



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

FYS390-O-2023-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	01-05-2023 00:00 CEST	<b>Termin:</b>	2023 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	15-05-2023 14:00 CEST	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 FYS390 1 O 2023 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	232
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7985
----------------------	------

**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

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	30
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	220

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

## Fibromyalgi – den usynlige sykdommen

En kvalitativ studie om fysioterapeuters erfaringer

## Fibromyalgia – the invisible disease

A qualitative study about physiotherapists experiences

### Kandidatnummer 220 og 232

Bachelor i fysioterapi

Fakultet for helse og sosialvitenskap

Høgskulen på Vestlandet

15.05.2023

Antall ord: 7985

Vi 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, § 12-1.

## *Sammendrag*

### **Tittel**

*Fibromyalgi – den usynlige sykdommen. En kvalitativ studie om fysioterapeuters erfaringer.*

### **Hensikt**

Hensikten med studien er å få innblikk i fysioterapeuters behandlingstilnæringer og deres erfaringer med pasienter med fibromyalgi.

### **Problemstilling**

*Hvilke tilnæringer har fysioterapeuter for å bidra til økt livskvalitet hos pasienter med fibromyalgi?*

### **Metode**

Det ble brukt en kvalitativ metode med semistrukturerte intervju for å forsøke å svare på problemstillingen. Tre intervju med fysioterapeuter ble gjennomført med en varighet på 30–60 minutter. En intervjuguide ble benyttet under intervjuene. Det ble gjennomført en ordrett transkribering kort tid etter gjennomføring av intervjuene. Dataene ble til slutt analysert ved å bruke Malteruds systematiske tekstkondensering

### **Resultat**

Det kom frem at å legge til rette for endring, bruke ulike fysioterapeutiske tiltak og se pasientens plager gjennom et helhetlig perspektiv var de viktigste behandlingstilnærmingene for å oppnå et mål om økt livskvalitet. Kommunikasjon gjennom å lytte og forstå og informasjonsgivning ved for eksempel pasientopplæring, var viktige komponenter for å gi pasientene mulighet til å endre på mønstre som påvirket livskvaliteten i negativ retning. Trening ble trukket frem som et langsiktig mål i behandlingen, men andre tiltak slik som massasje og avspenningsteknikker kunne iverksettes for økt kroppsbevissthet. Dette var avhengig av hvor i forløpet pasientene var.

### **Konklusjon**

Ifølge informantene ble kommunikasjon og informasjon brukt aktivt for å skape en arena for pasientene med mulighet for endring og økt livskvalitet. Trening ble sett på som et langsiktig mål, men veien dit var ofte preget av andre tiltak med mål om å skape positive erfaringer i kroppen. Å ta i bruk et helhetlig perspektiv i behandlingen av pasientgruppen var av stor nytte for å ivareta sammensatte behov knyttet til pasientenes livskvalitet. Et slikt perspektiv innebar i flere tilfeller samarbeid med andre yrkesgrupper. Effekten av tiltakene informantene brukte kan med fordel defineres videre for å gjøre fysioterapeuter mer rustet til å møte pasientgruppen.

*Abstract***Title**

Fibromyalgia – the invisible disease. A qualitative study of physiotherapists experiences.

**Purpose**

The purpose of this study is to gain insight in physiotherapists treatment approaches and their experience in patients with fibromyalgia.

**Research question**

Which approaches do physiotherapists have to contribute to increased quality of life in patients with fibromyalgia?

**Method**

A qualitative method with semistructured interviews were used to try an answer the research question. Three interviews with educated physiotherapists were conducted with a duration of 30–60 minutes. A prepared interview guide was used as a tool during the interviews. A verbatim transcription was conducted shortly after the interviews. The data was at last analyzed by using Malteruds systematic text condensation.

**Results**

The results present the informants experiences, opinions, and views of treatment for the patient group. It emerged that facilitating change, using physiotherapeutic treatment, and seeing the patients´ problems through a holistic perspective, was the most important treatment approaches for achieving a goal of increased quality of life. There was a common understanding that communication through listening, understanding, and giving information through patient education were important components to give patients an opportunity to change patterns that affected their quality of life in negative direction. Exercise was highlighted as a long-term goal, but other interventions such as massage and relaxation techniques could be implemented for increased body awareness. This was completely dependent of where in the course the patients were.

**Conclusion**

According to the informants, communication and information was used actively to create an arena for the patients with possibility for change and increased quality of life. Exercise was seen as a long-term goal, but to get there, other interventions was often used to create positive experiences in the body. Using a holistic perspective in the treatment of the patient group was a great benefit for taking care of the complex needs associated with the patients´ quality of life. A holistic perspective involved in several cases collaboration with other professions. The effect of the interventions used by the informants can be further defined to make physiotherapists more equipped to treat the patient group.

## Forord

Gjennom denne bacheloroppgaven har vi tilegnet oss mye kunnskap om et tema som var relativt ukjent for oss begge. Det har vært en lang prosess med mange tanker, ideer og ikke minst diskusjoner. Dette har formet erfaringer og meninger som vi vil kunne anvende i arbeidslivet.

Vi vil takke våre informanter for deres bidrag og ekspertise på området og for at de gjorde det mulig for oss å utarbeide et lærerikt prosjekt. Veileder fortjener en stor takk for høyt engasjement og gode tilbakemeldinger. Til slutt ønsker vi å takke hverandre for et samarbeid preget av latter, frustrasjon, effektive og ikke fullt så effektive dager og ikke minst tiden vi har fått på Høgskulen på Vestlandet.

## INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1 Introduksjon.....</b>	<b>6</b>
1.1 Tema, bakgrunn og problemstilling .....	7
<b>2 Teori.....</b>	<b>8</b>
2.1 Livskvalitet .....	8
2.2 Anbefalte tiltak for håndtering og behandling av FM.....	8
2.3 Person- og pasientsentrert tilnærming og kommunikasjon.....	9
2.4 Empowerment .....	10
<b>3 Metode .....</b>	<b>12</b>
3.1 Valg av forskningsmetode – en kvalitativ metode .....	12
3.2 Semistrukturerte intervju .....	12
3.3 Bearbeiding av data .....	13
3.4 Utvalg.....	13
3.5 Rekruttering .....	13
3.6 Intervjuguide .....	13
3.7 Etisk vurdering.....	14
3.8 Analyseprosess.....	14
3.9 Forforståelse.....	17
<b>4 Resultat .....</b>	<b>18</b>
4.1 Legge til rette for endring .....	18
4.1.1 Kommunikasjon som et verktøy i behandlingen.....	19
4.1.2 Selvstendigjøring av pasienten gjennom informasjon .....	19
4.2 Individualiserte tiltak .....	20
4.2.1 Trening er alltid målet .....	20
4.2.2 Fokus på økt kroppsbevissthet ved valg av tiltak .....	21
4.3 Sammensatte lidelser krever helhetlig tilnærming.....	22
<b>5 Diskusjon.....</b>	<b>23</b>
5.1 En fysioterapeut som legger til rette for endring .....	23
5.1.1 Betydningen av kommunikasjon.....	23
5.1.2 God informasjon for selvstendigjøring av pasienten .....	24
5.2 Individualiserte tiltak .....	25
5.2.1 Trening er alltid målet .....	25
5.2.2 Økt kroppsbevissthet gjennom en kombinasjon av tiltak .....	26
5.3 Sammensatte lidelser krever helhetlig tilnærming.....	27
5.4 Metodediskusjon.....	28
5.4.1 Valg av metode.....	28
5.4.2 Valg av informanter.....	28
5.4.3 Intervjuprosessen .....	28
5.4.4 Bearbeiding av data.....	29

<b>6 Konklusjon</b> .....	<b>31</b>
<b>Referanseliste</b> .....	<b>32</b>
<b>Vedlegg</b> .....	<b>36</b>
Vedlegg 1: Samtykkeskriv .....	36
Vedlegg 2: Intervjuguide .....	40
Vedlegg 3: Transkripsjon av intervju 1 .....	42
Vedlegg 4: Transkripsjon av intervju 2 .....	60
Vedlegg 5: Transkripsjon av intervju 3 .....	70

**Tabelloversikt:**

Tabell 1: Analyseprosessen

s. 16 – 17

Tabell 2: Presentasjon av informanter

s. 17 – 18



## 1 Introduksjon

Fibromyalgi (FM) er en kronisk smertetilstand med variert forekomst på mellom 0,2 og 6,6% i den generelle befolkningen (Marques et al., 2017). Vanlige kjennetegn på FM er utbredte muskelskjelettsmerter og økt følsomhet for berøring, ofte assosiert med andre symptomer som utmattelse, søvnplager, hodepine, angst og depresjon (Antunes & Marques, 2022). Felles for pasientene som lider av FM, er en betydelig påvirkning på en rekke aspekter knyttet til livskvalitet (Choy et al., 2010).

Etiologien bak FM er ukjent, mens patogenesen relateres til hypersensitivitet i sentralnervesystemet grunnet endringer i sentrale smertemodulasjonsmekanismer. Dette medfører at pasientene ofte opplever ulike former for stimuli som mer smertefullt og intensivt enn hva friske personer gjør (Chinn et al., 2016). Staud og Smitherman (2002) viste at det hos pasienter med FM er en endring av ulike reseptorer som spiller en aktiv rolle i nociceptive systemer i hud og muskler. I samme studie kommer det frem at betennelse og nervevekstfaktorer stimulerer reseptorer som kan forårsake endringer i smertefølsomhet uten inflammatoriske lesjoner. Det poengteres likevel at den avvikende nociceptive prosesseringen ikke kan forklare kompleksiteten i plagene som blir rapportert av pasienter med FM.

Kriteriene for diagnostisering av FM er i dag basert på tilstedeværelse av symptomer og alvorlighetsgraden av disse. I tråd med reviderte retningslinjer av Wolfe og kolleger (2016), kan FM diagnostiseres hos voksne når følgende kriterier er møtt: (1) Generalisert smerte, definert som smerte i minst 4 av 5 kroppsregioner, er til stede. (2) Symptomer har vært til stede på et lignende nivå i minst 3 måneder. (3) Widespread pain index (WPI)  $\geq 7$  og symptom severity scale (SSS) scorer  $\geq 5$ , eller WPI på 4-6 og SSS på  $\geq 9$ , og (4) en diagnose av FM er valid uavhengig av andre diagnoser, og ekskluderer ikke andre klinisk viktige sykdommer.

Gjeldende anbefalinger fremhever at primærbehandling av FM bør inkludere pasientopplæring og ikke-farmakologiske intervensjoner gjennom gradvis tilnærming med forbedret livskvalitet som mål (Macfarlane et al., 2016). Blant de støttede behandlingsformene inkluderes flere fysioterapeutiske ressurser, essensielle for individer som er berørt av FM.

## 1.1 Tema, bakgrunn og problemstilling

Vi opplever at temaet FM er forbundet med usikkerhet blant både fysioterapeuter og medstudenter, og vi ønsker derfor å få større innblikk i hvordan ulike fysioterapeuter arbeider med denne pasientgruppen i praksis. Vårt mål er å få en bred forståelse av deres tilnærming i behandlingen, og hvordan de bruker sin rolle for å bidra til økt livskvalitet hos sine pasienter. Tilnærming vil si å ta opp kampen, prøve å gjøre noe med situasjonen, gå inn i den, være aktiv og problemløsende (Lærum, 2005, s. 39). Ved å få et innblikk i fysioterapeutenes tilnærming, er målet å få informasjon om hvordan de forholder seg til pasientene og hvilke verktøy de bruker for å lykkes best mulig i behandlingen. Vi har derfor formulert følgende problemstilling;

*Hvilke tilnærminger har fysioterapeuter for å bidra til økt livskvalitet hos pasienter med fibromyalgi?*

## 2 Teori

### 2.1 Livskvalitet

Verdens helseorganisasjon (WHO) (u.å.) definerer livskvalitet som følgende: «Individens oppfatning av sin posisjon i livet i sammenheng med kulturen og verdssystemene de lever i og i forhold til deres mål, forventninger, standarder og bekymringer. Det er et bredt konsept som på en kompleks måte inkorporerer personens fysiske helse, psykologiske tilstand, grad av uavhengighet, sosiale relasjoner, personlig tro og deres forhold til fremtredende trekk ved miljøet». Cai og kollegaer (2021) påpeker at et mål i behandling bør være forbedret livskvalitet for pasienten, og ikke bare fravær av sykdom eller symptomlindring. En terapeutisk tilnærming bør baseres på pasientenes perspektiver fremfor instrumentale eller laboratoriske funn. Et mål på pasientenes livskvalitet og velvære etter behandling er avgjørende for å forstå effekten av ulike intervensjoner.

En spørreundersøkelse av Choy og kollegaer (2010) samlet svar fra 800 pasienter med FM fra åtte ulike land om tilstandens påvirkning på deres liv. Opplevelse og grad av symptomer, påvirkning på arbeid, utgifter, og ulike aspekter ved livet ble kartlagt og gradert. Omfanget av forstyrrelser i deres generelle livskvalitet for hvert av de opplevde symptomene ble vurdert på en skala fra 1-5, der 1 = ikke forstyrrende i det hele tatt, og 5 = ekstremt forstyrrende. Alle symptomene ble vurdert til å være svært eller ekstremt forstyrrende blant over halvparten av pasientene. Over 20 % av pasientene vurderte kronisk utbredt smerte, hodepine, leddsmarter, korsryggsmerter, søvnproblemer, stivhet, økt følsomhet for berøring og følelser av depresjon som ekstremt forstyrrende (5, maksimal score). Blant alle rapporterte symptomer i de ulike landene var gjennomsnittlig score lignende, og varierte mellom 3,6 til 4,0. Samme scoringssystem ble brukt for å kartlegge diagnosens påvirkning på pasientenes totale livskvalitet ved å se på sentrale aspekter i livet. Dette fikk en gjennomsnittlig score på 3,9 som indikerer sterk påvirkning (Choy et al., 2010).

### 2.2 Anbefalte tiltak for håndtering og behandling av FM

Macfarlane og kollegaer (2016) utformet evidensbaserte anbefalinger for håndtering og behandling av FM. Hensikten var å utforme solide vitenskapelige anbefalinger, underbygget av metaanalyser og anmeldelser av høy kvalitet. Evaluering av smerte, utmattelse, søvn og daglig funksjon blant pasientene var hovedfaktorene av interesse i analysen. Første del av

anbefalingene inkluderte pasientopplæring, informasjon, og fysisk trening gjennom individualisert fysioterapi, eventuelt i kombinasjon med andre ikke-farmakologiske tiltak. Ved utilstrekkelig effekt bør ytterligere terapier tilpasses de spesifikke behovene til pasientene og kan omfatte psykologisk terapi, legemiddelterapi og/eller et multimodalt rehabiliteringsprogram.

En metaanalyse av Sosa-Reina og kollegaer (2017) indikerer at trening har stor effekt på økt velvære og livskvalitet, redusert smerte og mindre depresjonssymptomer blant pasienter med FM. Resultatene tydet på at styrke- og utholdenhetstrening var de mest effektive treningsformene for å redusere smerte. Tøying og utholdenhetstrening ga størst forbedringer ved måling av helserelatert livskvalitet, mens en kombinasjon av treningsformer var mest effektivt for å redusere depresjon. Macfarlane og kollegaer (2016) trekker frem meditativ bevegelse, akupunktur, hydroterapi og massasje-terapi som eksempler på ikke-farmakologiske tiltak som ofte kombineres med fysisk trening. Det trengs imidlertid en større klarhet i hvordan og for hvem intervensjonene kan iverksettes på best mulig måte, samt effekten av tiltakene i kombinasjon med hverandre og organisering i helsesystemet for å optimalisere effekten (Macfarlane et al., 2016).

Dersom de nevnte tiltakene skulle vise begrenset effekt, presiserer Macfarlane og kollegaer (2016) behovet for en revurdering av pasientenes situasjon med tilpasset, individuell behandling inkludert ytterligere terapier som psykologisk terapi, farmakologiske tiltak og sammensatt rehabiliteringsprogram. I disse tilfellene vil det være økt behov for oppfølging med tverrfaglig fokus gjennom samarbeid med andre yrkesgrupper.

### 2.3 Person- og pasientsentrert tilnærming og kommunikasjon

McCormack og kollegaer (2021, s. 14–15) forklarer at personsentrering er stadig mer brukt i helsefaglige diskurser og omhandler et ønske om å plassere personen i sentrum av beslutningstakingen. Respekt for personlighet, autentisk væremåte, delt autonomi, gjensidig respekt og forståelse, terapeutisk omsorg og helhetlig helse er noen av kjerneverdiene i personsentrert praksis. Vi er alle personer, og verdiene i en personsentrert tilnærming må derfor gjelde for oss alle, uavhengig av kontekst. Det blir formidlet at det likevel er ulike variasjoner og assosiasjoner av konseptet, som pasient-, klient-, familie -og relasjonssentrert tilnærming, og disse har betydning for operasjonaliseringen av begrepet i praksis. En systematisk oversiktsartikkel av Wijma og kollegaer (2017) presenterer pasientsentrering i

fysioterapi som et rammeverk med flere nært beslektede temaer. Individualitet, kommunikasjon, målsetting og støtte, samt de sosiale egenskapene til en pasientsentrert fysioterapeut var eksempler på sentrale komponenter i en slik tilnærming.

Ifølge Masi og kollegaer (2002) vil både personsentrert tilnærming og et biopsykososialt perspektiv kunne bidra til å rasjonalisere kompleksiteten og mangfoldet til mekanismene som påvirker pasienter med FM. Borrell-Carrío og kollegaer (2004) presenterer hva den biopsykososiale modellen innebærer ved å gjenfortelle George Engel sine meninger rundt modellen. Engel mente at dersom klinikere ønsket å reagere adekvat og forstå pasientene sine lidelser måtte man ta hensyn til biologiske, psykologiske og sosiale dimensjoner. Engel presenterte dermed et helhetlig alternativ til den biomedisinske modellen. På bakgrunn av at pasienter med FM har ulik funksjon og symptomer mener Masi og kollegaer (2002) at det er nødvendig å benytte personsentrerte og biopsykososiale perspektiv.

Felles for de ulike punktene som ligger til grunn for pasientsentrert tilnærming er behovet for kommunikasjon mellom terapeut og pasient. Personorientert kommunikasjon har mange aspekter, der det sentrale er å oppnå en forståelse av hva som er viktig for hver enkelt pasient i den aktuelle situasjonen (Eide & Eide, 2017, s. 16).

En tanke om at pasienten selv vet best hvor skoen trykker, men også hva som er deres personlige helseprosjekt, målsetninger og verdier, vil være med å skape en forståelse for personens private kontekst. Verdier og prioriteringer blant pasienter kan være svært forskjellige, og det er derfor en viktig oppgave å finne ut hva som oppleves viktig og meningsfullt i pasientenes livssituasjon. For personer med sammensatte sykdomsbilder kan dette være spesielt utfordrende. Eide og Eide (2017, s. 17) formidler at forskning tilsier at pasienter sjelden uttrykker seg direkte om det som ligger dem på hjertet. Dette skjer heller gjennom indirekte hint og antydninger, verbalt eller nonverbalt. Det konkluderes med at personorientert kommunikasjon derfor innebærer å lytte aktivt, både til det som sies og det som ikke sies, det som uttrykkes gjennom kroppsspråk, ordvalg, stemmebruk, ansiktsuttrykk eller andre måter. Essensen er med andre ord å være til stede på en måte som bidrar til at den andre opplever seg sett, hørt og forstått.

## 2.4 Empowerment

WHO definerer empowerment som «en prosess der personer oppnår større kontroll over

beslutninger og handlinger som påvirker deres liv» (Helsedirektoratet, 2018). Empowerment kan oversettes til myndiggjøring og virker som en ressurssterk tilnærming. Denne tilnærmingen tar sikte på den enkeltes ferdigheter, kompetanse og ikke minst ressurser. Shearer (2009) forklarer at teorien om empowerment viser seg i lys av en syntese av personlige- og sosiokontekstuelle ressurser. På denne måten presenteres den sosiale delen av den biopsykososiale modellen gjennom teorien om empowerment. Fysioterapeuters rolle er å bidra til å styrke og bevisstgjøre dette for pasientene slik at de kan nå sitt potensiale og få tilgang til tilpassede tjenester av god kvalitet (Helsedirektoratet, 2018). En andel av pasienter med FM opplever at de er langvarige brukere av helsetjenesten. En studie gjort av Berger og kollegaer (2007) konkluderer med at pasienter med FM utgjør et høyt nivå av helsetjenesteutnyttelse- og kostnader. Av den grunn kan denne pasientgruppen føle at de mister kontrollen over eget helseproblem og dermed bli mindre myndiggjort. Med bakgrunn i at FM er en sammensatt tilstand uten et fasitsvar på hva som er den beste tilnærmingen, blir det i stor grad nødvendig å ta i bruk pasientens egne ressurser for å forsøke å nå målet om økt livskvalitet.

## 3 Metode

I dette kapitlet beskrives valg av metode for studien. Det vil presenteres bakgrunn for utvalg av informanter og hvordan rekrutteringsprosessen foregikk. Deretter vil det legges fram en beskrivelse av intervjustudie, mål og bakgrunn for intervjuguide, og etisk vurdering av metoden. Avslutningsvis vil det presenteres en analysestrategi, analyseprosess og metodediskusjon for gjennomføring av metoden.

### 3.1 Valg av forskningsmetode – en kvalitativ metode

En kvalitativ metode retter søkelys mot å tilegne informasjon om opplevelse og mening som ikke kan tallfestes eller måles (Dalland, 2021, s. 54–55). En slik metode bygger på teorier om både fortolkning (hermeneutikk) og menneskelige erfaringer (fenomenologi) (Malterud, 2011, s. 26). Ved å bruke en kvalitativ metode får vi informasjon om menneskelige egenskaper slik som opplevelser, erfaringer, forventninger, tanker, holdninger og motiver (Malterud, 2011, s. 27). Dette vil gi mulighet til å gå mer i dybden på et tema og få større forståelse for hvorfor fysioterapeuter gjør som de gjør. Malterud (2011, s. 28) forklarer derfor at målet med kvalitativ metode er forståelse fremfor forklaring.

For å kunne forstå fysioterapeutenes erfaringer og tanker rundt problemstillingen benyttet vi kvalitative forskningsintervju. Ved kvalitative forskningsintervju er ønsket å få frem den subjektive opplevelsen og erfaringen til hver enkelt informant. Malterud (2011, s. 28) støtter dette opp ved å forklare at det er gjennom interaksjoner med mennesker vi får et innsyn i deres erfaringer.

### 3.2 Semistrukturerte intervju

Et semistrukturert intervju blir av Kvale og Brinkmann (2015, s. 58) definert som «et intervju med mål å innhente beskrivelser av intervjuobjektets livsverden for å tolke meningen med det beskrevde fenomenet». Med andre ord, beskriver Kvale og Brinkmann at det sentrale i et semistrukturert intervju er å få skildringer av livsverden til den som blir intervjuet, og hvordan informanten opplever et fenomen fra sitt ståsted (Krumsvik, 2015, s. 124–125). Intervjuene ble gjennomført ved bruk av den digitale videotjenesten Zoom. Alle informantene godtok opptak av samtalen.

### 3.3 Bearbeiding av data

Etter endt intervju ble opptakene transkribert ordrett. Dalland (2021, s. 95) beskriver at dette er en vanlig måte å behandle materialet på. Fordelen er at det gir forskere mulighet til å gjenoppleve det gjennomførte intervjuet. Ulempen er at det er tidkrevende arbeid og krever minst mulig avbrytelser under intervjuet. Det ble brukt ordrett transkribering for å fange opp flest mulig nyanser og transkriberingen startet kort tid etter intervjuene.

### 3.4 Utvalg

Det ble gjennomført et strategisk utvalg for å få et best mulig potensial til å kunne svare på problemstillingen. Ifølge Dalland (2021, s. 59–60) så er et strategisk utvalg at man peker ut de personene som en tror kan fortelle noe om det fenomenet man ønsker å vite mer om. Det ble valgt tre informanter der alle hadde tidligere og nåværende erfaring med pasientgruppen. Ved å ha tre informanter, åpnet vi opp for erfaringer og synspunkter rundt samme fenomen. På denne måten ble alle informantenes subjektive perspektiv nyttig for å kunne svare på den aktuelle problemstillingen.

### 3.5 Rekruttering

Inklusjonskriteriene ved valg av informanter var for det første å ha erfaring med pasientgruppen. For det andre skulle informantene være fysioterapeuter. På denne måten var vi sikre på at informantene til en viss grad kunne svare på spørsmålene. Vi begynte å søke opp artikler og studier om FM og kontaktet de som hadde skrevet studiene. Av disse fikk vi kontaktinformasjon til to andre fysioterapeuter som hadde jobbet med pasientgruppen. Den siste informanten fant vi gjennom søk på internett. De ble deretter kontaktet på e- post med spørsmål om det kunne vært en mulighet å gjennomføre et intervju. Da de takket ja, sendte vi et samtykke- og informasjonsskriv til signering, som omhandlet hva en eventuell deltakelse ville innebære. Senere ble det avtalt tid og sted for gjennomføring av intervjuene.

### 3.6 Intervjuguide

I forkant av intervjuene ble det utarbeidet en intervjuguide. En intervjuguide skal være et verktøy som hjelper en å huske hvilke temaer som skal diskuteres. Det er gjennom intervjuprosessen man skaper kunnskap, noe som kjennetegner det kvalitative intervjuet (Dalland, 2021, s. 83). Intervjuguiden begynte med innledende spørsmål om informantenes



utdanningsbakgrunn samt deres erfaringer med pasientgruppen. De innledende spørsmålene sørget for at vi fikk samtalen i gang. Deretter stilte vi hovedspørsmålene. Disse var mer åpne og sørget for at informantene fikk muligheten til å svare slik de ønsket på spørsmålene uten å bli ledet i en bestemt retning. Alle spørsmålene hadde oppfølgingsspørsmål som dannet muligheter for å styre intervjuobjektene inn mot ønsket tema. Hovedspørsmålene tok for seg temaer om et typisk behandlingsforløp for pasientgruppen, tiltak informantene bruker, og hva de har best erfaring med ved behandling av pasienter med FM. Avslutningsvis fikk informantene spørsmål om det var noe de mente var viktig og som ikke hadde blitt belyst under intervjuet. Dette sørget for at informantene fikk rom til å diskutere eventuelle ubelyste temaer av betydning. Alle informantene fikk tilsendt intervjuguiden før gjennomføring av intervjuene. Slik fikk informantene tid til å tenke på spørsmålene, noe som kan resultere i bedre flyt under intervjuene.

### 3.7 Etisk vurdering

Helsinkideklarasjonen presenterer flere eksempler på etiske retningslinjer som blir brukt over hele verden. Alle som arbeider med forskningsetikk, skal forholde seg til denne deklarasjonen (Torp, 2014). Malterud (2011, s. 201) beskriver at det i deklarasjonen legges frem at medisinsk forskning er underlagt etiske standarder som skal fremme respekt for mennesker og ikke minst beskytte deres rettigheter og helse. Malterud formidler videre at man i kvalitative studier havner i møter med mennesker der verdier og normer utgjør viktige aspekter av kunnskapen som senere skal utvikles og utveksles. Dette var grunner til at det etiske perspektivet var viktig å ta med seg i utformingen av vår studie. Under intervjuene var det svært viktig å skape tillit mellom informant og forsker. Samtalen og tilliten i intervjuet kan påvirke hvor nært man kommer informanten og dermed hva slags kunnskap som deles. Eksempelvis kan en samtale preget av reservasjoner gi begrenset med data, både i form av mengde og kvalitet. På den andre siden kan man få et rikt datamateriale dersom intervjuobjektet føler seg trygg og godt ivaretatt (Malterud, 2011, s. 201–202). Ved å gå gjennom innholdet i samtykkeskrivet og forklare gangen i intervjuet ønsket vi å skape trygghet og tillit til informantene slik at intervjuene ble best mulig.

### 3.8 Analyseprosess

Analyseprosessen ble gjennomført ved å følge Malteruds (2011, s. 96) systematiske tekstkondensering (STC). Denne formen for analysemetode følger en datastyrt analyse der

målet er at forskerne identifiserer enheter i teksten som senere danner et grunnlag for utvikling av nye kategorier. Disse kategoriene kan brukes til å organisere teksten slik at meningsinnholdet kommer tydelig frem (Malterud, 2011, s. 95). STC skal ifølge Malterud (2011, s. 97) ikke kreve omfattende kunnskap om fenomenologisk filosofi. Forskere uten slik bakgrunn bør ikke utgi seg for å kunne mer om dette enn de har dekning for. Brottveit (2018, s. 130) påpeker at for forståelse er et viktig aspekt i en analyse, fordi det er en forutsetning for at forståelse i det hele tatt er mulig. Tross dette, er det forsøkt å analysere egne tolkninger med kritisk holdning og refleksjon. Videre forklarer Brottveit at fortolkning er en forutsetning for å kunne utvikle substansiell kunnskap om det fenomenet som undersøkes. Denne fortolkningen skjer ved at forskerne forsøker å forklare hva datamaterialet sier ved å tyde meningsinnholdet i informantenes utsagn. Deretter konstrueres nye sammenhenger med bakgrunn i det som har blitt fortalt i intervjuene. STC består av fire trinn som beskrives følgende;

#### *Trinn 1: Få et helhetsinntrykk*

Det første trinnet handler om å bli kjent med materialet (Malterud, 2011, s. 98). Vi leste gjennom materialet for å få et helhetsbilde og dannet midlertidige temaer som representerte fysioterapeuters erfaringer i tilnærmingen blant pasienter med FM, eksempelvis: «Kommunikasjon», «Tiltak», «Biopsykososial tilnærming» og «Psykomotorisk tilnærming».

#### *Trinn 2: Fra temaer til koder*

I dette trinnet skal materialet som vi ønsker å studere nærmere sorteres i meningsbærende enheter. Målet er å organisere deler av teksten som kan bidra til å belyse vår problemstilling (Malterud, 2011, s. 100). Vi la til side all informasjon som ikke var med på å belyse problemstillingen.

#### *Trinn 3: Kondensering*

I analysens tredje trinn skal de meningsbærende enhetene kodes ved å abstrahere kunnskapen som vi tilegnet oss i andre trinn (Malterud, 2011, s. 104). Dette ga oss en sammenfatning av innholdet i kodegruppene. Det endte med tre hovedkategorier: «Legge til rette for endring», «Individualiserte tiltak» og «Sammensatte lidelser krever helhetlig tilnærming». (Tabell 1). Disse temaene presenteres videre i resultatene.

*Trinn 4: Sammenfatte helheten*

I analysens siste trinn er målet å kontekstualisere bitene igjen. Det ble gjort en sammenfatning av det som ble funnet, gjennom gjenfortellinger, som kan resultere i nye beskrivelser eller begreper (Malterud, 2011, s. 107). Videre ble det undersøkt om informasjonen som ble hentet ut sto i tråd med helheten fra transkripsjonene. Det ble bestemt subgrupper for hver av hovedkategoriene, eksempelvis fikk hovedkategorien «*Å legge til rette for endring*», subgruppen «*Kommunikasjon som et verktøy i behandlingen*». Temaene presenteres i tabellen nedenfor (Tabell 1).

*Tabell 1: Analyseprosessen*

<b>Kategori</b>	<b>Subgrupper</b>	<b>Meningsbærende enheter</b>
Legge til rette for endring  Kodegruppe <i>Endring</i>	1. Kommunikasjon som et verktøy i behandlingen  2. Selvstendigjøring av pasienten gjennom informasjon	Lytte Forstå Ta på alvor  Betydningen av endring Informasjon Empowerment Brukermedvirkning
Individualiserte tiltak  Kodegruppe <i>Tiltak</i>	1. Trening er alltid målet  2. Økt kroppsbevissthet gjennom en kombinasjon av tiltak	Individualisering Effekt  Kroppsbevissthet Massasje Mykere former for tiltak
Sammensatte lidelser krever helhetlig tilnærming  Kodegruppe <i>Helheten</i>		Tverrfaglighet Pasientens behov

### 3.9 Forforståelse

Malterud (2011, s. 40) forklarer at forforståelsen er den kunnskapen vi tar med oss inn i forskningsprosjektet og at denne kunnskapen vil påvirke måten vi samler og behandler data på. På en side kan forforståelsen gi næring og styrke til oppgaven. På den andre siden kan det føre til at vi setter søkelys på det vi vet og ikke det vi lærer. Forforståelsen vår bygger på erfaringer med pasientgruppen fra praksis, samt kjennskap til personer som har FM.

Før oppstart av oppgaven hadde vi en oppfatning om at FM var en diagnose med dårlig prognose og liten mulighet for bedring. Av den grunn var vi usikre på om fysioterapeuter var en egnet yrkesgruppe for behandling av disse pasientene. Vi så for oss at det var begrenset med forskning på FM og fysioterapi, men etter grundige litteratursøk endret denne oppfatningen seg. Vi fant ut at det ofte ble anbefalt behandling hos eller med fysioterapeuter og at ikke-farmakologiske tiltak var sentralt.

## 4 Resultat

I denne delen vil informantenes erfaringer, tanker og refleksjoner rundt deres tilnærming for økt livskvalitet i møte med pasienter med FM presenteres. Resultatet vil ta for seg temaene; *Legge til rette for endring, Individualiserte tiltak og S sammensatte lidelser krever helhetlig tilnærming.*

Tabell 2: presentasjon av informanter

Informant	Bakgrunn
1	Kvinne. Master i psykomotorisk fysioterapi. Erfaring med pasienter med langvarig muskel- og skjelettplager, derav diagnosen FM.
2	Kvinne. Utdannet fysioterapeut. Jobbet på sykehus og privatpraksis. Interesserer seg for blant annet langvarige muskel- skjelettplager. Tidligere erfaring med pasientgruppen i egen praksis.
3	Kvinne. Master i psykomotorisk fysioterapi. Lang erfaring innenfor ulike felt slik som reumatologi, kroniske smerter og muskel- og skjelettplager. Jobber for tiden med allmenn og psykomotorisk fysioterapi.

### 4.1 Legge til rette for endring

Å legge til rette for endring var et gjennomgående mål for informantene. En slik endring innebar alt som kunne påvirke symptomene og livskvaliteten til pasientgruppen. Dette kunne for eksempel være endring av vane- og tankemønstre. Informantene mente at det lå et ansvar hos både fysioterapeutene og hos pasientene. Gjennom kommunikasjon og informasjon kunne informantene skape en arena som bidro til endring for pasientene.

#### 4.1.1 Kommunikasjon som et verktøy i behandlingen

Informantene så verdien av å bruke kommunikasjon som et verktøy gjennom tilnærmingen deres hos pasientgruppen. De la vekt på å lytte til, forstå og ta pasientenes plager på alvor. Ved å kommunisere godt med pasientene kunne de lettere legge til rette for videre tiltak og behandling. Informantene mente at det å ikke bli trodd på og forstått kunne være sykdomsfremkallende i seg selv. De fortalte at mange pasienter med FM opplever at de blir flyttet på i helsevesenet uten at helsepersonell tar plagene deres på alvor. En av informantene fortalte blant annet;

*«Jeg tror nesten det viktigste for disse pasientene er at de opplever at de blir hørt, at vi tror på dem og at vi tar plagene deres på alvor og som reelle. Det er nesten det aller, aller viktigste før vi tenker på, hvilke som helst andre tiltak».*

- Informant 2

Informantene mente at det i første omgang var viktig med en samtale der pasientene fikk satt ord på sin egen opplevelse. Å la pasientene formidle tanker, følelser og behov, med mulighet for tilbakemelding og innspill ble vurdert som svært nyttig i seg selv, og gjorde det lettere for informantene å forstå hvem de hadde foran seg og hvordan plagene utspilte seg i pasientenes liv;

*«Samtale om vanskelige tema kan være nyttig. Folk får satt ord på det de synes er vanskelig, det kan være helt hverdagslige ting eller ting som er litt tynge. Bare det at det er noen som lytter, hører på dem og gir dem litt tilbakemelding».*

- Informant 3

#### 4.1.2 Selvstendigjøring av pasienten gjennom informasjon

Under intervjuene formidlet informantene at pasientene har et viktig ansvar i egen behandling. De ønsket at pasientene skulle reflektere over plagene sine og forsøke å forstå hvordan dette kunne henge sammen med andre påvirkningsfaktorer i deres hverdag. På denne måten ble pasientene mer aktive i egen behandling og fysioterapeuten brukt som støttespiller i denne prosessen. For at pasientene lettere skal kunne forstå hvordan deres plager utspiller seg i hverdagen, var det nødvendig med tilstrekkelig informasjon. Informantene fortalte blant annet at de pasientene som er åpne for å gjøre endringer i livet, og som forstår at å bli bedre av FM ikke er en rask prosess, er de som har størst sjanse for bedring og økt livskvalitet på sikt. Informantene spesifiserte at å begynne en endringsprosess og forstå sine plager ligger til

grunn for at man kan åpne opp for bedring. Det ble derfor understreket i intervjuene at det er viktig med informasjon om risiko- og suksessfaktorer for å legge til rette for en slik endring. Informasjon om diagnosen og symptomer ble også vektlagt, da mange pasienter med FM opplever frykt for at symptomene skyldes andre alvorlige tilstander.

*«De som går inn i denne endringsprosessen, innser at det tar tid og innser at endringene ligger hos dem selv, og deretter jobber med disse endringene med både omgivelsene og seg selv, er de som blir bedre».*

- Informant 1

*«Kanskje man klarer å endre måten å bevege seg på, men også måten å tenke på. Mange pasienter som har mye smerter tenker for eksempel at de ikke skal bevege seg, fordi det er vondt. Her må du på en måte lære dem opp, slik at de forstår at det å bevege seg er bedre enn å ikke gjøre det. Det blir mye opplæring i behandlingen, av endringer både vanemønster og tankemønster».*

- Informant 3

Et annet viktig aspekt i informantenes tilnærming var å aktivt bruke pasientens kunnskap om egen diagnose i behandlingen. Informantene påpekte at pasientene sitter på mye god kunnskap som man bør ta hensyn til og at brukermedvirkning derfor står sentralt. Ved å bruke det pasientene fortalte i behandlingen la fysioterapeutene til rette for at pasientene ble aktive aktører i egen behandling. Det var viktig å tilegne seg informasjon om hva som var viktig for pasienten og hva pasienten likte å gjøre i hverdagen for å trekke dette inn i behandlingen. Dette utdypet informantene;

*«Jeg tenker at pasienten har veldig mye kunnskap om seg selv, egen kropp, eget hverdagsliv, og at det kan bli vel så viktig hvis vi fysioterapeuter skal lykkes». (...), Å få tak i det pasientene gjør som de synes er godt å prøve og forsterke dette og ta det med inn i behandlingen».*

- Informant 2

## 4.2 Individualiserte tiltak

### 4.2.1 Trening er alltid målet

Ved valg av behandlingstiltak kom det frem at informantene ofte kombinerte ulike tiltak for å redusere symptomer. Samtidig ble det understreket at å inkludere en form for trening var et sentralt mål i behandlingen i de aller fleste tilfeller. Informantene var bevisste på de positive

effektene trening kunne gi for pasientenes symptomer, men var svært opptatte av å anvende det på en passende måte for pasientene. Etersom noen pasienter opplever forverrede symptomer etter å ha begynt med trening, var det viktig for informantene å vurdere faktorer som smerter og energinivå ved planlegging rundt aktivitet. Individualisert tilpasning og oppfølging i treningen ble avgjørende for å unngå nye, negative erfaringer i bevegelse og aktivitet, og i mange tilfeller ble trening derfor et langsiktig mål i behandlingen. Å forstå at trening uten nøye, individuelle tilpasninger potensielt kunne være ødeleggende for pasientenes livskvalitet var et gjennomgående perspektiv blant informantene.

*«En sunn kropp bør trene og være i aktivitet, så målet for meg er alltid at de skal komme hit».*

- Informant 1

*«(...) trening er jo bra etter hvert, men så må man finne den typen trening som passer for den pasienten».*

- Informant 3

#### 4.2.2 Fokus på økt kroppsbevissthet ved valg av tiltak

Et gjennomgående perspektiv blant informantene var å bruke en kombinasjon av andre fysioterapeutiske tiltak for å skape økt kroppsbevissthet og positive kroppslige erfaringer blant pasientene. Blant disse tiltakene ble særlig massasje trukket fram av informantene. Arbeid med pust, øvelser for avspenning og mykere former for bevegelse gjennom lett aktivitet var eksempler på andre tiltak som ble brukt. Ved å kombinere slike tiltak var målet at pasientene ville oppleve større grad av tilknytning til egen kropp, økt velvære og generelt mindre symptomer.

*«I forhold til det kroppslige, så synes jeg det er viktig med kroppsbehandling og manuelle grep. Det kan gjøre at de kjenner kroppen sin mer, og at de klarer å kjenne forskjell på avspenning og anspenning».*

- Informant 3

*«Hvis massasje kan hjelpe et par dager, og føre til at en får mer lyst, eller at det blir lettere å trene, gjøre øvelser, sove bedre eller få mindre hodepine, så kan det absolutt ha noe for seg. Men det er sjeldent at et enkelt tiltak fungerer på en sammensatt problemstilling».*

- Informant 1



### 4.3 Sammensatte lidelser krever helhetlig tilnærming

Ivaretagelse av pasientenes individuelle behov ble stadig trukket frem som et avgjørende utgangspunkt for videre behandling. Informantenes fremgangsmåte innebar å identifisere individuelle behov gjennom et helhetlig perspektiv, og sammen med pasienten finne ut om samarbeid med andre aktører kunne vært hensiktsmessig. Informantene var bevisste på å belyse et bredt spekter av påvirkningsfaktorer i deres liv, og gi pasientene mulighet til å reflektere rundt hva som hadde påvirket deres livskvalitet i størst grad. For noen betydde dette et økt behov for tverrfaglig oppfølging, for eksempel gjennom medisiner og psykologisk terapi. Her kunne samarbeid med andre yrkesgrupper være relevant.

*«Jeg samarbeider med de det oppleves hensiktsmessig å samarbeide med, og det kan være alt fra fastlege til psykolog og kiropraktor, så det er igjen det der individuelle som kommer inn».*

- Informant 1

*«Om man tar smertestillende eller noe annet for å eksempelvis få bedre søvnkvalitet, eller bruker medisiner for å behandle depresjon for eksempel, så tenker jeg absolutt at det kan ha noe for seg i en kortere eller tidsbestemt periode».*

- Informant 1

## 5 Diskusjon

Denne studien gir innblikk i hvilke tilnærminger fysioterapeuter har i møte med pasienter med FM, og hvordan de bruker sin rolle for å bidra til økt livskvalitet for pasientgruppen. Funnene i denne studien tyder på at individuell tilrettelegging og å bidra til at pasientene får eierskap over egen situasjon er sentralt for at pasientene klarer å gjøre endringer i hverdagen. God kommunikasjon og informasjon var viktig for å kartlegge behov og gi pasientene tilstrekkelig kunnskap til å kunne ta gode valg for å påvirke egen livskvalitet. Informantene ga uttrykk for at forskjellige behandlingstiltak kunne ha effekt, men at dette var individuelt og måtte tilpasses hver enkelt pasient. Trening var alltid et mål, men grunnet pasientenes symptomer ble det ofte mer fokus på kroppsbevissthet gjennom massasje, avspenningsøvelser og mykere former for aktivitet og bevegelse i begynnelsen av behandlingsforløpene. En helhetlig forståelse av pasientgruppen og deres plager var et viktig perspektiv for informantene, og tverrfaglig samarbeid med andre aktører ble derfor relevant for å ivareta pasientenes individuelle behov.

### 5.1 En fysioterapeut som legger til rette for endring

#### 5.1.1 Betydningen av kommunikasjon

Et fellestrekk ved fysioterapeutenes erfaringer var forståelsen av kommunikasjon i relasjon til pasientene som et viktig fundament i behandlingsforløpet. Personorientert kommunikasjon handler om å oppnå en forståelse for hva som er viktig for hver enkelt pasient i den aktuelle situasjonen (Eide & Eide, 2017, s. 16). I likhet med Eide og Eide forklarer Epstein og kollegaer (2005) at det ligger en pasientsentrert kommunikasjon til grunn for å ta vare på pasientenes behov, preferanser og verdier. Forfatterne understreket at den pasientsentrerte kommunikasjonen er en viktig komponent i helsevesenet. Samtidig blir det formidlet at det fortsatt er uklarhet i hvordan man skal måle betydningen av pasientsentrert kommunikasjon. Informantene var bevisste på at mange av pasientene med FM allerede hadde hatt en lang kamp i helsevesenet med en opplevelse av å ikke bli tatt på alvor, og var dermed ekstra bevisste på å ivareta dette aspektet fra det første møtet. De understreket betydningen av å være utforskende, med interesse for pasientenes totale livssituasjon, inkludert deres målsetninger, verdier, relasjoner, nettverk, interesser og yrkesliv. Utfordringen med en slik tilnærming er imidlertid å oppfatte totalen av det som uttrykkes. Forskning har vist at pasienter

sjeldent uttrykker seg på en direkte måte om det de har på hjertet, og terapeutens evne til å oppfatte hint og antydninger blir derfor enda viktigere (Eide & Eide, 2017, s. 17).

### 5.1.2 God informasjon for selvstendigjøring av pasienten

Det å gi pasienter en rolle i egen behandling var et sentralt mål for informantene. Det var et ønske å gi pasientene informasjon som kunne føre til bedre selvvinnsikt i egen hverdag. På denne måten kunne terapeutene legge til rette for endring av vanemønstre i pasientenes hverdag som påvirket livskvaliteten i negativ retning. Garcia - Rios og kollegaer (2019) påpeker at pasientopplæring er det første steget mot å selvstendigjøre pasienter med FM. Wijma og kollegaer (2017) gjennomførte en systematisk oversikt som kartla betydningen av pasientsentrert tilnærming i fysioterapi. Pasientopplæring ble trukket fram som et sentralt aspekt i en pasientsentrert tilnærming. Informasjon om symptomer på diagnoser og behandling var sentrale temaer her. Det var et mål at opplæring og informasjon ble gitt slik at informasjonen stemte overens med pasientenes realitet og egne oppfatninger. Et annet viktig aspekt som ble trukket fram i artikkelen var selvstendigjøring av pasienten. Her ble det formidlet at selvstendigjøringen hovedsakelig oppnås gjennom opplæring. Informantene mente at pasientene måtte være åpne for å gå inn i en endringsprosess for å kunne bli bedre. Det var også enighet om at dette måtte skje gjennom tilstrekkelig informasjon til pasienten. Ved å mestre dette kunne informantene åpne opp for at pasientene ble mer involverte i egen behandling.

På den andre siden ble det understreket av Garcia-Rios og kollegaer (2019) at den vitenskapelige forankringen som viser effektiviteten av pasientopplæring for reduksjon av symptom er begrenset. Av den grunn er det knyttet usikkerhet til betydningen av pasientopplæring. Informantene mente imidlertid at de pasientene som er tålmodige og forstår at det kan ta lang tid å bli frisk, ofte er de som opplever bedring. Det kan innebære mange timer i behandling hos ulike yrkesgrupper og ulike tiltak. I mange tilfeller ønsker pasienter å bli friskere på kort tid. At behandlingsforløpet ofte kan ta lengre tid enn forventet stemte ikke alltid overens med pasientenes forventninger. Slike uoverensstemmelser kan potensielt føre til at pasientene ikke ønsker ytterligere informasjon om diagnosen og faktorer som påvirker symptomene. Dette kan gjøre pasientene mindre selvstendige i egen behandling. Det er derfor viktig å ta i bruk pasientenes kunnskap om egen diagnose. På denne måten legger man til rette for at pasientenes stemme blir hørt og man kan lettere kartlegge på hvilke områder pasientene trenger informasjon.

Eksempelvis fortalte informantene at noen pasienter opplever frykt knyttet til symptomene fordi det skaper tanker om at det skyldes andre tilstander eller sykdommer. I slike tilfeller kan fysioterapeutene gi informasjon som sørger for at pasientene ikke går rundt og uroer seg for at symptomene skyldes noe mer alvorlig. Dersom en pasient på den andre siden har mye kunnskap om symptomene knyttet til FM, er nødvendigheten av å bruke mye tid på å informere om dette mindre. Slik vil man legge til rette for et godt samarbeid mellom pasient og fysioterapeut der pasienten tilegner seg ny kunnskap om tilstanden som kan bidra til at denne endringsprosessen starter.

Tross manglende vitenskapelig forankring for effekten av pasientopplæring blir det av Macfarlane og kollegaer (2016) anbefalt at optimal behandling må skje ved å gi pasientene informasjon om tilstanden. Dette gjelder også et skriftlig materiale.

## 5.2 Individualiserte tiltak

Fysisk trening gjennom individualisert fysioterapi, i kombinasjon med andre ikke-farmakologiske tiltak, var den generelle tilnærmingen blant informantene ved valg av tiltak. I mange tilfeller innbar dette minimalt med trening i begynnelsen av behandlingsforløpet, med større fokus på andre tiltak, som for eksempel kroppsbevissthet. Informantene var opptatte av å gjøre slike individuelle tilpasninger for å sørge for at veien mot økt livskvalitet ble en positiv prosess, uavhengig av hvor pasientene befant seg i forløpet.

### 5.2.1 Trening er alltid målet

Reviderte anbefalinger av Macfarlane og kollegaer (2016) for håndtering av FM belyste effekten av ulike tiltak, der blant annet fysioterapi med individuelt tilpasset og gradert fysisk trening var et viktig tiltak. Styrke og aerobisk trening ble regnet som særlig effektive grunnet den gode vitenskapelige forankringen. I tillegg blir det nevnt at trening er et billig tilbud som krever lite utstyr. Av den grunn er trening et tiltak som er lett gjennomførbart for mange pasienter. I en artikkel skrevet av Valmana og kollegaer (2020) belyses det at personer med FM ofte har lavere muskelstyrke og aerobisk utholdenhet. Dette resulterer i at deres evne til å gjennomføre aktiviteter i det daglige liv (ADL) kan være begrenset. Individuelle tilpasninger for denne pasientgruppen er derfor viktig. Forskning tilsier at moderat til høy motstandstrening kan forbedre velvære. Ulempen med denne forskningen er at den kun nevner effekten på kvinner og kvaliteten på evidensen er anslått til å være lav (Macfarlane et

al., 2016).

Selv om evidensen for noen former for trening er lav til moderat, er fortsatt trening i sin helhet, spesielt styrke og aerobisk trening vurdert som viktige tiltak for å redusere symptomer og kan dermed også øke livskvaliteten (Antunes & Marques, 2022; Macfarlane et al., 2016).

Informantene var bevisste på de nevnte fordelene med trening ved FM, men var samtidig opptatte av den individuelle tilpasningen. De poengterte at trening og fysisk aktivitet alltid er et langsiktig mål, men at veien dit kan se svært forskjellig ut for de ulike pasientene. For noen pasienter kunne trening i verste fall bidra til forverring av livskvalitet gjennom for eksempel økte smerter og ytterligere utmattelse. Ved å være bevisste på at et positivt tiltak som trening også kunne ha motsatt effekt ved utilstrekkelig individuell tilpasning, mente informantene at det var større potensial for å lykkes med trening i det langsiktige perspektivet.

#### 5.2.2 Økt kroppsbevissthet gjennom en kombinasjon av tiltak

Informantene vektla tiltak som kunne bidra til økt kroppsbevissthet blant deltakerne. I en artikkel skrevet av Dragesund (2012) innebærer kroppsbevissthet blant annet å legge merke til kroppsbevegelser, muskelspenninger og det emosjonelle aspektet knyttet til dette. I den samme artikkelen formidles det at kroppsbevissthet kan fremmes på ulike måter. Det kan skje ved å stimulere pasienten til å være mentalt til stede, sanse egen kropp og motivere til økt bevissthet om kroppslige reaksjoner og bevegelsesvaner i hverdagen. Massasje ble hyppig nevnt blant informantene. Avspenningsøvelser, arbeid med pust og mykere former for bevegelse gjennom lett aktivitet ble også trukket frem, og informantene kunne gjerne kombinere flere av disse intervensjonene i behandlingen.

En systematisk gjennomgang av effekten ved bevegelse og kroppsbevissthetsterapi som et supplement i behandling viste god effekt på å lindre en rekke symptomer hos pasienter med FM (Bravo et al., 2019). I samme oversiktsartikkel var grunnleggende kroppsbevissthetsterapi, følelsesmessig selvbevissthet og yoga blant terapiene som kunne bidra til å forbedre et bredt spekter av symptomer. Fordeler knyttet til FM var i forhold til smerte, smerteterskel, søvnkvalitet, utmattelse, angst, depresjon og livskvalitet. Når det gjelder massasje, viser Yuan og kollegaer (2014) at de fleste former for massasje-terapi samlet sett forbedret livskvalitet blant pasienter med FM. Macfarlane og kollegaer (2016) mener imidlertid at massasje er blant et av de ikke-farmakologiske tiltakene med mangel på effekt

og/eller lav studiekvalitet.

Til tross for utilstrekkelig vitenskapelig dokumentasjon på effekten av massasje, mente informantene at mange pasienter opplevde god effekt av dette gjennom smertelette, avspenning og generelt økt velvære. Dersom dette kunne føre til økt toleranse for bevegelse, mer bevissthet på kroppslige signaler, bedre søvn og midlertidig smertelette, mente informantene at det kunne være hensiktsmessig i behandlingen. Informantene var opptatte av å jobbe med flere tiltak samtidig, fordi de ikke opplevde at et enkelt tiltak var tilstrekkelig ved behandling av en så kompleks tilstand. De poengterte stadig at tiltakene fremdeles ble individuelt tilpasset, med tydelige formål for pasientenes livskvalitet.

### 5.3 Sammensatte lidelser krever helhetlig tilnærming

Informantene hadde et mål om å ta vare på pasientenes individuelle behov, og kartla dette ved å ta i bruk et helhetlig perspektiv. Et slikt perspektiv handlet for informantene blant annet om å danne et samarbeid med andre yrkesgrupper dersom pasientenes behov ga en indikasjon på dette. FM påvirker flere aspekter i livet, herunder blant annet jobb, familie og det sosiale livet (Choy et al., 2010). Diagnosen blir av mange omtalt som en sammensatt lidelse som gir fysiske og psykiske symptomer. Tilstanden blir derfor mye mer kompleks, og betydningen av tverrfaglig samarbeid blir enda mer sentral. Mange pasienter med FM har hatt en lang kamp i helsevesenet der de ikke har blitt trodd. Behov for samarbeid med andre yrkesgrupper er derfor ikke nødvendigvis kartlagt tidligere. Fysioterapeuter har dermed en like viktig rolle med å kartlegge dette dersom de ønsker å ivareta pasientenes behov. Pasienter med FM har ofte andre behov som går utenfor fysioterapeutenes rekkevidde. Dette kan eksempelvis være bruk av medisin, forlenging av sykemelding eller behov for å snakke med en psykolog. Det er fysioterapeuters ansvar, som alle andre helsepersonell lovpålagt etter helsepersonelloven § 4 å opptre forsvarlig (Helsepersonelloven, 1999). Ved å ikke kartlegge behov utenfor eget arbeidsområde, kan det stilles spørsmålsteget ved forsvarlighetskravet.

De reviderte anbefalingene fra Macfarlane og kollegaer (2016) påpeker at psykologiske terapier bør vurderes dersom pasientene opplever symptomer knyttet til dette aspektet. Det kan for eksempel være humørsvingninger. I tillegg bør medisiner tas i bruk dersom pasientene erfarer store smerter eller søvnproblemer. Dette er begge eksempler på tiltak som fysioterapeuter ikke benytter, men som kan være av stor betydning for pasientenes helse og livskvalitet. Her ville det vært hensiktsmessig å samarbeide med eksempelvis fastlege og

psykolog. Likevel nevnes det i de samme anbefalingene at behandling av pasientgruppen først og fremst bør rette søkelys mot ikke-farmakologiske tiltak. Dette med bakgrunn i høye kostnader ved bruk av medisiner og pasientenes egne preferanser. Å benytte et helhetlig perspektiv i behandlingen av pasientgruppen er nødvendig dersom man ønsker å kartlegge pasientenes behov og bidra til økt livskvalitet.

## 5.4 Metodediskusjon

### 5.4.1 Valg av metode

Ved å ta i bruk det kvalitative forskningsintervjuet, åpnet vi opp for å gå i dybden på informantenes erfaringer og forståelse rundt temaet og hvilke tanker de har rundt den aktuelle problemstillingen. For å få en bredere forståelse over kliniske erfaringer med pasientgruppen kunne også et spørreskjema vært sendt ut til flere fysioterapeuter. Dette ville bidratt til å se problemstillingen fra flere sider og dermed skapt korrektiv og nyanser som kan tilføre kunnskapen enda flere dimensjoner. Ved å ta i bruk en slik metodetriangulering ville vi økt den eksterne validiteten til oppgaven (Malterud, 2011, s. 190–191). Rammevilkårene for bacheloroppgaven ga oss derimot ikke tid til å utarbeide og sende ut et slikt spørreskjema.

### 5.4.2 Valg av informanter

For å styrke oppgavens validitet ble det gjort et strategisk utvalg ved å hente ekspertise på et område som ikke har vært så kjent for oss tidligere (Krumsvik, 2015, s. 152–153). Det var enighet om at utvalget var hensiktsmessig for å kunne svare på problemstillingen ut fra informantenes erfaring med pasientgruppen. Med bakgrunn i at intervjuobjektene var utdannet på ulike institusjoner, både nasjonalt og internasjonalt bidro det til å styrke variasjonsbredden. Funnene kan likevel ikke generaliseres grunnet rekruttering av bare tre informanter (Krumsvik, 2015, s. 153). Av den grunn kan det svekke den eksterne validiteten til oppgaven. Refleksivitet var en posisjon vi ønsket å oppsøke og beholde (Malterud, 2011, s. 18). Før gjennomføring av intervjuene hadde vi en tanke om hvilke resultater vi kom til å få. Blant annet antok vi at trening var sentralt og vi hadde derfor rettet fokus på å spørre om ulike tiltak, og trening. Etter gjennomføring av første intervju skjønnte vi at vår forforståelse av behandling for pasientgruppen ikke stemte helt overens med de svarene vi fikk. Dette resulterte i at vi tilegnet oss en ny forståelse for behandling av pasientgruppen.

### 5.4.3 Intervjuprosessen

Det ble ikke gjennomført pilotintervju før intervjuene med informantene. Dette førte til at vi

gikk inn i første intervju uten erfaring, noe som kan svekke reliabiliteten til oppgaven. Vi utarbeidet en intervjuguide som skulle brukes som et verktøy dersom vi opplevde at vi ikke holdt oss til temaene som var planlagt å spørre om. På grunn av vår manglende erfaring ved gjennomføring av semistrukturerte intervju var det lett å klamre seg til intervjuguiden. Det andre intervjuet ble gjennomført samme dag som det første, noe som ga oss lite tid til å gjøre eventuelle endringer på intervjuguiden. Vi fikk likevel diskutert vår egen prestasjon under det første intervjuet og lagt en plan før gjennomføring av intervju 2. Etter gjennomføring av det første intervjuet satt vi igjen med en følelse av at vi ikke fikk de svarene vi hadde forventet. Vi forsto at vinklingen og fokuset på spørsmålene måtte endres noe, og innebar mindre vekt på trening som tiltak og mer fokus på en helhetlig tilnærming til pasientgruppen. Dette satte preg på de andre intervjuene og ga oss en lærdom. Gjennomføringen av intervju 2 og 3 opplevdes som mer vellykket og av bedre kvalitet. Intervju 3 opplevdes som det beste på bakgrunn av endringer som ble gjort i intervjuguiden, samt mer erfaring i å gjennomføre intervju.

Endringer av problemstillingen ble også iverksatt etter de to første intervjuene. Opprinnelig ønsket vi å finne ut av hvilken behandlingstilnærming fysioterapeuter erfarer som mest vellykket i møte med pasientgruppen for økt livskvalitet og symptomlindring. På grunn av problemstillingens brede omfang valgte vi å sette søkelys på kun livskvalitet. I tillegg var vi ikke lenger ute etter å få svar på hvilken behandlingstilnærming som var mest vellykket, men heller hvilke erfaringer fysioterapeuter har med behandlingstilnærming for økt livskvalitet. Vi var enige om at endringene resulterte i en mer avgrenset problemstilling som kan styrke oppgavens validitet. Selv om intervju 3 bærer preg av bedre kvalitet, var fortsatt intervju 1 og 2 relevante og nyttige for oppgaven.

#### 5.4.4 Bearbeiding av data

Det ble gjennomført en ordrett skriftliggjøring av intervjuene for å fange opp flest mulige nyanser av det som ble sagt. Opptakene ble transkribert kort tid etter gjennomføring av intervjuene med et mål om å fange opp samtalen i en form som er best egnet for å representere det som informantene ønsket å dele (Malterud, 2011, s. 76). En ordrett transkripsjon kan ifølge Malterud (2011, s. 76) uansett gi leseren et annet inntrykk av samtalen enn det forskerne har. Dette kan blant annet skyldes at setninger høres mer sammenhengende og meningsfylte ut når de blir sagt enn når de blir skrevet. Malteruds (2011, s. 96) systematiske tekstkondensering ble tatt i bruk for å orientere funnene i resultatet på



bakgrunn av at denne måten å analysere en tekst på opplevdes som mest ryddig og effektiv. Det første trinnet i denne prosessen gjennomførte vi hver for oss. Målet var å sørge for at viktige og relevante sider ved data ikke skulle overses og åpne opp for at flere nyanser og perspektiver ved oppgaven kunne oppdages. Ideer og tanker om potensielle tema ble i de neste trinnene slått sammen og bearbeidet til vi satt igjen med temaer og meningsbærende enheter som skulle presenteres i resultatkapittelet.

## 6 Konklusjon

Målet med denne studien var å få innblikk i fysioterapeuters tilnærming i behandling av pasienter med FM for å bidra til økt livskvalitet. Funnene viser at en sentral tilnærming blant informantene var bruk av kommunikasjon og informasjon som verktøy for å anerkjenne pasientene og gi dem eierskap over egen situasjon. På den måten bidro informantene til at pasientene lettere kunne gjøre nødvendige endringer i eget liv på veien mot økt livskvalitet. Reviderte anbefalinger tydet også på at kommunikasjon og informasjon med fordel bør være en del av behandlingen. Informantene indikerte at en viktig del av behandlingsforløpet handlet om å velge tiltak som kunne skape positive erfaringer i kroppen, med en gradvis eksponering for mer fysisk aktivitet og trening. Forskning støtter dette ved å presentere fysisk trening som et viktig tiltak for symptomlindring. Individuelle tilpasninger og en helhetlig forståelse av pasientene ble trukket frem som en avgjørende faktor for å oppnå økt livskvalitet. For mange pasienter ble tverrfaglig samarbeid med aktører som lege og psykolog relevant for å ivareta de sammensatte utfordringene som denne pasientgruppen opplever.

På bakgrunn av resultatene fra studien fremstår det nødvendig å jobbe videre med å definere effekten av de ulike tiltakene fysioterapeutene bruker i sin tilnærming, og en dypere forståelse for hvorfor tiltakene har/ikke har betydning. Dette kan bidra til at fysioterapeutene blir tryggere i sin forståelse av intervensjonene de benytter, samt mulighet for presis videreformidling av forståelsen til pasientene. I fremtiden kunne det vært interessant for oss og undersøkt hva pasienter med FM selv synes om behandling hos fysioterapeuter og hva de ser på som nyttig for å oppnå økt livskvalitet.

## Referanseliste

- Antunes, M. D. & Marques, A. P. (2022). The role of physiotherapy in fibromyalgia: Current and future perspectives. *Frontiers in Physiology*, 13.  
<https://doi.org/10.3389/fphys.2022.968292>
- Berger, A., Dukes, E., Martin, S., Edelsberg, J. & Oster, G. (2007). Characteristics and healthcare costs of patients with fibromyalgia syndrome. *International Journal of Clinical Practice*, 61(9), 1498–1508. <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2007.01480.x>
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L. & Epstein, R. M. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2(6), 576–582. <https://doi.org/10.1370/afm.245>
- Bravo, C., Skjaerven, L. H., Guitard Sein-Echaluce, L. & Catalan-Matamoros, D. (2019). Effectiveness of movement and body awareness therapies in patients with fibromyalgia: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 55(5), 646–657. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.19.05291-2>
- Brottveit, G. (2018). *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder*. Gyldendal akademisk.
- Cai, T., Verze, P. & Bjerklund Johansen, T. E. (2021). The Quality of Life Definition: Where Are We Going? *Uro*, 1(1), 14–22. <https://doi.org/10.3390/uro1010003>
- Chinn, S., Caldwell, W. & Gritsenko, K. (2016). Fibromyalgia Pathogenesis and Treatment Options Update. *Current Pain and Headache Reports*, 20(4), 25.  
<https://doi.org/10.1007/s11916-016-0556-x>
- Choy, E., Perrot, S., Leon, T., Kaplan, J., Petersel, D., Ginovker, A. & Kramer, E. (2010). A patient survey of the impact of fibromyalgia and the journey to diagnosis. *BMC Health Services Research*, 10, 102. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-102>
- Crawford Shearer, N. B. (2009). Health Empowerment Theory as a Guide for Practice.

*Geriatric nursing (New York, N.Y.), 30(2 Suppl), 4–10.*

<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2009.02.003>

Dalland, O. (2021). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal akademisk.

Dragesund, T. (2012, 20. november). *Utvikling av et spørreskjema om kroppsbevissthet.*

Fysioterapeuten. <https://www.fysioterapeuten.no/doktorgrad-psykisk-helse/utvikling-av-et-sporreskjema-om-kroppsbevissthet/122372>

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner—Personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal akademisk.

Epstein, R. M., Franks, P., Fiscella, K., Shields, C. G., Meldrum, S. C., Kravitz, R. L. & Duberstein, P. R. (2005). Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: Theoretical and practical issues. *Social Science & Medicine* (1982), 61(7), 1516–1528. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.02.001>

García-Ríos, M. C., Navarro-Ledesma, S., Tapia-Haro, R. M., Toledano-Moreno, S., Casas-Barragán, A., Correa-Rodríguez, M. & Aguilar-Ferrándiz, M. E. (2019). Effectiveness of health education in patients with fibromyalgia: A systematic review. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 55(2), 301–313.

<https://doi.org/10.23736/s1973-9087.19.05524-2>

Helsedirektoratet. (2018, 30. januar). *Ledere må legge til rette for myndiggjorte pasienter og brukere.* Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/myndiggjorte-pasienter-brukere-fagpersoner-og-team/ledere-ma-legge-til-rette-for-myndiggjorte-pasienter-og-brukere>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Krumsvik, Rune. J. (2015). *Forskningsdesign og kvalitativ metode* (2. utg.). Fagbokforlaget.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *InterViews* (3. utg.). SAGE.

- Lærum, E. (2005). *Frisk, syk eller bare plaget? - Innføring i medisinsk nøkkeltunnskap*. Fagbokforlaget.
- Macfarlane, G. J., Kronisch, C., Dean, L. E., Atzeni, F., Häuser, W., Fluß, E., Choy, E., Kosek, E., Amris, K., Branco, J., Dincer, F., Leino-Arjas, P., Longley, K., McCarthy, G. M., Makri, S., Perrot, S., Sarzi-Puttini, P., Taylor, A. & Jones, G. T. (2016). EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 76(2), 318–328. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-209724>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Marques, A. P., Santo, A. de S. do E., Berssaneti, A. A., Matsutani, L. A. & Yuan, S. L. K. (2017). Prevalence of fibromyalgia: Literature review update. *Revista Brasileira de Reumatologia (English Edition)*, 57(4), 356–363. <https://doi.org/10.1016/j.rbre.2017.01.005>
- Masi, A. T., White, K. P. & Pilcher, J. J. (2002). Person-centered approach to care, teaching, and research in fibromyalgia syndrome: Justification from biopsychosocial perspectives in populations. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 32(2), 71–93. <https://doi.org/10.1053/sarh.2002.33717>
- McCormack, B., McCance, T., Bulley, C., Brown, D., McMillan, A. & Martin, S. (2021). *Fundamentals of Person—Centred Healthcare Practice*. SD Books.
- Sauch Valmaña, G., Vidal-Alaball, J., Poch, P. R., Peña, J. M., Panadés Zafra, R., Cantero Gómez, F. X., Ruíz Comellas, A. & Barranco Reixachs, D. (2020). Effects of a Physical Exercise Program on Patients Affected with Fibromyalgia. *Journal of Primary Care & Community Health*, 11, 1–6. <https://doi.org/10.1177/2150132720965071>
- Sosa-Reina, M. D., Nunez-Nagy, S., Gallego-Izquierdo, T., Pecos-Martín, D., Monserrat, J. &

- Álvarez-Mon, M. (2017). Effectiveness of Therapeutic Exercise in Fibromyalgia Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *BioMed Research International*, 2017, 1–15. <https://doi.org/10.1155/2017/2356346>
- Staud, R. & Smitherman, M. L. (2002). Peripheral and central sensitization in fibromyalgia: Pathogenetic role. *Current Pain and Headache Reports*, 6(4), 259–266. <https://doi.org/10.1007/s11916-002-0046-1>
- Torp, I., S. (2014, 10. oktober). *Helsinkideklarasjonen*. Forskningsetikk. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Verdens helseorganisasjon. (u.å.). *WHOQOL - Measuring Quality of Life* | The World Health Organization. Who. <https://www.who.int/tools/whoqol>
- Wijma, A. J., Bletterman, A. N., Clark, J. R., Vervoort, S. C. J. M., Beetsma, A., Keizer, D., Nijs, J. & Van Wilgen, C. P. (2017). Patient-centeredness in physiotherapy: What does it entail? A systematic review of qualitative studies. *Physiotherapy Theory and Practice*, 33(11), 825–840. <https://doi.org/10.1080/09593985.2017.1357151>
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M.-A., Goldenberg, D. L., Häuser, W., Katz, R. L., Mease, P. J., Russell, A. S., Russell, I. J. & Walitt, B. (2016). 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 46(3), 319–329. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2016.08.012>
- Yuan, S. L. K., Matsutani, L. A. & Marques, A. P. (2014). Effectiveness of different styles of massage therapy in fibromyalgia: A systematic review and meta-analysis. *Manual Therapy*, 20(2), 257–264. <https://doi.org/10.1016/j.math.2014.09.003>

## Vedlegg

### Vedlegg 1: Samtykkeskriv

## Vil du delta i bachelorprosjektet

### *“Fibromyalgi - den usynlige sykdommen. En kvalitativ studie”?*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke fysioterapeuters erfaringer med pasienter som har fibromyalgi, og hvilken behandlingstilnærming de opplever som mest vellykket for å skape økt livskvalitet og symptomlindring. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Formålet med dette prosjektet er å få innsikt i fysioterapeuters erfaring med pasienter med fibromyalgi og hva de opplever som den beste tilnærmingen i møte med denne pasientgruppen. Tilnærming kan være kommunikasjon, behandlingsvalg, og samarbeid med andre yrkesgrupper. Ved å intervju ulike fysioterapeuter med personlig erfaring, samt litt ulik bakgrunn, ønsker vi å få en bred forståelse for hvordan man kan møte disse pasientene på best mulig måte, og sammenfatte det vi opplever som suksessfaktorer i møte med, og behandling av disse pasientene.

*Hvilken behandlingstilnærming erfarer fysioterapeuter er mest vellykket i møte med pasienter med fibromyalgi for økt livskvalitet og symptomlindring?*

Dette prosjektet vil utgjøre bacheloroppgave i fysioterapi.

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

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

Høgskulen på Vestlandet er ansvarlig for prosjektet.

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

Du spørres om å delta i prosjektet fordi du er fysioterapeut og har erfaring med pasientgruppen

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

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at vi vil gjennomføre et intervju med deg. Det er utarbeidet en intervjuguide som omhandler spørsmål om dine erfaringer om det aktuelle tema. Noen av de mest sentrale temaene handler om hvilke tiltak du bruker i møte med pasientgruppen og hvor vellykket disse er. 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 skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Kun vi 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 2023).

**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 Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.



**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.

**Hvor kan jeg finne ut mer?**

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

- Bacheorstudent:
- Veileder:
- Høgskulen på Vestlandet:

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

- Personverntjenester på epost eller på telefon:

Med vennlig hilsen

Veileder

(Veileder og lærer ved fysioterapeututdanningen)

*Student*

(Student)

---

**Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Fibromyalgi – den usynlige sykdommen. En kvalitativ studie.*» 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 2: Intervjuguide

Hei! Vi heter ... Vi ønsker å informere deg om hvordan vi behandler opplysningene om deg. Opplysningene om deg vil bli brukt til formålene vi har fortalt om i samtykkeskrivet vi sendte til deg. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Kun vi som studenter vil ha tilgang til dataene.

Takk for at du stiller til intervju!

*Hvilken behandlingstilnærming erfarer fysioterapeuter er mest vellykket i møte med (kvinnelige) pasienter med fibromyalgi for økt livskvalitet og symptomlindring?*

### **Innledende spørsmål**

1. Hvor lenge har du jobbet som fysioterapeut?
2. Hva har du mest erfaring med innenfor fysioterapi og hva interesserer du deg mest for og hvorfor?
3. Har du videreutdanning, eller kursing, eventuelt hvor og hva?
4. **Hvilke assosiasjoner får du når du hører ordet fibromyalgi?**
  - Hva kjennetegner pasientgruppen?
5. **Hvilke/hvilken tilnærming benytter du i behandling av personer med fibromyalgi og kan du gi et eksempel på et behandlingsforløp?**
  - Hva er fysioterapeuters rolle i forløpet? Hva er evt. ikke vår rolle?
  - Hvor ofte følger du opp pasientene?
  - Hva føler du har hatt positiv innvirkning gjennom et behandlingsforløp?
  - Hva er målene for forløpet? Og hva legger du og pasienten vekt på i målsettingen?

- Hva legger du mest vekt på for å nå målene?
- Hvilke forventinger har du til pasientene i behandlingsforløpet?
- Om du bruker den biopsykososiale modellen, hvordan bruker du den og hva legger du vekt på?
- Hva tenker du om energiøkonomisering i forhold til denne pasientgruppen?
- Samarbeider du med noen andre yrkesgrupper, evt. hvem, når og grunnen til det?
- Har noen pasienter hatt progresjon i forhold til målsetting, økt livskvalitet og symptomlindring – hvorfor tror du det?
- Har noen av dine pasienter blitt helt friske fra Fibromyalgi?
- Ser du noen tegn/sammenheng/likheter på de som blir bedre?
- Forholder du deg ulikt til kvinner og menn?
- Hva tenker du om medisinbruk, kan det være en faktor/fordel mot å nå målene om økt livskvalitet og symptomlindring?

#### **6. Hvilke tiltak benytter du deg av?**

- Hva tenker du om dosering og intensitet?
- Hva baserer du valg av tiltak på? Forskning, erfaring, brukervedvirkning?
- Hvilken tilnærming har du opplevd mest framgang med knyttet til økt livskvalitet og symptomlindring?
- Bruker du tiltak alene, eller i kombinasjon med andre, evt. hvilke?
- Hvilke prinsipper baserer du tiltakene dine på?
- Hva synes pasientene om tiltakene du bruker?
- Er det enkelte tiltak som er på vei ut/på vei inn?

#### **7. Er det noe pasientene ikke skal gjøre?**

- Kontraindikasjoner?

#### **8. Er det noe du mener er viktig og/eller relevant og som ikke har blitt belyst i intervjuet?**

Tusen takk for at du stilte til intervju!

### Vedlegg 3: Transkripsjon av intervju 1

Informant

Intervjuer 1

Intervjuer 2

**Intervjuer 1:** Kan du gi et eksempel på et behandlingsforløp for pasienter med fibromyalgi?

**Informant:** Eh, nei (latter), det kan jeg egentlig ikke, for sånn jeg ser det så, så er hele poenget at det er sammensatt, komplisert og individuelt, slik at hvis man kjører en sånn standard behandling så vil man ikke komme i mål.

**Intervjuer 1:** Mhm.

**Informant:** Så jeg kan egentlig ikke det. Eh, men tenke at målet da eh, som jeg gjør med alle da er jo å prøve å hjelpe deg til å få en bedre hverdag, du tenker ikke hvordan kan jeg fikse eller fjerne diagnosen deres, det er mer sånn hvordan kan jeg hjelpe dem til å hjelpe seg selv, og hvordan kan de forstå seg selv og sine plager bedre, og da blir det på en måte i utgangspunkt med funksjonen til den individuelle pasienten og de funnene jeg gjør, både i samtale og undersøkelse da, eh, og da er jo utgangspunktet ikke så veldig opptatt av at det heter fibromyalgi, men, men mine erfaringer er at de pasientene som har fått diagnosen alltid har hatt et langvarig komplisert behandlingsforløp eller sykdomsforløp før de kommer til meg, meg og da så det som er viktig i behandlingsforløpet er å realitetsorientere deg, få til å skjønne at det ikke er en quick fix og at ja at min tilnærming er egentlig til å hjelpe deg til å hjelpe seg selv, på en måte hjelpe deg jo, men jeg bruker jo på en måte deg som støtte, eller hvordan klarer jeg få en bedre hverdag og et bedre liv, det som kanskje kan si som et eksempel på hva jeg faktisk gjør da uten at det, vil ikke komme med noe sånn konkrete ting på det for det er veldig individuelt, mhm.

**Intervjuer 1:** Mhm.

**Intervjuer 1:** Du har sagt kanskje litt om det, men hva mener du er fysioterapeuters rolle i forløpet og hva er eventuelt ikke vår rolle?

**Informant:** Ja det, jeg sa vel egentlig det men at rollen er å, er ikke å fikse problemet det er ofte jeg tenker at vi fysioterapeuter har veldig lyst til å både redde verden og fikse pasientene sine problem men, men i og med at dette er veldig sammensatt og komplisert så blir det en veldig umulig oppgave så jeg tenker at å hjelpe deg til å hjelpe seg selv og så hvis, hvis de har på en måte enkelt problematikk da sånne sier at jeg har et vondt kne da så kan man selvfølgelig alltid hjelpe deg helt sånn konkret for å trene opp det kneet, eller sånn kort nakke, men sånn helt sånn konkrete ting, men hoved, hovedrollen er, ja å hjelpe dem til å hjelpe seg selv som jeg igjen har sagt, prøve å ikke gjenta meg selv så mye at dere må transkribere mer enn nødvendig (latter)

**Intervjuer 1:** Ja

**Intervjuer 1:** Eh, hvor ofte følger du opp pasientene?

**Informant:** Eh, vanligvis eh, en gang i uken, en time en gang i uka, eh, aldri oftere enn det, men av og til litt sjeldnere, men eh, standarden er egentlig en time i uka.

**Intervjuer 1:** Mhm

**Informant:** Mhm

**Intervjuer 1:** Eh, hva erfarer du har hatt positiv innvirkning gjennom et behandlingsforløp?

**Informant:** Eh, det er jo at de på en måte er åpen for å ta i mot innspill, åpent for å se at ting kan gjøres annerledes da og åpent for å gå inn i et sånn, en endrings, et endringsforløp da og, og at de etter hvert da forstår mer av seg selv og sine plager og at de klarer å sette seg inn i litt større sammenheng, kanskje det hvis, hvis man, hvis du møter veldig mye motstand da, hvis man på en måte tenker at det, eller hvis pasienten gir uttrykk for at «nei jeg vet ikke hva som feiler meg og legen kan ikke hjelpe meg og ingen kan hjelpe meg» og så er det liksom bare enkelt at dette kommer ikke til å gå bra (latter), men motsatte da, hvis de på en måte er heller litt åpne for å se på seg selv og helheten så er jo det....det som påvirker positivt i rett retning.

**Intervjuer 1:** Mhm.

**Informant:** Mhm.

**Intervjuer 1:** Også sa du litt i stad om at noe av målene for eksempel er å leve en bedre hverdag, eh, men hva, er det noe mer du og pasienten legger vekt på i målsetting?

**Informant:** Jeg føler at jeg er veldig sånn eh, nysgjerrig, altså at jobben min er å være litt sånn nysgjerrig og prøve å forstå hva egentlig er utfordringa til pasientene, og det er jo litt sånn noen har jo en ambisjon om å komme tilbake til jobb sant, noen eh, ønsker å komme tilbake til et aktivt liv i trening, noen ønsker å kunne følge opp ungene sine så, målsettinga blir jo veldig individuell og avhengig av den enkelte, så målsettinga mi må jo være å forstå hvem det er jeg har foran meg.

**Intervjuer 1:** Mhm.

**Informant:** Mhm.

**Intervjuer 1:** Eh, samarbeider du med noen andre yrkesgrupper, eventuelt hvem, når og grunnen til det?

**Informant:** Ja eh, jeg gjør det, jeg samarbeider egentlig med mange, men det er ikke noe sånn fast det heller sant, samarbeider med de som det oppleves hensiktsmessig og samarbeide med og det kan være alt fra fastlege, psykolog, kiropraktor så at det ja, så det er igjen jo liksom det der individuelle som kommer inn.

**Intervjuer 1:** Mhm.

**Informant:** Mhm, hvis de sliter med et eller annet psykisk så, som ikke på en måte ikke har fått hjelp til å håndtere tidligere, hvis det ikke kommer fram at det er et eller annet som ligger der så er det naturlig å henvise til psykolog hvis de har en eh, hvis de har en, føler at de har en låsning i nakken så henviser jeg lett til en kiropraktor.

**Intervjuer 1:** Mhm.

**Informant:** Mhm.

**Intervjuer 1:** Eh, og har noen av de pasientene du har hatt med fibromyalgi, har de hatt progresjon i forhold til målsetting, eller økt livskvalitet og symptomlindring og hvorfor tror du det eventuelt?

**Informant:** Ja, det har de, eller det er mange som har det, eh, og da litt som jeg var inne på i stad egentlig dette med, de som liksom som går inn i denne endringsprosessen, innser at det tar tid eh, innser at endringa ligger på en måte hos dem selv og i deg selv, så eh, og at de gjør de endringene, jobber med både seg selv og omgivelsene, så blir jo bedre.

**Intervjuer 1:** Ja.

**Informant:** Mhm.

**Intervjuer 1:** Eh, har du erfart at noen av pasientene har blitt helt friske fra fibromyalgi?

**Informant:** Eh, ikke i form av at de kanskje har fått fjerna, fjerna diagnosen sin, eh, men det er veldig mange som blir bedre og får mindre symptom og kanskje hvis noen har undersøkt dem eller utreda igjen, kanskje ikke hadde fått diagnosen fibromyalgi, men de fleste beholder dem vel, eh, og det er jo dessverre litt sånn at, det er noen fordeler å ha en diagnose og i sånn systemet fungerer, altså hvis du skal ha noe hjelp fra NAV, eller eh, i forhold til arbeidsgiver og sånt så er det dumt å si nei jeg plages med en sammensatt lidelse, det, det er faktisk bedre å ha fibromyalgi, så. Så både ja og nei.

**Intervjuer 1:** Mhm. Eh, har du sett eller ser du noen tegn, sammenheng eller likheter på de som blir bedre, eventuelt hva?

**Informant:** (Tenker) Ja, jeg har nå vært inne på det og, men det liksom, de som er og litt nysgjerrige på seg selv og på en måte er åpen for å se på seg selv på nye måter, kanskje mange av dem, kanskje noen måter, eller kanskje måten de lever livet sitt på i forhold til den sykdommen de har, hvordan forventninger de har til hvordan de skal fungere, bør justeres på, som og er åpen for det i stedet for å bare «jammen det må nå være sånn» sant at eh, vi liksom fortsetter på samme stien som alltid, så eh, så det er jo de som blir bedre, de som er innstilt på å gjøre endringer.

**Intervjuer 1:** Ja.



**Informant:** Ja.

**Intervjuer 1:** Eh, erfarer du ulikt behandlingsforløp eller tilnærming ved kvinner og menn og eventuelt hvorfor?

**Informant:** Eh, i utgangspunktet så opplever jeg ikke så stor forskjell, de har vel mye av de samme symptomene, eh, min erfaring er kanskje at menn har litt mer motstand for å mer å, vet ikke ta det innover seg, eller innrømme det, eller akseptere det sånn at det blir, føler at du står litt som terapeut og stanger hodet litt mer i veggen hos de mannfolka da, ofte så de damene som har diagnosen er godt voksne og de er jo ofte, vet ikke nå synser jeg bare, men en periode av livet hvor det liksom er sånn åpent for å gjøre endringer og åpen for å snakke om ting og åpen for å gjøre ting, mens mannfolka snakker liksom fremdeles som «jammen når jeg var i militæret så kunne jeg jo ta 40 armhevinger» (latter), det er litt sånn, eh, og sånn at det er litt sånn at, «ja men jeg vil ikke gi slipp på identiteten min, jeg var jo en gang en sprek, sterk mann som aldri måtte bøye av for noen ting», sant det er jo den typen folk som får fibromyalgi vil jeg nesten påstå da, de som liksom har drevet seg selv litt for hardt og som liksom ikke har hatt noen grenser og som har hatt en frisk kropp, som har fungert, men på et eller annet tidspunkt så blir det jo nok, sant så, så mannfolk er vanskeligere å jobbe med sånn sett og de har liksom lyst, mer lyst til å kalle det, «ja hva er den fysiske årsaken til det her da, hva er det som ligger bak», det, det opplever jeg ofte så sånn sett så er det litt tyngre da, du må liksom (latter). Men det kan hende at det, en mann hadde opplevd det helt annerledes, enn eh, men jeg føler liksom at jeg må ofte jobbe mer med tålmodigheten, min egen tålmodighet når jeg jobber med menn, fordi at de, de er så, det er så vanskelig for dem å akseptere problemstillingen da.

**Intervjuer 1:** Ja, mhm.

**Informant:** Ja, men de har jo akkurat like mye plager og, akkurat like stort potensialet for å bli bedre, men det er akkurat dette der jeg syntes er største problemet da.

**Intervjuer 2:** Mhm

**Intervjuer 1:** Ja, interessant.

**Informant:** Mhm.

**Intervjuer 1:** Eh, og hva tenker du om medisinbruk, kan det være en faktor eller fordel mot å nå målene om økt livskvalitet og symptomlindring?

**Informant:** Eh, ja eh, jeg tenker at hvis du bare tar medisin på grunn av at du har så mye smerte for å si det sånn, så har jeg ikke trua på det da, for det har de sikkert allerede eh, gjort sånn at de har jo mye smerte så hvis det er sånn ja hvordan smertestillende er best og jeg sliter med å sove så da får du sovemedisin, så har du egentlig ikke endret på noen ting. Men jeg tenker at hvis medisin er en del av på en måte behandlingsforløpet, si at hvis du tenker sånn...energiøkonomisering at du skal på en måte eh, tenke samsvar mellom hvor mye energi du bruker og hvor mye du restituerer sant så er jo for eksempel søvn veldig viktig, eh, hvis du, du kan jo tåle mer belastning i løpet av en dag hvis du sover godt om natta, det er jo restitusjon, søvn er jo restitusjon eh, hvis de ikke sover da på grunn av masse smerte og det begynner med å ta smertestillende på kvelden før du legger deg for å få sove bedre og restituere bedre så tenker jeg at medisin absolutt er eh, viktig da.

**Intervjuer 1:** Ja.

**Informant:** Men det spørres liksom hvorfor man gjør det, om man bare driver på med symptomlindring for å liksom ha det litt bedre, enn om man bruker det inn i et forløp, i et behandlingsforløp og da er det jo helt avhengig av liksom samarbeid ja med lege og, eller med legen da, mhm.

**Intervjuer 1:** Mhm, ja

**Informant:** Mhm. (tenker) hvis du bare driver å peiser på med medisin så vil det jo etter hvert bli ganske sånn kraftig, kraftig medisinerings, de har jo masse plager disse her.

**Intervjuer 1:** Ja.

**Informant:** Mhm.

**Intervjuer 2:** Fint, da kan vi gå litt videre eh, på det med tiltak.

**Informant:** Mhm.

**Intervjuer 2:** fortsetter: så hvilke tiltak eh, benytter du deg av?

**Informant:** Egentlig alle tiltak eh, som står i boka og som du kan komme på (latter) underveis og det blir jo eh, avhengig av hvilke symptomer man har, sant men og må prøve og feile og man må spørre og, man må teste ut også av og til så går det bra og av og til går det ikke bra, men det er jo ofte dette der med å, begrense aktivitetsnivået, og handler ikke nødvendigvis det om at man ikke skal trene mer, men at man må liksom se på totalen da at hvor, hvor mye energi bruker man i løpet av en dag og hvor går energien, sant og mange sier «jammen jeg sitter nå bare på sofaen eh, men så sitter jeg sånn som det her og er superstressa og supervond ikke sant også sover jeg ikke om natta» også får de beskjed om at de må trene for eksempel (latter) sant, men at eh, at tiltak er jo ofte eh, altså overskrifter på tiltaka da er jo kanskje dette her med å se på og finne ut av eh, liksom den der balansen mellom energibruk og energioppfylling på en måte, men på veldig mange forskjellige måter, det er ikke bare, det er ikke bare en måte å gjøre det på.

**Intervjuer 2:** Mhm

**Informant:** Mhm

**Intervjuer 2:** I forhold til det der, noe konkret du tenker om dosering og intensitet, eh, med den pasientgruppa?

**Informant:** Mhm, igjen, kan du gjenta spørsmålet?

**Intervjuer 2:** Eh, i forhold til det du snakket om nå, er det da noe spesifikt, eller konkret du tenker at eh, eh, er viktig rundt dosering og intensitet når du jobber med den gruppa her, i forhold til tiltak?

**Informant:** Ja, altså det er jo dette der med å ikke forstrekke seg da, jeg vet ikke om det er et ord, eh, som gir mening, men, men det er liksom at hvis du tenker at på slutten av dagen så skal du på en måte ha igjen energi. Du skal jo være sliten, du skal jo bruke energien, for når

man bikker den grensa så går man jo liksom, da er man forstrekt, da går man ned i en sånn eh, stressmodus ikke sant, eh, si at man våkner om morgenen og verken er uthvilt, eller noe sant så våkner man og er i aktivert modus og hvis man da skal stå opp også komme seg gjennom dagen, også skal man holde på med ting også har man egentlig ikke overskudd til å stå opp engang så blir alt man gjør, veldig veldig slitsomt, selv om det man gjør i løpet av dagen er jo egentlig ikke slitsomt, sant det er jo ikke slitsomt å gå og hente posten eller de fleste tåler, eller fysisk så tåler de fleste det meste, sant men kroppene er ment for å, for å brukes så det er dette her med å ikke havne i denne forstrekte sona da. Jeg vet ikke om det gir mening eh, når jeg sier det, men men at man holder seg under der og prøver liksom å ikke bruke opp energien, det er jo folk som ikke skjønner helt dette der, man tenker liksom at, eller de tenker ofte at eh, «det har jeg greid før, så det må en fortsette å greie» eller «man må jo bare gjøre sånn» sant at en mann tenker kanskje at «jeg må jo være på jobb» en dame tenker kanskje «jeg må jo ha et rent hus eller må jo følge» ja, ja det kan jo være alt som, alt mulig rart ikke sant, men at man må gå litt, litt lenger inn å kjenne etter hva har jeg egentlig energi til og at man prøver å ikke heile tida tømme den energitanken. Det er jo et konkret, men et veldig ukonkret svar det og, men, men det er det og prøve fordi at, kan tenke seg at hvis man legger seg om kvelden og er sliten, god og sliten men ikke overtrøtt og helt, så så får man sove godt, men hvis man er skikkelig skikkelig stresset og oppgaver og egentlig vært trøtt hele dagen så kanskje man faktisk ikke får sove sant, så det da er man i den der eh, forstrekte eh, sonen da som jeg kaller det, ja.

**Intervjuer 1:** Mhm

**Informant:** Mhm.

**Intervjuer 2:** Så den tilnærmingen som du snakker om nå, vil du si at eh, du har funnet den gjennom erfaring, eller forskning, eller er det mer sånn individbasert og brukervedvirkningsbasert?

**Informant:** Eh, alle, absolutt alle. Eh, dissa der, det ligger jo både forskning og masse teori i bunnen for det der også må man jo tenke at man trenger jo en sånn personlig egnethet for å være litt sånn sensitiv, tunes inn på hver enkelte pasient, for å kunne, eh, liksom hjelpe dem med å gjøre akkurat det som fungerer for akkurat den pasienten, men man bruker jo alle de teoriene man kan, sånn man bruker jo biomekanikken, man bruker jo anatomien og

fysiologien og treningslære og kunnskap om behovet for restitusjon ikke sant, man bruker alle de dere teoriene der, legger det til grunn, det er ikke noe sånn, det er ikke noe sånn, veldig mange som tenker på den måten, jobber på litt sånn dere flagrende og hokus pokus, men det er det ikke (latter).

**Intervjuer 2:** Mhm.

**Informant:** Mhm.

**Intervjuer 2:** Er det noen av disse eh, tilnærmingene eller tiltaka du bruker som du har opplevd enda mer fremgang med, eh, knyttet til dette med økt livskvalitet og symptomlindring?

**Informant:** (tenker), ja eh, jeg har nå sagt litt om det før i forhold til at de må faktisk skjønne seg selv og ta tak og sånn, men dette her med å faktisk få folk, liksom finne ut hva, hva skal de gjøre for å sove, for å få god søvn, tenke at hvis de ikke har god søvn, så kan du jo eh, hva, hva skal du gjøre liksom for å hjelpe dem hvis ikke, hvis ikke pasienten sover om natta. Så eh, kanskje søvn er det viktigste, det er, vet ikke helt, kjenner ikke til et fasit svar til hvordan man skal få folk til å sove, men eh, hadde en pasient her en dag som sier at han sover så dårlig om natta, men også kom, snakker han liksom med meg og sier han «klokka åtte om kvelden, da, da er jeg så trøtt at da hadde jeg gått å sove, men jeg tenker jo det at klokka åtte kan jeg ikke å gå legge meg. Også sier jeg hvorfor ikke? «Nei det er et godt spørsmål», ikke sant, så da er han trøtt, da har han liksom nådd den gode trøttheten også når han går og legger seg klokka 12 da så er han forstrekt, da er han langt over streken så da får han ikke sove, men om han da gikk og la seg klokken åtte, da kroppen hans ga beskjed så sover han mye bedre. Så tenker jeg en så sliten kropp, må få sove om natta, det er liksom starten på noe bedre. Ja, så hvis du skal trekke fram en ting så er det kanskje søvn. Og mat og drikke og sånn selvfølgelig, mhm sånn helt sånn basisbehov som er helt faktisk, helt nødvendig for at ting skal bli bra, det blir jo ofte litt sånn at de «ja jeg går hjemme kanskje» hvis du er uføretrygda, kanskje blir litt sånn trøblete kosthold, kanskje de ikke, har huska på å drikke nok, ja alle disse her «hvor ofte drikker du vann?» «Hva drikker du, kaffe eller drikker du vann til frokost?», sånn helt sånn basic ting som en «hvordan er vitaminstatusen din?», sant har du vært hos legen å sjekka og du har liksom helt tomt for B – vitamin, det er jo mange som er det så disse basic tinga er

kanskje det viktigste i starten i hvert fall, mhm så kanskje ikke helt fysioterapi, men hvis du skal hjelpe noen så må kroppen være funksjonell.

**Intervjuer 2:** Mhm.

**Informant:** Mhm.

**Intervjuer 2:** Altså, apropos det med fysioterapi eh, hva tenker du om sånne eh, tradisjonelle tiltak som trening, massasje og prinsipper innenfor dosering av det eh, mhm?

**Informant:** Bruker alt det eh, så og målet må, er jo ofte, eller målet er jo at, altså en sunn kropp bør jo være i aktivitet, eller en sunn kropp bør jo trene eh, så målet er eh, er jo egentlig for meg alltid at de skal komme hit, samtidig som at jeg ikke har trua på å bare kaste et sånt her A4 – ark med øvelser etter dem å si «gå hjem og tren da», for det, eh, jeg har jo jobbet en stund og jeg har enda til gode å se noen som gjør det på denne måten så. Men målet er jo at de skal begynne å trene og, hva var det du egentlig spurte om? (latter) Sorry.

**Intervjuer 2:** Neida, det var jo om det var noen sånne typiske fysioterapeutiske som du brukte i tillegg til det her med å tilpasse i forhold til individet og.

**Informant:** Ja, nei altså for det at, også si at de har jo helt normale plager der som alle andre sier. Si har du vondt i hofta så undersøker du jo hofta og har du en svak gluteus medius så trener du gluteus medius, det selv om eh, tenker på alt det der overordnet og sånt så, du får det jo bedre hvis du slutter og halte og (latter) så eh, du gjør alle disse greiene der. Mange har jo liksom stive vonde skuldre, sant da, da er det lurt å trene, mhm. Men eh, spørs litt hvor de er i behandlingsforløpet, om de er helt sånn, hvordan er det med energinivået, hvis det ikke er ofte, veldig veldig veldig ofte og kanskje de snakker om noe så er det jo veldig lavt energinivå, og da, det er viktig å ikke bruke opp det på trening, men eh, trening er alltid målet, eller aktivitet da, fysisk aktivitet, sunn fysisk aktivitet, mhm styrketrening er jo kjempeviktig og altså når de begynner å bli litt bedre, det er noe med sånn der avhengighet av terapeuten, mange som har, går jo veldig lenge disse der også kjenne nå bør du begynne å øke styrken din litt og få opp litt blodsirkulasjon og eh, og få opp kondis og sånn. «Ja, jeg kan ikke trene hos deg da», sant da setter opp treningsprogram der og vipps så er de friske, altså de er ikke friske,

men da er de liksom på en frisk plass og de kan ivareta seg selv, så da trenger de ikke meg lenger på en måte, så eh, mhm. Det har jeg trua på.

**Intervjuer 2:** Ja

**Informant:** Ja

**Intervjuer 2:** Erfarer du at det er viktig å bruke tiltak i kombinasjon med hverandre, eller liker du å eh, gjøre det mer isolert?

**Informant:** Nei, bruker egentlig alle, alle mulige slags tiltak. Jeg behandler masse på benk, men jeg har ikke trua på at det isolert sett er lurt hvis ikke de enten begynner å trene, eller hvis de gjør endringer av det andre som vi har snakket om til nå da, så tror jeg ikke at det, du kan massere en fibromyalgipasient en gang i uka i ti år uten at det hjelper på en måte, men hvis det på en måte kan hjelpe et par dager og det kan føre til at en får mer lyst, eller at det blir lettere å trene eller gjøre øvelser eller hva enn det måtte være, sove bedre, få mindre hodepine så eh, er det jo absolutt eh, smart, men ikke, veldig sjeldent at en ting fungerer på en sammensatt problemstilling. Det er det som gjør at det blir ganske komplisert.

**Intervjuer 1 og 2 samtidig:** Mhm.

**Informant:** Mhm.

**Intervjuer 2:** Hva syns pasientene om tiltakene som du bruker?

**Informant:** (Latter) eh, det kommer litt an på, eh, hvorfor det, eller hvem, hvem som har fått deg til å komme til meg da, hvis det har blitt forespeila litt hva jeg kommer til så er de nå veldig åpen, eh, men noen, noen får sånn «jeg trodde jeg skulle til fysioterapeut, her sitter jeg bare å prater liksom» (latter) så det er jo litt forskjell på det da, det er det jo. Men eh, de som er åpen for å prøve da, de er, de føler seg veldig sånn møtt på og sett som den de er i og med at jeg er såpass nysgjerrig og grundig på hva som er akkurat deres utfordringer, sant så, tror, det går nesten alltid den veien at de føler seg ivaretatt, men ikke alltid med engang, de synes ofte at det er litt rart.

**Intervjuer 1:** Mhm.

**Intervjuer 2:** Mhm.

**Informant:** Mhm.

**Intervjuer 2:** Ja, eh, i forhold til det vi var så vidt inne på med trening, er det noen erfaringer du har med det eh, knyttet til dosering, intensitet, øvelser, eller e,h type trening som du vil trekke fram?

**Informant:** (tenker) mhm (tenker litt mer), sa jeg ikke litt om det i stad egentlig?

**Intervjuer 2:** Du har nok sagt litt om det, var bare hvis du ville legge til noe på det?

**Informant:** Ja, eh.

**Intervjuer 2:** Altså du har snakket litt om det altså.

**Informant:** Jeg tenker i hvert fall at dosering og intensitet da det, man kan jo sin treningslære ikke sant som fysioterapeut, man kan, man vet jo hva som på en måte eh, per def fungerer best eh, men eh, i utgangspunktet så kan man ikke ta med seg det inn i behandling av den type pasienter som her, i begynnelsen. Man må ha det i bakhånd, men man kan ikke begynne med sånn makstrening, eller intervaller, eller sånne ting på den, den type pasienter så man må, man må rett og slett individtilpasse det og, men eh, også, men samtidig så må man følge opp sant, for man vil jo ha progresjon, man skal ikke liksom, det høres kanskje ut som en eh, «sånn ja man skal bare ligge å puste og flagre litt med armene og sånt», men det skal jo være progresjon, men man må begynne der pasienten er og man må følge de opp eh, disse der eh, A4 – arka med øvelser sånn som jeg var inne på i stad, sant hvis du «alle har jo hørt at det er bra å trene», og i tillegg så kommer de til oss også får de beskjed «du må trene, hvis ikke så blir du ikke bedre, se her gå hjem å gjør dette her». Også drar de hjem og prøver de også får de vondt, også, eller så klarer de ikke det, eller så orker de ikke det også blir det liksom nok et nederlag og se her ingenting som fungerer ikke sant, sånn at det der hele tiden, den justeringa i forhold til, at den intensiteten, den er eh, veldig viktig, hvordan går det med de øvelsene? «Jo det går bra med den og den og den, men eh, jeg fikk veldig vondt i ryggen av den ene



øvelsen der». Okey, få se på hvordan, hvordan utfører du denne øvelsen også utfører vi denne øvelsen greit, så kan det hende det er for mye, at den øvelsen skal tas bort, kanskje men det er jo, ofte så er det litt sånn at de kanskje gjør det feil, sant sånn at den, at den følger opp veldig nøye da. Og når det går bra så øker man. Mhm.

**Intervjuer 2:** Mhm. Opplever du at det er enkelte tiltak eh, som er på vei ut, eller på vei inn eh, i arbeid med den gruppa her? Eventuelt hvilke og hvorfor?

**Informant:** Eh, jeg tenker ja i hvertfall at heldigvis så er det jo en større aksept for at den der eh, biodynamis, eller den der bio, biomedisinke synet på kroppen, altså sånn at man tenker på kroppen som en maskin, den er jo på vei ut, absolutt og det har den jo på en måte vært lenge, men samtidig så er den litt eh, vel godt forankra i hele helsesystemet eh, hvordan det utdannes og hvordan legene tenker, ikke sant skal man se «å nei nå tar jeg blodprøve» det var ingenting som feilte meg, eller vi tar «nei det er ikke noe galt med den hofte her» sant, den, det føler jeg er på vei ut og jeg føler det er liksom en sånn aksept for at ting henger sammen, at ser jo til og med manuellterapeuter, eh, til og med de har blitt mye mer sånn tuna inn på å ta litt sånne videreutdanninger i kognitiv terapi sånne ting for å klare å se heltheten, så jeg tror at denne heltheten, det er jo flere og flere som får denne typen plager som dette her så den der eh, maskintangegangen er på vei ut også er en helhetlig tankegang på vei inn, men eh, om det fungerer sånn kjempebra i praksis, altså om det er bra nok, det er jeg nå usikker på, men den der biopsykososiale modellen, jeg vet ikke om dere har hørt om den, men det er jo på en måte en modell som forsøker å sette alt dette her sammen, eh, og det er jo bra, men vil jo vel påstå at det fremdeles biodelen som fremdeles har mest tyngde og, det blir som en, det blir bio-psyko-sosial, det liksom tre forskjellige ting, i stedet for at det blir en sånn stor haug da, og jeg skjønner at det kanskje bare er frustrerende å høre, høre når man er nyutdanna, men det er jo da, eh, mitt svar på det (latter).

**Intervjuer 1:** Mhm.

**Informant:** Ja.

**Intervjuer 1:** Eh, ja også videre til neste spørsmål, vi har jo snakka litt om det sånn gjennomgående, men hvordan bruker du tiltakene? Er det noen spesiell måte du bruker dem på?

**Informant:** (Tenker). Nei, jeg bruker, hvis en vanlig behandlingstime starter alltid med at eh, vi setter oss ned og prater litt, men ikke bare for å prate for å prate, men litt sånn hvordan er det i dag og hvordan har det gått siden sist og hvordan gikk det med det vi snakket om sist og har du, eh, hvordan gikk det med de øvelsene, at vi tar en sånn catch up på hvordan ting har vært eh, og er og tar utgangspunkt i det, så det bruker alltid, tiltakene baserer seg alltid på terapi liksom den samtalen med, timen starter med da, så har jeg av og til en plan også går den planen i vasken eh, eller ikke så, så tiltaka baserer seg ihvertfall alltid på den starten av timen hvor, sjekker at hvordan er tilstanden i dag, hva har skjedd siden sist, hvordan er det, ja også bruker jeg alle de tiltaka jeg har da ut i, basert på det.

**Intervjuer 1:** Mhm.

**Informant:** Mhm.

**Intervjuer 1:** Eh, bruker du tiltakene i grupper?

**Informant:** Eh, nei ikke nå, det er eh, egentlig bare for at jeg synes det er litt kjedelig å ha gruppetrening (latter).

**Intervjuer 1:** Ja.

**Informant:** (Latter), har gjort det litt før og det er effektivt og alt, men jeg blir så lei min egen stemme (latter)

**Intervjuer 1:** (latter)

**Informant:** (latter), men det gjør jeg ikke fordi jeg mener at det er feil, men mer fordi, jeg personlig ikke synes det er noe artig.

**Intervjuer 1:** Mhm.

**Informant:** Mhm.

**Intervjuer 1:** Eh, så har du snakka litt om det, men bruker du tiltakene mer oppgavespesifikt?

**Informant:** (Tenker) hva legger du i det?

**Intervjuer 1:** Altså at du baserer tiltak, at du tegner tiltak basert på pasienten du har foran deg da.

**Informant:** Ja, absolutt. Og, og basert på pasienten, men og basert på dagen i dag, altså den dagen jeg har deg da, eller erfaringene jeg har gjort sida sist, mhm, hva de er opptatt av eller kjenner på den dagen, mhm.

**Intervjuer 2:** Mhm.

**Intervjuer 2:** Også, er det noe du tenker pasientene ikke skal, eller bør gjøre?

**Informant:** Eh, ja. Det skal, hvis de fortsetter akkurat som før så kommer det aldri i verden til å bli bra, hvis de, hvis de gjør akkurat sånn som de alltid har gjort og bare går til meg og tenker og får massasje da for eksempel, jeg kan jo gjøre det, men det kommer ikke til å fungere, altså, skal eller bør høres kanskje, men det vil i hvertfall ikke gjøre de noe bedre. For de har nå folk som gjøre det, men de kommer jo ingen vei, eh, også bør de eh, ikke komme inn i den, de bør ikke overstrekke, forstrekke seg og de bør passe på energien sin, egentlig. Ja, sånn i hovedsak, det blir jo et stort overordna svar, men eh, ja mhm.

**Intervjuer 2:** Mhm.

**Intervjuer 1:** Mhm.

**Intervjuer 1:** Ja, eh, sånn litt avslutningsvis er det noe du mener er viktig og/eller relevant som ikke har blitt belyst eh, i intervjuet?

**Informant:** (Tenker) mmm, altså ja kanskje snakka litt sånn at det høres, blir litt sånn svada, men jeg tenker at i grunn for dette her, det ligger biomekanikk, det ligger treningslære, det ligger anatomi, fysiologi, det kan ha psykologi det er liksom teorien om toleransevindu,

traumeterapi eh, sammenheng mellom levd liv og kroppslig plager ikke sant eh, halostatiskoverbelastning hvis dere har hørt om det, epigenetikk som forklarer hva som skjer med en kropp over tid hvis den er utsatt for langvarig psykisk og fysisk stress, ja såne ting, så det, det ligger teorier til grunn selv om, det blir vanskelig, det er veldig vanskelig å sette ord på det liksom, så for å få det til å høres konkret ut, men det er konkrete teorier som man bruker i den behandlinga på den type pasienter, men det er bare, i og med at man må individtilpasse så veldig så blir det veldig vanskelig å gi noen svar som går an å meisle ut i en retning å si «dette skal du gjøre med en fibromyalgi pasient».

**Intervjuer 1:** Mhm.

**Informant:** Mhm.

**Intervjuer 1:** Jah. Ja.

**Intervjuer 2:** Ja, men jeg har ikke noe spesielt å legge til da egentlig.

**Informant:** Nei.

**Intervjuer 1:** Har du det Intervjuer 1, flere underspørsmål eller?

**Intervjuer 1:** Eh, kanskje et, et sånn eh, spørsmål til. Vi har snakket, vi snakka litt om tiltak og sånt i stad eh, også ser man jo nå, nå i dag ser man mye forskning på alle de ulike tiltakene man kan ha, trening og massasje og basseng og alt det der også er det mye, det er mye altså det står veldig mye om hva som ikke funker så godt også var det spesielt trening dem har trekt fram, også lurar jeg egentlig bare på, når du velger tiltak eh, retter du deg mot det som blir funnet i forskning, eller tenker du at eh, du gjør bare det som er behagelig for pasienten og at det som funker det funker på en måte?

**Informant:** Ja eh, begge deler, men det kommer som sagt an på hvor dem er i, i, i behandlingsforløpet, men jeg tenker jo, hvis du skal tenke langt fram i tid å få en frisk kropp, tenk da baserer man seg på forskninga og hva, eller det gjør man hele veien, men i begynnelsen så er man kanskje så tuner man seg mer inn på mer sånn hva er det viktige pasienten forteller, hvor er han akkurat nå, hva er det som er viktig å snakke om søvn og mat

og hvile og sånn, men eh, liksom litt videre inn i behandlingsforløpet så blir det der eh, teorien om, eller forskningsbasert viktigere da, at eh, da blir det jo for at all forskning er jo, det er jo gjort på friske kropp og ofte gjort på mannekropp, sånn at eh ja, eh, hvis man da skal bruke det, man kan ikke overføre det direkte til en syk dame, det går ikke, mhm.

**Intervjuer 1:** Mhm.

**Intervjuer 2:** Jeg kom på en ting til som kunne vært interessant og gått litt inn på, eh, det er det her med hva du tenker at er forbedringspotensialet i og å møte de pasientene her for at de skal få den eh, livskvaliteten, eller økt symptom eller mindre symptom og økt livskvalitet da?

**Informant:** Eh, ja det, har du en time til, neida (latter), neida. De går jo minimum rundt i 9 år i helsevesenet med sine plager uten å få hjelp, at de shopper rundt, og gjenta spørsmålet så jeg ikke snakker med ut på vidden nå.

**Intervjuer 2:** Nei, om det er noe du tenker at vi burde fokusere på i veien videre, for å møte pasientgruppen best mulig?

**Informant:** Ja, ja ja så, så de hadde jo vært mange runder i helsevesenet overalt egentlig og og de fortalte jo det at deres opplevelse av hvordan de hadde det ble bare verre, det ble verre og verre og verre i møte med helsevesenet, det på en måte, møte deres med helsevesenet gjorde at situasjonen deres forverra seg, det ble ikke bedre, det ble verre og grunnen til det er at de følte ikke at de eh, forsto noen ting, det ble bare mer kaos, det ble bare mer eh, spørsmål og de fikk bare mindre kontroll over sin egen situasjon eh, fordi at de ikke følte seg sett og møtt, og forstått ikke sant sånn at eh, forbedringspotensialet er jo faktisk å tenke at vi kan ikke sitte her å si «nei, men det feiler ikke deg noen ting», eller «jammen du må bare trene», hvis man ikke har ork til å trene eller ha mennesker nære ikke sant det eh, det er det som er forbedringspotensialet eh, og det er det de forteller om, det forteller den statistikken som viser at de shopper rundt i helsevesenet i årevis ikke sant de er innom en hel haug med, med avdelinger og fastlege, og spesialister og hit og dit ikke sant så blir de verre og verre og verre og verre, for de blir ikke, de blir ikke, de føler seg ikke tatt på alvor ikke sant følelsen av å ikke bli tatt på alvor den, den er ganske stressende.

**Intervjuer 1:** Mhm.

**Informant:** (Fortsetter) den er ganske sykdomsfremkallende i seg selv, sant mhm. Så eh, også er det jo og forbedringspotensialet i å faktisk sette seg inn i hva det er, hva er det som hjelper for disse pasientene, hvem er det som har gjort noe som fungerer sant, det fins jo noen studier på det og, hvordan, det fins vel noe artikler på pasienter som faktisk har blitt bra av fibromyalgi og som dere sikkert har lest, mhm.

**Intervjuer 1:** Mhm

**Informant:** (Fortsetter) så eh, at man faktisk er nysgjerrig på det da, mhm hva er det som faktisk fungerer.

**Intervjuer 1 og 2:** Mhm.

**Informant:** Mhm.

**Intervjuer 1:** Ja, men da, vi vil si, takke en gang til for at du stilte til intervju så stopper.

**Intervjuer 2:** Jeg bare stopper, stopper recordinga der jeg Intervjuer 1.

**Intervjuer 1:** Ja, jeg stopper på mobilen jeg også (zoom sier «recording stopped»).

## Vedlegg 4: Transkripsjon av intervju 2

Informant

Intervjuer 1

Intervjuer 2

**Intervjuer 1:** Kan du gi et eksempel på et behandlingsforløp for pasienter med fibromyalgi?

**Informant:** Ja, jeg tenkte at noen av de pasientene som har hatt fibromyalgi eller sammensatte lidelser er vel kanskje de pasientene som har utfordra meg mest, som jeg synes har vært litt vanskelige, nettopp fordi det ikke har vært en helt tydelig plan på hva jeg skal gjøre for å få de bedre. Og når man kanskje opplever at man har funnet gode tiltak eller begynt å gjøre noe, så har jeg da altså opplevd at ting har endret seg, at smertene har endret seg, om det er liksom hvor i kroppen eller med hvilken intensitet eller at det har blitt verre. Så, eh, ja det er en pasientgruppe som jeg må innrømme, jeg synes har vært tidvis krevende, litt sånn slitsom noen ganger. Eh, nettopp fordi eh, det ikke liksom finnes noen sånn rask løsning da. Jeg tror at når jeg liksom erkjente det, og liksom slappet litt av på at jeg ikke skulle prestere og kunne lene meg litt tilbake på det, så tror jeg det ble litt bedre for meg. Og jeg tror nå, som etter at jeg har forsket så mange år på det, så tror jeg også at jeg kunne møtt disse pasientene på litt nye måter, ja.

**Intervjuer 1:** Mhm. Eh, hva mener du er fysioterapeuters rolle i et forløp, og hva er eventuelt ikke vår rolle?

**Informant:** Eh, nei jeg tenker at vår rolle er jo å lytte til pasienten og pasientens individuelle fortelling og prøve og liksom forstå betydningen av pasientens plager i dens liv. Også er det jo sånn at vi fysioterapeuter er opptatte av kropp og funksjon. Jeg tenker jo at det er også vår rolle å ta litt tak i det, men jeg tror nesten det, det viktigste for disse pasientene er at de opplever at de blir hørt, at vi tror på de og at vi liksom tar plagene deres på alvor da, og at vi tar plagene deres som reelle. Det er nesten det aller, aller, aller viktigste før vi tenker på, ja, hvilke som helst andre tiltak da. Mhm.

**Intervjuer 1:** Hvor ofte har du pleid å følge disse pasientene opp?

**Informant:** Det var typisk at man fikk henvisning på 12 eller 24 ganger og det skulle liksom være to ganger i uka. Det var sånn veldig typisk. Også er det jo også sånn at dette er en pasientgruppe også legene synes er vanskelige. Så de også tenkte nok sikkert noen ganger at det var godt å sende disse pasientene til fysioterapeuter, for da hadde de gjort noe, da hadde de vist handlekraft.

**Intervjuer 1:** Mhm.

**Informant:** Jeg har jo også kjent til pasienter som har hatt 24 behandlinger også tenker du at nå, nå er det pause, også kommer de med ny henvisning da. Ja, så det er sikkert sånn at om jeg hadde hatt pasienter idag, så hadde jeg tenkt litt annerledes om det. At noen ganger så trenger de det litt tett, at vi er tett på, mens noen ganger kan vi la de få større mellomrom mellom behandlingene da.

**Intervjuer 1:** Mhm. Hva erfarer du har hatt positiv innvirkning på, eller gjennom et behandlingsforløp?

**Informant:** Jeg tror faktisk det er det jeg sa i starten, at man hører på de og at man tror på de. Også er det jo sånn at vi fysioterapeuter skal ikke bare tenke på (latter), vi har jo også noen redskap, men da tenker jeg at hvis man tror på de i starten, så kan man lettere utforske litt bevegelse, og kall det øvelser eller sånn at det er mye, mye lettere å gjøre. Nå har jeg jo opplevd mye at jeg ikke synes at jeg, jeg har lykkes med de da. Men jeg sa det litt før vi satte på båndet at jeg tror, eller da jeg jobbet som fysioterapeut, så hadde jeg mange pasienter som jeg tenkte at kvalifiserte til diagnosen fibromyalgi, men den diagnosen den har ikke lyst på, tenkte jeg da. Du har de symptomene du har, men det hjelper deg på en måte ikke noe å få den diagnosen. Faktisk, den dag idag, så lurer jeg faktisk på om jeg har endra litt syn på det, at jeg tenker at det å få den diagnosen kan ha noe for seg likevel. Fordi at det å liksom få vite, få en aksept for at man har en diagnose, kan være viktig. Og også det å få en diagnose som bekrefter at det ikke er noe annet farlig. Det er jo mange som er redd for at de har for eksempel kreft, eller at de har en nevrologisk lidelse, så det å liksom få bekreftelse på at det ikke er det, det man jo også da vet, eh, at det er kanskje en diagnose med kanskje litt kortvarig glede, fordi det er ikke er noe god kurativ behandling som vi kan tilby de da. Så tenkte jeg kanskje litt i forhold til stigma og sanne ting, at dette er en diagnose som du ikke vil få veldig



mye sympati av å fortelle om ute i samfunnet da. Det er litt sånn både og da, i forhold til hvorvidt jeg tenker at det er bra å få den diagnosen eller ikke.

**Intervjuer 1:** Ja. Også er det dette med målsetting. Hva legger du og pasienten vekt på i målsetting?

**Informant:** Ja, jeg tenker i hvert fall at hvis man skal ha målsetning, med måling av effekt i den andre enden, at det ikke er sånn kjempe, eller hva er effekt? Det er ikke alltid så konstruktivt tenker jeg, i forhold til denne pasientgruppa. Så, nei jeg tenker at målsettingen må være at man sammen med pasienten utforsker da, hva som er viktig for dem og kanskje litt sånn hvordan, om det er noen øvelser man prøver ut, eller om det er mer, hva skal vi si, kroppsbevissthet eller ett eller annet, at da blir det viktig å utforske om det har noe for seg i pasientens hverdagsliv da. Så, men disse «smarte» målene som dere får beskjed om å gjøre, det er vanskelig å operasjonalisere de da tenker jeg, og jeg vet ikke om det er noe, om det alltid har sin beste hensikt for disse pasientene. Jeg tror at pasienten egentlig har veldig mye sånn kunnskap om seg selv, egen kropp, eget hverdagsliv, og at det kan bli vel så viktig hvis vi fysioterapeuter skal lykkes da. Hvis man virkelig tar det på alvor, og tar det som god kunnskap da.

**Intervjuer 1:** Mhm, absolutt. Eh, samarbeider du med noen andre yrkesgrupper, eventuelt hvem, når og grunnen til det?

**Informant:** Ja, så samarbeidet vi egentlig litt sånn øde øy altså. Det var noen samarbeidsmøter med leger, men alt for lite. Jeg tenker at det må økes mye mer. Som forsker så har jeg samarbeidet med litt andre ulike yrkesgrupper, men da har jeg samarbeidet.

**Intervjuer 1:** Mhm. Har du erfaring med at pasienter har progresjon i økt livskvalitet og symptomlindring, og hvorfor tror du eventuelt det?

**Informant:** Jeg har hatt erfaring med at kanskje i en liten periode, men da har jeg kanskje tenkt at det hadde med tiltakene som jeg har gjort, men så har det kanskje vist seg at det går på veldig mange ting, og at tilbakeslag, det går veldig sånn frem og tilbake. Og kanskje litt sånn i form av at de kan føle seg litt mindre smertefulle, kanskje smertene ikke er så generaliserte, kanskje at de opplever at de sover littegrann bedre, at de rett og slett bare har

det litt bedre. Mhm. Men jeg synes ofte at det har vært litt sånn kortvarig lykke da, også at ting går veldig veldig i bølger.

**Intervjuer 1:** Mhm. Har du opplevd at noen av pasientene har blitt helt friske fra fibromyalgi?

**Informant 1:** Men jeg har liksom ikke opplevd det i privat praksis. Men det var kjempespennende, for pasientene fortalte jo at de hadde hatt en kjempelang kamp i helsevesenet med å bli trodd og akseptert som syke, og få diagnosen. Også når de ble friske, da måtte de liksom begynne en ny kamp for da fikk de beskjed om at (latter), enten at de mestret sykdommen bedre eller at de ikke hadde hatt fibromyalgi i utgangspunktet.

**Intervjuer 1:** Mhm. Også sa du litt i sta om de som har hatt kortvarig bedring, har du sett noen tegn eller sammenheng eller likheter på de som har blitt bedre. Og eventuelt hvilke tegn eller likheter er det?

**Informant:** Det må vel være at de finner litt ut av hvordan symptomer kanskje henger litt sammen med hverdagen de lever i, og at de har mulighet da, til å kunne gjøre noe med det. Det er jo mange ting man, hvis man har en syk pårørende for eksempel, så er det jo vanskelig å gjøre noe med det. Men ja, hvis det klarer å liksom gjøre noen små ting, det kan jo liksom handle om det man opplever selv, at man takler stress bedre for eksempel. Men ja, at det kan handle om sånne ting da, at man finner ut noe i hverdagslivet som gjør at man kan få det både bedre, om det er å ta pauser på jobben eller, ja.

**Intervjuer 1:** Mhm. Erfarer du ulikt behandlingsforløp eller tilnærming på kvinner og menn, og eventuelt hvorfor?

**Informant:** Mhm, ja, eh, jeg tenker at kanskje menn og kvinner snakker litt ulikt om plagene sine. Og at kanskje menn, jeg hatt noen menn som har liksom snakket utbredt om smertene, men jeg synes de mye mer snakker om lokale smerter. At de har vondt i ryggen nakken, skulderen, kanskje knytter det opp mot skader eller overbelastning og sånt, mens kvinner nok relaterer det i større grad enn menn, basert på mine erfaringer, til livet de lever. At de opplever at de har store omsorgsoppgaver, og at de skal kombinere jobb og familieliv og omsorgsoppgaver. At de snakker om plagene og relaterer det, betyr jo ikke at menn ikke har

det, men kanskje litt sånn, det tror jeg er et inntrykk jeg sitter litt igjen med, og som jeg også har lest litt gjennom forskning.

**Intervjuer 1:** Ja, interessant. Eh, også var det det her med medisinbruk, tenker du at det kan være en faktor eller fordel, mot å for eksempel å nå målene om økt livskvalitet eller symptomlindring?

**Informant:** Ja, i alle fall i en kortere regulert periode, så kan det hende at smertestillende eller noe for å få bedre søvnkvalitet og hvis det også handler om at det er i kombinasjon med depresjon for eksempel, så tenker jeg absolutt at det kan ha noe for seg i en kortere periode eller en tidsbestemt periode.

**Intervjuer 1:** Mhm.

**Informant:** Men jeg tror at før så ble det sett på som det første og det beste tiltaket i behandlingen, og det har man jo gått litt fra, men man ser jo fortsatt at det er en kombinasjon av medikamentell og ikke-medikamentell behandling som er det beste da. Men nå er det kanskje enda mer fokus på de ikke-medikamentelle tiltakene.

**Intervjuer 2:** Ja. Litt mer om det med tiltak da, så lurer vi på hva slags tiltak du har benyttet deg av, eventuelt nå som du ikke har jobba klinisk på en stund, om det er tiltak som du ville hatt mer fokus på nå?

**Informant:** Jeg har sikkert prøvd 110 000 tiltak nettopp fordi jeg har vært litt desperat, ikke visst helt hva, og har sikkert hatt en form for trening i form av økt bevegelse, styrke, utholdenhet, jeg har sikkert massert noen pasienter, jeg har sikkert også prøvd meg på noe ultralyd, dere hører vel at jeg er 110 år gammel her (latter), ja, eh, jeg tror nok liksom jeg enda mer ville prøvd nå å fokusere på sånn hva er gode bevegelser, når opplever de at de kjenner hvile i kroppen. Liksom sånn knallhard styrke og kondisjonstrening, jeg sier ikke at det ikke har noe for seg, men mange av de blir jo rett og slett dårligere av det, så mhm. Jeg tror at jeg hadde egentlig prøvd meg på noe gruppebehandling eller noe sånn. Bevegelsesgrupper, hvor man har et sted å komme til, og møte andre og snakke om det og, ja. Kanskje basseng, det er masse basseng som legges ned, det tror jeg er dumt.

**Intervjuer 2:** Mhm. Vi kommer litt tilbake til det, sånn helt til slutt, hva du tenker er fint å jobbe videre med, men sånn i forhold til spesifikke tiltak da. Hva tenker du om dosering og intensitet, og hvilken erfaring har du med det?

**Informant:** Dere spør så vanskelig (latter), eh, nei nå vet jeg ikke, sant, at nå vet jeg det er liksom alvorlighetsgraden av symptomene som skal avgjøre hvor høy intensiteten skal være. Eh, jeg vet ikke om jeg er så opptatt intensitet lengre, jeg tror mer sånn, jeg tror faktisk litt mer sånn kroppsbevissthet, kjenne i kroppen, om det holdt på å si skulle være knebøy eller hva det måtte være, få pasienten til å liksom få noen erfaringer da. De kan jo bare gjøre rene styrkeøvelser, og erfare at det kan ha en betydning for de, men ja, jeg hører at jeg ikke svarer på spørsmålet, jeg vet ikke helt jeg. Jeg har ikke noe sånn 15, eller 4x4 trening her eller, nei.

**Intervjuer 2:** Ja. Eh, hva baserer du valg av tiltak, forskning, erfaring eller brukermedvirkning for eksempel?

**Informant:** Jeg tenker alle deler, men jeg tenker brukermedvirkning, og jeg tenker at brukermedvirkningen, hvordan de, prøve å løfte frem, jeg tror pasienter gjør masse i hverdagen de ikke tenker på at de gjør for å selv-behandle seg. Å prøve å få litt tak i det, få litt tak i hva de gjør som de synes, de små tingene som de finner ut kanskje gjør de litt godt, og prøve å forsterke det og ta det med inn i behandling. Så jeg tror ja, pasientens stemme tror jeg at jeg ville i mye større grad vektlagt i dag. Vi vet jo av de forskningsbaserte tiltakene vi har, så er det veldig moderat effekt, vi har jo ingen gode behandlingstiltak for disse pasientene. Vi opplever jo å komme til kort.

**Intervjuer 2:** Mhm, ja. Hvilket tiltak erfarer du at har gitt mest fremgang knyttet til livskvalitet og symptomlindring? Og nå skjønner jeg at du på en måte må svare med den erfaringen du har fra tidligere, også hvis du ønsker da å dele litt om hvordan du tenker nå i forhold.

**Informant:** Altså, hvis jeg skal se tilbake på det, er det kanskje noen av de pasientene som jeg gjorde minst med, og som jeg lurte på hvorfor kom til meg, de tror jeg kanskje, spesielt noen kvinner med minoritetsbakgrunn som hadde mye smerter i kroppen når de kom til meg, og vi gjorde noen øvelser, og jeg følte ikke vi kom noen vei, men når jeg tenker tilbake på det idag, så tenker jeg at de kom til meg, kanskje de gikk dit, de fikk en halvtime hvor de snakket

med meg og gjorde noen øvelser, så de kom seg ut hjemmefra, de kom til et sted hvor de egentlig ble litt sånn sett og hørt. Og kanskje gikk innom et bibliotek eller butikk på vei hjem, jeg tenker, jeg følte at jeg var helt mislykka, jeg synes at det var helt forferdelig, jeg følte jeg gjorde ingenting og jeg var helt mislykka som fysioterapeut. Jeg tror kanskje at i dag så tenker jeg at, eh, det hadde kanskje noe for seg likevel da. Så det er derfor jeg kanskje tror at noe gruppebehandling hvor flere kan møtes og gjøre noe sammen, at det kunne vært bra. Om det hadde vært å ta mer i bruk naturen, være mer ute, gå tur, gjøre øvelser, gå oppoverbakke, ett eller annet.

**Intervjuer 2:** Mhm. Tenker du det er viktig å bruke tiltak i kombinasjon, eller ser du også betydningen av å bruke dem isolert?

**Informant:** I kombinasjon. Jeg vet ikke helt.

**Intervjuer 2:** Er det andre prinsipper du baserer disse tiltakene på, som du tenker er verdt å trekke frem?

**Informant:** Nei, det at jeg baserer det på ulike typer kunnskapskilder, det tenker jeg, ja, det er det viktigste.

**Intervjuer 2:** Mhm. Hva har pasientene dine syntes om tiltakene dine? Hva slags respons har du fått fra de?

**Informant:** Det er sikkert veldig forskjellig, det er jo mange pasienter som ikke har opplevd at de har blitt bedre, men samtidig så har de jo valgt å komme, og det er sikkert veldig mange, og det tror jeg egentlig ikke har med meg å gjøre, men at mange pasienter blir litt avhengige av terapeuten sin fordi det er et sted å komme til, å ha noen å diskutere med, og hvor de kan ha fokus på seg selv og egne plager og ha noen å diskutere med og prøve å finne, å finne løsninger og prøve å gjøre noen tiltak. Men jeg har jo også hatt pasienter som har blitt kjempeskuffa fordi de har villet komme til meg for å bli bra, få en behandling som virker også har ikke jeg fått det til. Så, sikkert mange som har vært skuffet også.

**Intervjuer 2:** Mhm. I forhold til det med trening, er det andre ting du tenker om det, erfaringer du har hatt, eventuelt dosering, intensitet, type øvelser, variasjon, type trening, eller andre ting du har lyst til å nevne?

**Informant:** Jeg tenker at variasjon er sikkert viktig, om det er å prøve å finne noe som pasientene trives med å gjøre, og at det på en måte gir litt mening for de.

**Intervjuer 2:** Mhm. Opplever du at det er enkelte tiltak som er på vei ut eller på vei inn, eventuelt hvilke tiltak er dette, og hvorfor tror du det?

**Informant:** Massasje har i hvert fall vært veldig på vei ut lenge, men jeg tror det er noen som begynner å se på betydningen av berøring og det å ja, så kanskje det er en liten pendel, det vet jeg ikke nok om. Også snakket vi jo litt om dette med basseng, ikke sant det der med effekt, hva slags effekt som skal måles, er det om de blir, eller hva er utfallsmålet, hvis man måler velvære da, så kan det ha vært veldig viktig, men hvis man måler det i, hva skal vi si, økt funksjon eller mindre smerter eller sånn så er det jo ikke sikkert at det har så stor betydning. Men jeg tror absolutt det er tiltak som kan være bra for en del pasienter.

**Terapeut 1:** Mhm, du har vært litt inne på det. Om grupper og sånn. I din tidligere praksis, hvordan brukte du tiltakene?

**Informant:** Hva tenker du på, hvordan..?

**Intervjuer 1:** Du sa litt om at nå kunne du tenkt deg å være mer i grupper for eksempel. Brukte du mer en til en tidligere?

**Informant:** Ja. Det hadde sikkert litt med åssen instituttet var. Det var ikke sånn kjempestort, men jeg prøvde faktisk litt, med en gruppe som hadde vært på en opptreningsenhet, men den gruppa smuldra så fort opp, og det tror jeg var med at det var ikke tverrfaglig lengre. Hadde vi hatt stor treningssal, tilgang på lege, fysioterapeut, psykolog, jeg vet ikke hva de hadde tilgang på. Også kom de inn, med meg og en litt mindre sal. Jeg husker ikke helt, men jeg tenkte bare hva skjedde nå. Mislykka helt totalt, ja, men jeg tror kanskje at jeg tok med noen pasienter ut, det tror jeg også jeg skulle ha gjort i større grad. Vært en gå-venn, gå på tur-venn.

**Intervjuer 1:** Mhm. Brukte du tiltakene oppgavespesifikt, og tenkte du at tiltakene var sånn veldig generelle tiltak, eller var det tegna til pasienten du hadde foran deg, og mot at pasienten skulle nå et spesifikt mål?

**Informant:** Jeg var nok veldig opptatt av pasienten foran meg, at jeg skulle liksom være noen som passet for de, men kanskje jeg ikke var så, altså jeg var vel opptatt av mål som å bedre funksjon og minske smerte, men så opplevde jeg vel ikke alltid å lykkes så godt med det da, så da revurderte jeg og ble ikke så opptatt av målene, men at de skulle ha det okey når de var hos meg da.

**Intervjuer 1:** Mhm.

**Informant:** Jeg tror jeg var litt sånn opptatt av de aldri skulle måtte trene alene, at de liksom bare ble satt til trening også gikk jeg til en annen pasient eller drakk kaffe eller noe sånt, men at jeg skulle være der til stede for de da.

**Intervjuer 2:** Mhm. Er det enkelte ting du tenker at pasientene ikke skal gjøre, eller ikke bør gjøre? Er det noe som er kontraindisert for eksempel?

**Informant:** Tja. Nei, det måtte liksom vært å gjøre ting som forverret smerten hva enn det måtte være, at spiralen over tid var nedadgående, uten at jeg kan si sånn spesifikt hva det skulle vært for et tiltak.

**Intervjuer 1:** Også litt sånn avslutningsvis, er det noe du mener er viktig, og/eller relevant som ikke har blitt belyst i intervjuet?

**Informant:** Nei, jeg har vel sagt det viktigste, at jeg tror at pasientene har masse viktig kunnskap og at man må være mye mer bevisste på hva de gjør i sin hverdag og løfte frem det for pasienten, sånn at pasienten faktisk ser at de gjør noe da. Jeg tror at mange pasienter opplever seg som mislykka, ikke vet hva de skal gjøre, men hvis vi lytter godt etter så tror jeg det gjør ganske mye, at vi prøver å få det frem.

**Intervjuer 1:** Men da sier vi tusen takk for at du stilte, så avslutter vi opptaket der.





## Vedlegg 5: Transkripsjon av intervju 3

Informant

Intervjuer 1

Intervjuer 2

**Intervjuer 2:** Første spørsmål vi har til deg er hvilke assosiasjoner du får når du hører ordet fibromyalgi?

**Informant:** Fibromyalgi, da tenker jeg kroniske smerter, og smerter som, utbredte smerter i kroppen på flere steder og gjerne smerter som forflytter seg fra sted til sted. Så, hovedsymptomet er smerter.

**Intervjuer 2:** Ja, eh, hva er det som kjennetegner denne pasientgruppen?

**Informant:** Altså pasientene er jo veldig forskjellige, selv om de har fibromyalgi.

**Intervjuer 2:** Mhm.

**Informant:** Jeg kan ikke si at det er noe som akkurat kjennetegner pasientgruppa, men hvis man tenker på hvilke symptomer de har så er jo disse like, kan du si. Jeg vet ikke hva dere tenker på med pasientgruppa fordi pasientgruppa er jo veldig veldig forskjellig.

**Intervjuer 2:** Det er kanskje litt det vi tenker på. Hva du som jobber med de opplever, hvor stor variasjon du føler at det er, eller hva som er typisk da, for de pasientene som har den diagnosen.

**Informant:** Mhm, jeg vil si at det er jo mest damer som har det. Det er mest kvinner som har det.

**Intervjuer 2:** Ja.

**Informant:** Og det er jo en litt diffus lidelse på den måten at du ikke har noe konkrete funn, altså på enten sånn tester og blodprøver eller røntgen eller MR eller CT og sånt. Så, derfor er

det en vanskelig lidelse fordi de har veldig mye smerter, men det vises ikke. Så det vises ikke og det er vanskelig for folk å forstå hvorfor de ikke kan være i jobb eller andre ting da. Eller fungere normalt. Mhm, så det vises ikke så godt på dem da, at de har fibromyalgi.

**Intervjuer 2:** Også hvordan opplever du pasientene sin livskvalitet, er det noe du kan si noe om?

**Informant:** Det er jo også veldig forskjellig da. Jeg har folk med fibromyalgi som er fullt fungerende eller hvertfall har blitt det etterhvert, som nesten ikke har plager lengre da. Også har jeg også pasienter som klarer kanskje å endre en del ting som gjør at de får bedre livskvalitet og funksjon, men ikke at de blir kvitt smertene da. Så jeg har opplevd begge deler, altså både at folk blir helt bra, og at folk ikke blir bra, men får det mye bedre i hverdagen da.

**Intervjuer 2:** Ja, fint, vi kommer litt mer tilbake til det etterpå i flere av spørsmålene da.

**Intervjuer 1:** Yes, da er det neste spørsmål, eh, hvilke eller hvilken tilnærming benytter du i behandling av personer med fibromyalgi, og kunne du gitt et eksempel på et behandlingsforløp?

**Informant:** Altså, nå er jo jeg psykomotorisk fysioterapeut, og da er det naturlig at jeg bruker den metoden når jeg møter pasientene i dag. Men når jeg tenker tilbake da, så var jeg veldig interessert i fibromyalgi når jeg var i turnus selv, jeg hadde faktisk en fibromyalgi gruppe. Og den gangen så brukte jeg en del sånn, altså kroppskjennskap eller, jeg vet ikke om dere har, og progressiv avspenning, avspenningsmetoder, og en del sånn, ja, brukte litt forskjellige ting som jeg satt sammen da, men det var mest matteøvelser og avspenningsøvelser. Øvelser som ikke var så krevende da, for pasientene, når jeg starta gruppe for mange år siden når jeg ikke var psykomotoriker. Nå har jeg ikke grupper lengre, men nå bruker jeg psykomotorisk metode da. Kroppsbevissthet, jobbe med kroppbevissthet, er en viktig del. Men, også samtale, og lære seg å sette grenser for eksempel, kan være en viktig del av behandlingen. Og det å lære seg å slappe av.

**Intervjuer 1:** Mhm, hva tenker du er fysioterapeuters rolle i et forløp, og hva er eventuelt ikke vår rolle, hva er det vi ikke skal ta oss av?

**Informant:** Altså, hvis, vi kan ta oss av veldig mye, men hvis det er på en måte litt psykiske lidelser som er litt mer alvorlige, så er det ikke vår oppgave da, å ta oss av det, tenker jeg. Da må kanskje en psykolog ta seg av det først, og så kan pasienten komme til oss eller parallelt da. Eh, men ellers er det jo hvis pasienten blir henvist for fibromyalgi og smerter, så tar jeg utgangspunkt i det, også tar vi alltid en grundig anamnese, og hvor lenge de har hatt smertene, hvordan det begynte, og historikken i forhold til smertene og andre symptomer, og men så spør jeg jo også om familie og bakgrunn og historie da. Også livshistorie er jo også viktig for å se om det er noe som har skjedd, tilbake i tid som kan ha gjort at kroppen reagerer med stress for eksempel da. Stress og smerter da, fordi det er en veldig nær sammenheng mellom fibromyalgi og stress.

**Intervjuer 1:** Mhm.

**Informant:** Så når det først er blitt utløst da, så kan det bli vedvarende, sant, i kroppen. Eh, det kan være mange ting som utløser det, men vi vet at stress er en av faktorene da. Mhm. Det er forsket på det, altså det kan noen ganger være ting som omsorgssvikt og sånn, som kan gi fibromyalgi i voksen alder, men det kan også være helt andre ting, det kan være mekaniske ting som starter det hele, sant. De vet jo enda ikke helt årsaken til fibromyalgi.

**Intervjuer 1:** Mhm. Du har jo egentlig snakka om det nå, og det som, det du kanskje beskriver da er en sånn biopsykososial modell.

**Informant:** Ja.

**Intervjuer 1:** Og vi lurer egentlig på hvordan du eventuelt bruker den i tilnærmingen til disse pasientene, og hva du da legger vekt på?

**Informant:** Ja, det kommer helt an på historien til pasienten da, sant. Det spørres hva som kommer frem i anamnesen, også må du på en måte lære deg å bli kjent med pasienten over tid for å kunne se hvilke mønstre pasienten har, både tankemønster og bevegelsesmønster, det henger jo ofte sammen. Så kanskje man kan klare å endre på både måten å bevege seg på, men også måten å tenke på da. Sånn som mange som har mye smerter tror at de ikke skal bevege seg, fordi at de har vondt, og da må du på en måte lære dem opp sånn at de forstår at det er bedre å bevege seg enn å ikke bevege seg når du har smerter, sant. Så det blir veldig

mye læring i behandlinga da, og endringer av vanemønster og bevegelsesmønster. Men vi bruker jo også mye massasje eller bløtvevsbehandling da. Eh, pluss pusteøvelser.

**Intervjuer 1:** Mhm. Hva føler du har hatt positiv innvirkning gjennom et behandlingsforløp for den livskvaliteten?

**Informant:** Ja, det kan være alt fra å sette ord på ting, også i samtale, med å sette ord på vanskelige ting, og få tak i egne følelser da, omkring det som har utløst stress. Også er det også hvordan følelsene setter seg i kroppen, og det å sette grenser da, i forhold til hvordan livet er ellers, for eksempel hvis du har en syk gammel mor eller, og små barn samtidig, og en mann som krever mye, også skal du tilfredsstille alle. Så kan det være at det blir for mye sant, for kroppen og psyken, og da kanskje man må finne måter å gjøre ting litt annerledes på da. Mhm. Så, jeg tenker på at det er en ganske helhetlig behandling, men vi går jo også direkte på det kroppslige, sant, smertepunktene, og behandle med bløtvevsbehandling da.

**Intervjuer 1:** Mhm. Eh, hva pleier målene å være for forløpet, hva er det pasientene legger vekt på, og hva er det du legger vekt på i målsetting?

**Informant:** Pasientene, de vil jo helst bli kvitt plagene sine, sant. Mens jeg setter mer som mål å bedre funksjon, også bedre funksjon og livskvalitet.

**Intervjuer 1:** Mhm. Eh, har du noen tanker om energiøkonomisering i forhold til denne pasientgruppen?

**Informant:** Nei, altså hva tenker dere når dere bruker det ordet da?

**Intervjuer 1:** Nei, vi tenker for eksempel at de er litt mer taktiske med hvordan de bruker energien sin da, at de hviler når de skal, eller kjenner at kroppen er litt sliten, enn at de fortsetter, det er noen som har sagt at klokka 8, jeg føler meg trøtt nå, men jeg venter litt til fordi det er tidlig, eller at de tar seg ut i begynnelsen av dagen i stedet for å slappe av for eksempel.

**Informant:** Ja, jeg skjønner hva du mener nå. Men, eh, nei, egentlig så fokuserer jeg ikke så mye på det. Det er mer, du kan si, hva er det man blir sliten av, sant. Det kan være en konflikt

for eksempel, gjør deg mye mer sliten enn det å stå opp og begynne å gjøre husarbeid eller, så ikke nødvendigvis, jeg tenker at man skal ikke slutte å gjøre ting som man gjør i hverdagen, man bør heller fortsette med det, men kanskje det er enkelte ting som tar mye energi som er mer følelsesmessige ting som man må endre på da. For bevegelse i seg selv er jo veldig positivt, så det er ikke nødvendigvis sånn at du blir bedre av å ligge, å legge deg ned å ikke gjøre noe, sånn tenker jeg da. Men det kan hende mange er uenig med meg i det, jeg tror man må finne ut hva det er som gjør at man blir sliten, også må man heller endre litt på det mønsteret man har da, i forhold til hvis det er ting som du merker liksom man blir sliten av da. Og det er jo ofte mellommenneskelige ting, sant. Konflikter, familie, småbarn, på jobben, kanskje en sjef eller noe, sant som gjør at man går og spenner seg og ikke klarer å slappe av.

**Intervjuer 1:** Mhm, eh, samarbeider du med noen andre yrkesgrupper, og eventuelt når, hvem og hvorfor?

**Informant:** Fastlegene, jeg synes det er veldig fint å jobbe sammen med fastlegene da. Og nå har vi helsenettet, som gjør det mye enklere å samarbeide sant, så vi slipper å sitte i telefonen å prøve å få tak i legene. Nå kan vi skrive til dem, også svarer de ganske fort, så det er jo veldig bra da. Så det er mest samarbeid med fastleger, og er det med spesialisthelsetjenesten, og med psykologer eller DPS, hvis pasienten har kontakt med dem. Jeg har sikkert glemt noe, men det kommer kanskje etter hvert. Jeg samarbeider ikke med hjemmet, eller jeg går ikke inn i noen relasjoner eller sånn, det gjør jeg ikke.

**Intervjuer 1:** Mhm. Det er kanskje litt gjentakende, men hvis du skulle pekt ut en ting, en tilnærming du mener du har hatt mest fremgang med knyttet til økt livskvalitet, hva ville du trukket fram, og hvorfor tror du det er denne tilnærmingen som er best?

**Informant:** En ting er jo å forstå at smertene ikke er farlig, det er jo veldig viktig da. Eh, fordi veldig mange tror jo at det er en veldig alvorlig sykdom de har, kreft eller sånn, som gjør at de har så mye smerter. Så det å få folk til å skjønne at det er ikke noe farlig, årsak til smertene, også er det å samtale omkring vanskelig ting, kan være veldig hjelpsomt da. Folk får satt ord på ting som de synes er vanskelig, det kan være helt hverdagslige ting eller ting som er litt tyngre da. Men bare det at det er noen som lytter, hører på dem og gir dem litt tilbakemelding, eh, også er det, det kroppslige, sånn som jeg opplever, at jeg må på en måte ta på pasientene, jeg kan ikke bare snakke med pasienten, det vil ikke hjelpe, sant. Du må liksom

ha manuelle grep, også i tillegg, sant. Og det gjør også at de kjenner kroppen sin mer, også kanskje at de klarer å kjenne forskjell på avspenning og anspenthet, så jeg synes det er veldig viktig med kroppsbehandling og manuelle grep, og jeg vet ikke hva dere kaller det for lenger, men vi kalte det for massasje før, bløtvevsbehandling eller, ja. Også behandler jeg også hele kroppen, ikke bare et område. Og kroppsbevissthetstrening, og eventuelt avspenningsøvelser da, mhm.

**Intervjuer 2:** Ja, du nevnte litt, eller sa at du har opplevd at folk har blitt bra, bedre og friske. Ser du noen tegn, sammenhenger eller likheter på de som blir bedre?

**Informant:** Ja, det er vel kanskje de som ikke gir opp. Jobben, familien, dem som på en måte fortsetter å gå i jobb, for eksempel, eller fortsetter å leve et litt mer allsidig liv da. De pasientene synes jeg det blir mest vellykka resultat med. Mens når folk på en måte endrer sin situasjon, og blir uføre, eller, så synes jeg det får mer, altså det er vanskeligere å endre på smerten da. Så hva som kommer først og sist er jo ikke lett å si, er det fordi de har så vondt de ble ufør, også faller de utfor en del funksjoner, men er det fordi de har veldig mye mer smerter enn de jeg behandler som fortsetter å klare å jobbe og som etter hvert får mindre og mindre smerter, og til slutt blir smertefri. Det er vanskelig å si, hva som er årsaken da.

**Intervjuer 1:** Ja. Avsluttende på det spørsmålet her, hva tenker du om medisinbruk, tenker du det kan være en fordelsfaktor mot økt livskvalitet og symptomlindring?

**Informant:** Medisinbruk er for min del veldig viktig da. Nå har jo jeg kanskje litt, jeg gikk jo på tannlege først, så jeg har jo hatt veldig mye fysiologi, anatomi og farmakologi, også. Så jeg hører alltid hva folk bruker av medisiner da, og det er noen medisiner som hjelper mer enn andre for fibromyalgipasienter. Så, tidligere var jo fibromyalgi sett på som en revmatisk lidelse, nærmest, mens nå er det mer i retning nevrologisk. Men hos noen pasienter så er det på en måte de medisinene innen revmatologi som hjelper, mens hos andre så er det de som de bruker innen nevrologi som kan hjelpe, som for eksempel nevrotinin, som egentlig er en epilepsimedisin, som kan hjelpe på noen da. Også har du det med søvnmønster, der har jeg ikke kommet inn. Søvn er jo kjempeviktig, også måltider, at man har faste måltider og spiser sunt, sant. At man ikke røyker og drikker for mye, at man prøver å være i bevegelse, for eksempel det kan være, bassentrening er det veldig mange som har godt av da. Så det er mange ting som virker inn på smerten, men noen fibromyalgipasienter har jo litt sånn

hjernetake, at de glemmer ting og sånn. Det er jo sannsynligvis også på grunn av smerten da, at smerten tar så mye oppmerksomhet.

**Intervjuer 2:** Mhm. Et kort oppfølgingsspørsmål på de tingene som vi har snakka litt om nå, så tenkte jeg litt på det her med fysioterapeuter som yrkesgruppe. Tenker du at det er en god yrkesgruppe for møte de pasientene her, for å øke, og ta tak i de tinga da, for å øke livskvaliteten?

**Informant:** Ja jeg tror det, men jeg tror at vi må gå tilbake igjen, ikke bare bruke trening som middel for å oppnå resultat med pasienter, også synes jeg på en måte at det er litt for lite fokus på manuell behandling. Trening er veldig bra, og det er veldig viktig at vi lærer mye om det, men ikke bare det, for ofte så opplever jeg at mange fibromyalgipasienter blir mye verre da, når de begynner med for eksempel styrketrening uten å, altså direkte når de har smerte, så får de ofte mye mer vondt, sånn at trening er jo bra etterhvert, men så må man finne den typen trening som passer for den pasienten, sant. Og det er ofte litt mykere former for trening når du har fibromyalgi. Det kan være yoga og bassengtrening og sånne ting, i hvert fall i starten. Også kan man heller gå over til sånt som styrketrening og sånn når de har blitt mye bedre, sant.

**Intervjuer 2:** Ja, for det neste spørsmålet jeg hadde tenkt til å stille deg var om, eller det her med tilnærming og hvordan vi kan tenke annerledes og om fysioterapeuter burde fokusere mer på noe annet da, men det har du egentlig svart litt på der, tenker jeg.

**Informant:** (fortsetter) Også spenningsmønster og pust, og kroppsholdning også følelsesmessige ting da.

**Intervjuer 2:** Mhm. Jeg kan jo gå litt videre på det her med tiltak da, spesifikt på tiltak. Det er jo også noe du allerede har snakka om, men er det andre ting du tenker du vil nevne av tiltak som du benytter deg av, og da tenker jeg på alt av behandling, men også ting du implementerer i forløpet?

**Informant:** Si det en gang til.

**Intervjuer 2:** Med tiltak så tenker vi på fysioterapeutiske tiltak som du bruker eller implementerer i behandling, eller egentlig hva som helst som du ser på som et tiltak da. Og det overlapper jo sikkert med det her med tilnærming, som vi har snakka om tidligere. Men hvis du har noe mer å si på det, så kan du gjerne dele litt om det.

**Informant:** Det er veldig forskjellig fra pasient til pasient, også selve kroppsbehandlinga de får hos meg kan være lik, men samtalen og hvilke type øvelser de får, og hva de gjør i livet ellers er kanskje veldig forskjellig, sant. Så det er forskjellige tiltak ut fra hva de trenger.

**Intervjuer 2:** Ja.

**Informant:** Mhm, fordi, altså fibromyalgipasienter er veldig forskjellige, så jeg kan ikke bruke samme tiltakene eller bruke det samme opplegget til hver pasient.

**Intervjuer 2:** Mhm. Av de tiltakene du velger, så høres det jo da ut som du bruker det her med brukervedvirkning og erfaring ut fra de pasientene du møter, men er det andre ting, forskning for eksempel, ja egentlig forskning da, bruker du det som basis for valg av tiltak?

**Informant:** Ja, det gjør jeg. De holder jo på å forske mye på det, og har jo enda ikke funnet en metode eller som virker da. Det er kognitiv terapi, altså du kan si at jeg bruker jo på en måte kognitiv terapi, sant, altså i behandlinga da, det gjør vi. Og psykoedukasjon, er det det det heter?

**Intervjuer 2:** Mhm. Disse tiltakene, bruker du de alene, eller kombinerer du de med hverandre?

**Informant:** Jeg kombinerer.

**Intervjuer 2:** Ja. Er det noe spesielt du tenker på når du setter sammen et utvalg av tiltak i forhold til den kombinasjonsdelen?

**Informant:** Altså, nå jobber jeg ganske sånn, jeg jobber på en måte med terapi da, jeg kaller det kanskje mer terapi, sant. Så det er mye samtale, mye å bli trygg på, mye kroppsbehandling, så det er kanskje litt mer subjektivt da, enn objektivt. Og det er mer



kvalitativt enn kvantitativt. Så, hvert menneske er forskjellig, og da blir behandlinga helt forskjellig også.

**Intervjuer 2:** Ja.

**Informant:** Selv om kanskje den strukturelle metoden da i psykomotorisk, den klassiske psykomotoriske metoden, den pleier jeg å bruke.

**Intervjuer 2:** Hva tenker du at den innebærer i arbeid med disse pasientene?

**Informant:** Der jobber vi med kroppsholdning, vi jobber med pust, med muskulatur, med bevegelse.

**Intervjuer 2:** Mhm, ja.

**Informant:** Også vet vi også at det autonome nervesystemet spiller inn. At folk har, de har mer sånn alarmberedskap i kroppen da, fibromyalgipasientene har det. En ubalanse på en måte, i det autonome nervesystemet.

**Intervjuer 2:** Mhm. Hva synes pasientene om tiltakene som blir valgt, altså har de noen tilbakemeldinger på behandlinga de får hos deg?

**Informant:** Altså, noen blir jo ikke bedre, du har jo noen som ikke blir bedre, men som blir kanskje roligere på en måte, fordi de vet mer om hva de er for noe og sånne ting, og de forstår litt mer og sånn, men de har likevel smerter, sant. Så, jeg tenker liksom at de blir jo kanskje ikke fornøyd hvis de ikke blir kvitt smertene helt, men mange er jo også fornøyd, for de merker liksom forskjellen, sant, som gjør at de får det bedre.

**Intervjuer 2:** Mhm. Er det noen tiltak som er på vei ut eller på vei inn sånn som du opplever det?

**Informant:** Nei, men vi får se litt, i forhold til medikamenter da, så er det jo litt endringer på gang, men i fysioterapien så ser jeg ikke enda noe som endrer seg veldig.

**Intervjuer 2:** Mhm.

**Intervjuer 1:** Ja. Over på neste spørsmål. Mener du at det er noe pasientene absolutt ikke skal gjøre, hvis du tenker rent sånn kontraindikasjoner?

**Informant:** Eh, nei altså det er vel hvis det er noe som gjør at de blir veldig mye verre sant, så tenker jeg at da skal man ihvertfall stoppe opp da, og finne litt ut av det, hva det er som gjør at de blir verre. Men også samtidig så må det ikke bli sånn skremsel om at de ikke kan bevege seg da, eller ikke trene og sånn. For jeg tror nok at veldig mange kunne ha bevegde seg mer, og trent mer, mhm.

**Intervjuer 1:** Mhm, og det siste spørsmålet i samme sleng, er det noe du mener er viktig eller relevant som ikke har blitt belyst så langt i intervjuet?

**Informant:** Nei, ikke akkurat nå, men hvis dere har noe?

**Intervjuer 1:** Nei, vi har nå kommet gjennom spørsmålene i hvert fall.

**Intervjuer 2:** Jeg tenker vi har fått svar på mye av det vi lurte på, litt sånn underveis.

**Informant:** Jeg vet ikke om dere har blitt så mye klokere, men, (latter)

**Intervjuer 1:** (Latter). Jeg tenker at jeg stopper opptaket der ihvertfall

**Informant:** Mhm.