som ble benyttet var imidlertid mindre enn først antatt. Vår forståelse og innsikt i temaet har endret seg i løpet av arbeidsprosessen. Vi fikk blant annet et bredere syn på at tiltak vi tidligere har sett på som passive, også kan oppfattes som aktive, dersom kroppsbevissthet, tilstedeværelse og kommunikasjon vektlegges.

5.2.6 Overførbarhet og pålitelighet

På bakgrunn av prosjektets begrensninger og tilgjengelige ressurser, vil oppgaven vanskelig kunne direkte overføres til klinisk praksis. Kun tre informanter ble inkludert, og dermed vil funnene ikke nødvendigvis være representativ for hele fagfeltet. En styrke ved utvalget, var at de hadde ulik etterutdannelse og bakgrunn. Likevel ser vi at mange av våre funn kan underbygges av teori, noe som gjør at en viss overførbarhet kommer til uttrykk. Vi er innforstått med at funnene kunne sett annerledes ut dersom andre informanter hadde blitt intervjuet. En styrke ved metoden vi valgte, var at den er brukervennlig, og stiller ikke krav til tidligere erfaring med forskning (Malterud, 2018, s. 97).

Gjennom prosessen har vi forsøkt å utvikle motforestillinger og argumenter, ved å se våre beslutninger og tolkninger opp mot alternative muligheter. Dette kalles refleksivitet (Malterud, 2018, s. 19). Samtidig har vi prøvd å være bevisst vår egen rolle i prosessen. Ved å kritisk og systematisk gjennomgå fremgangsmåten, har vi forsøkt å gjøre prosessen transparent. Vi er klar over at styrker og svakheter ved metoden, samt vår forforståelse, motivasjon og forestillinger, påvirker validitet og reliabilitet. På bakgrunn av dette har vi forsøkt å tydeliggjøre våre valg, være kritisk og stille spørsmål underveis.

6.0 Konklusjon

Hensikten med oppgaven var å belyse hva ulike fysioterapeuter vektlegger i sin behandling av pasienter med langvarige uspesifikke nakkesmerter. Målet var å fremheve hvilke behandlingstiltak de vektla, og hvilke andre forhold de mente var sentrale i behandlingen.

Våre funn viser at de tre fysioterapeutene vi har intervjuet, vektlegger øvelsesbehandling som tiltak for denne pasientgruppen. De er opptatt av å øke pasientens aktivitetsnivå, for å skape en endring. Videre vektlegger de samtale i stor grad. Samtale benyttes for å skape en god relasjon, avklare forventninger og at pasientene skal oppleve å bli tatt på alvor.

Meningskaping fremgår som et sentralt aspekt, for at pasienten skal få en større forståelse for sin egen situasjon og sine smerter. Fysioterapeuten skaper mening gjennom forklaring, samtale om smerteopplevelsen og mekanismene bak, samt kroppsbevissthet. Målet med tiltakene er at pasientene skal oppnå bedre funksjon og håndtering av smertene.

Litteraturliste

- Ahlsen, B. (2014, november 17). *Veier til ny innsikt eller reproduksjon av kjønns spesifikke myter? Biopsykososiale perspektiver på kroniske smerter*. Fysioterapeuten.
<https://www.fysioterapeuten.no/veier-til-ny-innsikt-eller-reproduksjon-av-kjonns-spesifikke-myter-biopsykososiale-perspektiver-pa-kroniske-smerter/123018>
- Axelsen, E. D. (2014, januar 25). Meningsskaping – en diamant i psykoterapi. *Psykologisk.no*.
<https://psykologisk.no/2014/01/menings-skaping-en-diamant-i-psykoterapi/>
- Brodal, P. (2013). *Sentralnervesystemet* (5. utg.). Universitetsforlaget.
- Brosseau, L., Wells, G. A., Tugwell, P., Casimiro, L., Novikov, M., Loew, L., Sredic, D., Clément, S., Gravelle, A., Hua, K., Kresic, D., Lakic, A., Ménard, G., Côté, P., Leblanc, G., Sonier, M., Cloutier, A., McEwan, J., Poitras, S., ... Cohoon, C. (2012). Ottawa panel evidence-based clinical practice guidelines on therapeutic massage for neck pain. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 16(3), 300–325. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2012.04.001>
- Bussièrès, A. E., Stewart, G., Al-Zoubi, F., Decina, P., Descarreaux, M., Hayden, J., Hendrickson, B., Hincapié, C., Pagé, I., Passmore, S., Srbely, J., Stupar, M., Weisberg, J., & Ornelas, J. (2016). The treatment of neck pain–associated disorders and whiplash-associated disorders: A clinical practice guideline. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 39(8), 523-564.e27. <https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2016.08.007>
- Börjesson, M., Mannerkorpi, K., Knardahl, S., Karlsson, J., & Mannheimer, C. (2009). Aktivitetshåndboken Fysisk aktivitet i forebygging og behandling. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/aktivitetshandboken>
- Corp, N., Mansell, G., Stynes, S., Wynne-Jones, G., Morsø, L., Hill, J. C., & van der Windt, D. A. (2021). Evidence-based treatment recommendations for neck and low back pain across Europe: A systematic review of guidelines. *European Journal of Pain*, 25(2), 275–295.
<https://doi.org/10.1002/ejp.1679>

- Côté, P., Wong, J. J., Sutton, D., Shearer, H. M., Mior, S., Randhawa, K., Ameis, A., Carroll, L. J., Nordin, M., Yu, H., Lindsay, G. M., Southerst, D., Varatharajan, S., Jacobs, C., Stupar, M., Taylor-Vaisey, A., van der Velde, G., Gross, D. P., Brison, R. J., ... Salhany, R. (2016). Management of neck pain and associated disorders: A clinical practice guideline from the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMa) Collaboration. *European Spine Journal*, 25(7), 2000–2022. <https://doi.org/10.1007/s00586-016-4467-7>
- Ekeland, T.-J., & Heggen, K. (2007). *Meistring og myndiggjøring—Reform eller retorikk?* Gyldendal.
- Folkehelseinstituttet. (2018, mai 14). *Helsetilstanden i Norge 2018. Folkehelse rapporten – kortversjon*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2018/fhr-2018/>
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 581. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581>
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). *The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions*. - PsycNET. <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0033-2909.133.4.581>
- Guzman, J., Haldeman, S., Carroll, L. J., Carragee, E. J., Hurwitz, E. L., Peloso, P., Nordin, M., Cassidy, J. D., Holm, L. W., Côté, P., van der Velde, G., & Hogg-Johnson, S. (2008). Clinical Practice Implications of the Bone and Joint Decade 2000–2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders: From Concepts and Findings to Recommendations. *Spine*, 33(4S), S199. <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e3181644641>
- Gyllensten, A. L., Skär, L., Miller, M., & Gard, G. (2010). Embodied identity—A deeper understanding of body awareness. *Physiotherapy Theory and Practice*, 26(7), 439–446. <https://doi.org/10.3109/09593980903422956>
- Harris, G. R., & Susman, J. L. (2002). Managing musculoskeletal complaints with rehabilitation therapy: Summary of the Philadelphia Panel evidence-based clinical practice guidelines on musculoskeletal rehabilitation interventions. *The Journal of Family Practice*, 51(12), 1042–1046. https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/Document/September-2017/5112JFP_SpecialArticle.pdf

Helsedirektoratet. (2014, januar 13). 3.1 Kroniske nakkesmerter—Nasjonal faglig retningslinje for bildediagnostikk ved ikke-traumatiske muskel- og skjelettlidelser. Anbefalinger for primærhelsetjenesten.

<https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/bilediagnostikk/nakke/kroniske-nakkesmerter>

Helsedirektoratet. (2018, desember 3). *Om læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten*.

Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/laering-og-mestring-i-helse-og-omsorgstjenesten/om-laering-og-mestring-i-helse-og-omsorgstjenesten>

Hogg-Johnson, S., van der Velde, G., Carroll, L. J., Holm, L. W., Cassidy, J. D., Guzman, J., Côté, P., Haldeman, S., Ammendolia, C., Carragee, E., Hurwitz, E., Nordin, M., & Peloso, P. (2008). The burden and determinants of neck pain in the general population. *European Spine Journal*, 17(1), 39–51. <https://doi.org/10.1007/s00586-008-0624-y>

Hoy, D., March, L., Woolf, A., Blyth, F., Brooks, P., Smith, E., Vos, T., Barendregt, J., Blore, J., Murray, C., Burstein, R., & Buchbinder, R. (2014). The global burden of neck pain: Estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 73(7), 1309–1315. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2013-204431>

IASP. (2020, juli 16). IASP Announces Revised Definition of Pain. *International Association for the Study of Pain (IASP)*. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>

Kristiansen, I., & Ekerholt, K. (2022). *Fra kaos til sammenheng og mening: Pasienterfaringer med norsk psykomotorisk fysioterapi*. <https://www.fysioterapeuten.no/fagfelleverdert-fysioterapi-psykomotorisk-fysioterapi/fra-kaos-til-sammenheng-og-mening-pasienterfaringer-med-norsk-psykomotorisk-fysioterapi/141026>

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), 79–86. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-099878>

Ljoså, T. M., & Rustøen, T. (2007). Kronisk smerte, lidelse og håp. I *Å leve med kronisk sykdom—En varig kursending* (2. utg.). Cappelen akademisk forlag.

Lærum, E., Brox, J. I., & Storheim, K. (2007). *Nasjonale kliniske retningslinjer Korsryggsmerter—Med og uten nerverotaffeksjon*. Sosial- og helsedirektoratet, FORMI.

<https://www.manuellterapi.no/wp-content/uploads/2017/05/Nasjonale-kliniske-retningslinjer-for-korsryggsmerter-med-og-uten-nerverotaffeksjon.pdf>

Løchting, I. (2022). Sykdomsforståelse og mestring ved kronisk sykdom. *Fysioterapeuten*.

<https://www.fysioterapeuten.no/fagkronikk-muskel-og-skjelettplager-revmatisme/sykdomsforstaelse-og-mestring-ved-kronisk-sykdom/142325>

Magnusson, S., & Mannheimer, C. (2015). *Långvarig smärta*. Studentlitteratur.

Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.

McCaffery, M., & Beebe, A. (1998). *Smerter* (2. utg.). Ad Notam Gyldendal.

Nakke-, ryggsmerter | Legemiddelhåndboka. (2016).

<https://www.legemiddelhandboka.no/T17.3.1.2/Nakke%E2%80%91, ryggsmerter>

NFF. (2012, desember 12). *Hva er fysioterapi? - Utdypet*. Norsk Fysioterapeutforbund.

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

Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering. (2021). Veileder i fysikalsk medisin og rehabilitering, 2022. I *Helsebiblioteket*. Den norske legeforening.

<https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/fysikalsk-medisin/nakke-og-rygg/dagens-evidens-og-videre-utvikling>

Regjeringen. (2004). *Rammeplan for fysioterapiutdanning*.

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/ufd/pla/2003/0002/ddd/pdfv/21588-6-rammeplan_fysio_23.06.04_ny.pdf

Son, H., Friedmann, E., Thomas, S. A., & Son, Y.-J. (2016). Biopsychosocial predictors of coping strategies of patients postmyocardial infarction. *International Journal of Nursing Practice*, 22(5), 493–502. <https://doi.org/10.1111/ijn.12465>

Sundell, T. (2020, juni 11). *Sykefravær—Statistikknotater*. nav.no. <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/sykefravar/sykefravar-statistikknotater>

Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiv på praksis i helsetjenesten* (2. utg.). Gyldendal akademisk.

Thornquist, E., & Bunkan, B. H. (1986). *Hva er psykomotorisk behandling?* Universitetsforlaget.

Treede, R.-D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., Smith, B. H., ... Wang, S.-J. (2015). A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*, 156(6), 1003–1007. <https://doi.org/10.1097/j.pain.000000000000160>

Verhagen, A. P. (2021, mai 11). *Physiotherapy management of neck pain | Elsevier Enhanced Reader*. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2020.12.005>

Vedlegg 1: Forespørsel om deltagelse

Vil du delta i bachelorprosjektet

«Fysioterapibehandling for pasienter med langvarige uspesifikke nakkesmerter»?

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

Formål

Dette prosjektet vil utgjøre bacheloroppgave i fysioterapi ved Høgskulen på Vestlandet, i Bergen. Formålet med oppgaven er å undersøke hva fysioterapeuter vektlegger i sin undersøkelse og behandling av pasienter med langvarige uspesifikke nakkesmerter. I oppgaven vil vi belyse likheter og forskjeller hos flere fysioterapeuter med ulike etterutdanninger, i møte med pasientgruppen.

Prosjektets problemstilling er: *“Hva vektlegger fysioterapeuter i behandling av pasienter med langvarige uspesifikke nakkesmerter?”*

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

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskulen på Vestlandet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du spørres om å delta i prosjektet fordi du er fysioterapeuter og har erfaring med pasienter med langvarige uspesifikke nakkesmerter.

Hva innebærer det for deg å delta?

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

- *«Kan du fortelle hvilken utdanning/spesialisering du har, og om hvilken bakgrunn/erfaring du har som fysioterapeut?»*
- *«Kan du fortelle litt om dine erfaringer med pasienter med langvarige uspesifikke nakkesmerter?»*
- *«Hva legger du mest vekt på i undersøkelsen av pasientgruppen?»*
- *«Hvilke behandlingstiltak legger du mest vekt på i møte med pasientgruppen?»*

Det vil ta deg ca. 30-60 min. Vi tar lydopptak og notater fra intervjuet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket

tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

Lydopptaket vil lagres i passordbeskyttet pc, og slettet etter transkripsjon. Navn og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres innelåst og adskilt fra øvrige data. Ingen vil kunne gjenkjenne deg i den skriftlige teksten.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres i bacheloroppgaven, alle andre data slettes når bacheloroppgaven godkjennes (senest ved utgangen av august 2022).

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Bacheorstudent: *(fjernet)*
- Veileder: *(fjernet)*
- Høgskulen på Vestlandet ved prosjektansvarlig: *(fjernet)*
- Vårt personvernombud: *(fjernet)*

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

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

Med vennlig hilsen

(Veileder og lærer ved fysioterapeututdanningen)

(Student)

Vedlegg 2: Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*fysioterapibehandling for pasienter med langvarige uspesifikke nakkesmerter*» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato

Vedlegg 3: Intervjuguide

Intervjuguide

Problemstilling:

“Hva vektlegger fysioterapeuter i behandling av pasienter med langvarige uspesifikke nakkesmerter?”

Innledende spørsmål:

Spørsmål 1 stilles før lydopptak settes på.

1. Kan du fortelle litt om din bakgrunn som fysioterapeut?
 - Hvilken utdanning har du?
 - Hvilken videreutdanning/spesialisering/kursing har du?
 - Hvor lenge har du jobbet som fysioterapeut?
2. Kan du fortelle litt om hvordan du jobber som fysioterapeut i dag?
 - Hvilke pasientgrupper ser du mest av i din praksis?
3. Omtrent hvor mange pasienter med langvarige uspesifikke nakkesmerter ser du i løpet av en måned?

Tilnærming og erfaring med pasientgruppen:

1. Hvordan forstår du begrepene i “langvarige uspesifikke nakkesmerter”?
2. Hva er dine erfaringer med denne pasientgruppen?
 - Hvordan er kjønnsfordelingen i møte med pasientgruppen?
 - Hvor lenge varer som oftest et behandlingsforløp, før du avslutter eller evt. henviser videre?
 - Opplever du at de fleste blir kvitt smertene sine etter endt fysioterapibehandling, eller har pasientene fortsatt smerter etter å ha gått til deg?
3. Hvilke forventninger opplever du at pasientene har til fysioterapien?
4. Hvordan vil du beskrive din tilnærming til pasientgruppen?

Undersøkelse og behandling:

1. Hvordan vil du beskrive din tilnærming til pasientgruppen?
2. Hva legger du mest vekt på i undersøkelsen av pasientgruppen?
3. Hvilke funn er avgjørende for valg av behandlingstiltak?
4. Hvilke behandlingstiltak vektlegger du mest i møte med denne pasientgruppen?

- Hvilke tiltak erfarer du at har best effekt?
 - Hvilke har mindre effekt?
 - Bruker du undervisning som en del av behandlingen?
 - Hvor mye vektlegger du samtale i behandlingen?
 - Kan du gi eksempler på noen av de vanligste utfordringene knyttet til denne pasientgruppen?
5. I hvor stor grad vektlegger du forskning, erfaringer og pasienten ønsker, når du velger behandlingstiltak?
 6. Hvilke faktorer ser du på som sentrale for å skape et vellykket behandlingsforløp?
 7. Har din tilnærming til pasientgruppen endret seg etter at du tok videreutdanning/spesialisering/kurs?
 8. Kan du beskrive et pasienteksempel?
 - Nevn gjerne et eksempel som har vært vellykket, og et som har vært mindre vellykket.

Avsluttende spørsmål:

1. Hvis du skulle trekke frem de tre viktigste tingene vi har snakket om, hva ville det vært?
2. Er det noe du ville spurt om som vi ikke har tatt med?
3. Er det noe du ønsker å utdype eller legge til?
4. Kan vi kontakte deg igjen i etterkant, om det skulle være aktuelt?