



Høgskulen på Vestlandet

BFY330 - Bacheloroppgave

BFY330

Predefinert informasjon

Startdato:	06-02-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	21-05-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave	Studiepoeng:	15
SIS-kode:	203 BFY330 1 HM 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 314

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 11724

Egenerklæring *: Ja

**Inneholder besvarelsen
konfidensiell materiale?:** Nei

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

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 25

**Andre medlemmer i
gruppen:** 321

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



BACHELOROPPGAVE

“Å lete i det uspesifikke - en kvalitativ studie”

“Searching in the nonspecific - a qualitative study”

314 og 321

Bachelorprogram i fysioterapi
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for helse og funksjon

Veileder: Helga Kristin Kaale
Innleveringsdato: 21.05.2019

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

Forord

Denne bacheloroppgaven er forfattet av to fysioterapistudenter ved Høgskolen på Vestlandet. Veien til denne ferdige oppgaven har vært en lærerik og krevende prosess. Det har vært spennende å få innsikt i hvordan fysioterapeuter jobber i klinikken og deres erfaringer om temaet vi har valgt å ta for oss. Vi sitter igjen med betydelig mer kunnskap enn hva vi hadde i forkant av prosjektet, og ser fram til å ta i bruk denne kunnskapen i vår kliniske praksis.

Vi vil først og fremst takke vår veileder, Helga Kristin Kaale, som har vært svært tilgjengelig og hjelpsom i å lede oss på rett vei for å komme i mål med denne oppgaven. Tusen takk til våre tre informanter som gav av sin tid, kunnskap, erfaringer og refleksjoner. Vi vil også takke Maren og Ida, som har brukt tid på å korrekturlese og gi råd. Sist, men ikke minst, vil vi takke hverandre. Takk for godt samarbeid, mye latter, noen tårer, gode refleksjoner og faglige diskusjoner.

Bergen, 21. mai 2019

Sammendrag

Kandidatnummer: 314 og 321

Kull: F16, våren 2019.

Tittel: “Å lete i det uspesifikke - En kvalitativ studie”

Problemstilling: *“Hvordan forstår og handler fysioterapeuter i behandlingsprosesser der pasienten har langvarige uspesifikke plager?”*

Metode: For å besvare problemstillingen vår har vi utført en kvalitativ studie. Vi har brukt semistrukturerte intervju for å innhente materiale fra tre informanter.

Resultat og diskusjon: Det er alltid flere faktorer som er med på å generere pasientenes smerteopplevelse. Ofte er det ikke mulig å finne én konkret årsak som kan forklare pasientens uspesifikke og langvarige smerte. Dette er fordi årsakene til plagene er komplekse og sammensatt av flere faktorer, blant annet biologiske-, men også person- og miljøfaktorer. Derfor har informantene en biopsykososial tilnærming til pasientene. Gjennom fysioterapiprosessen legger de fokus på å skape en god relasjon og ha god kommunikasjon. I anamnesen spør de grundig og utdypende om pasientens situasjon og inkluderer pasientenes egen forståelse. Den kliniske undersøkelsen fokuseres på pasientens fysiske funksjon og kapasitet. Informantene fremhever viktigheten av å holde behandlingen enkel, fokusere på endring og sette krav og forventninger til pasientenes egen innsats. Erfaring, forskning, verdier og miljø påvirker hvordan informantene forstår og handler slik de gjør.

Konklusjon: Det er viktig at fysioterapeuter har kunnskap om disponerende faktorer for langvarig smerte, men at de likevel har en individualisert tilnærming. Fysioterapiprosessen er en kontinuerlig ikke-lineær prosess. Tydelige trekk ved informantenes tilnærming er at de tar seg tid, er interessert og undersøker grundig. De er oppmerksomme på hva pasientene uttrykker, evaluerer og reevaluerer og aktivt involverer pasientene i endringsprosessen.

Abstract

Candidate number: 314 and 321

Class: F16, spring 2019.

Title: “Searching in the nonspecific - A qualitative study”

Research question: *How do physiotherapists understand and act in treatment processes where the patient has long term nonspecific pain?*

Method: To answer our research question we performed a qualitative study. We used semi-structured interviews to collect information from our three informants.

Results and discussion: There are always several contributing factors generating a patient’s perception of pain. Often it is not possible to find one specific cause explaining the patient’s symptoms. This is due to the origin behind the symptoms being complex and composed of an accumulation of factors including biological, personal, and environmental factors. Because of this, the informants operate with a biopsychosocial approach to their patients. In their process they focus on creating a good relationship and maintaining good communication with the people they treat. When handling the patient’s history they ask thorough and in-depth questions about the patient’s situation and include the patient’s own understanding. During the clinical examination they focus on the patient’s physical function and capacity. Furthermore, the informant highlights the importance of keeping the treatment simple, focusing on change, and expecting the patient to make an effort themselves. Experience, research, values, and environment influence the way the informants understand and act.

Conclusion: It is important that physiotherapists have knowledge on predisposing factors for long term pain, but they simultaneously need to maintain an individualised approach in treatment. The process of physiotherapy is a continuous nonlinear process. Distinctive traits of the informants’ approach is that they take their time, take an interest and examine thoroughly, pay attention to what the patient is expressing, evaluate and reevaluate, and actively involve their patients in the process of change.

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Sammendrag	3
Abstract	4
Innholdsfortegnelse	5
1.0 Innledning	7
1.2 Bakgrunn for valg av tema	7
1.3 Hensikt med oppgaven og problemstilling	7
1.4 Oppgavens oppbygning	8
2.0 Teori	9
2.1 Smerte	9
2.2 Biopsykososial forståelse	9
2.3 International Classification of Function (ICF)	10
2.4 Samspillet mellom dimensjoner og faktorer	11
2.5 Fysioterapiprosessen	12
2.6 Relasjon	12
2.7 Fysioterapeutisk undersøkelse	12
Anamnese	13
Klinisk undersøkelse	13
2.8 Behandling	14
2.9 Forståelsens betydning for handling	14
3.0 Metode	16
3.1 Valg av metode	16
3.2 Valg og kontakt av informanter	16
3.3 Forberedelse til intervju	16
3.4 Gjennomføring av intervju	17
3.5 Bearbeiding av data	17
3.5.1 Transkribering	17
3.5.2 Analyse av data	18
3.6 Forforståelse	19
3.7 Diskusjon av metode	19
3.7.1 Valg av metode	19
3.7.2 Valg av informanter	19
3.7.3 Forberedelse og gjennomføring	20
3.7.4 Etske aspekter	20
3.7.5 Bearbeiding av data	20
3.7.6 Vår forforståelse	21

4.0 Resultat og diskusjon	22
4.1 Presentasjon av informanter	22
4.2 Fellestrekk ved pasientene og deres situasjoner	23
4.2.1 Smerte	23
4.2.2 Person- og miljøfaktorer	24
Arbeid	26
Tidligere opplevelser og livssituasjon	26
4.2.3 Hvordan forstå pasientens plager	27
4.3 Fysioterapiprosessen	28
4.3.1 Relasjon og kommunikasjon	28
4.3.2 Undersøkelse	30
Anamnese	30
Tidligere undersøkelse og behandling	31
Pasientens egen oppfatning av situasjonen	32
Den kliniske undersøkelsen	32
4.3.3 Prinsipper for behandling	33
Endringsprosess	34
Krav og forventninger	35
4.3.4 Fysioterapeutenes forståelse	36
Verdier	36
Erfaring	37
Forskning	37
4.4 Oppsummerende refleksjoner	37
5.0 Konklusjon	40
Litteraturliste	41
Vedlegg	
Vedlegg 1 - Forespørsel om deltagelse	
Vedlegg 2 - Samtykkeskjema	
Vedlegg 3 - Intervjuguide	
Vedlegg 4 - Transkripsjon, informant 1	
Vedlegg 5 - Transkripsjon, informant 2	
Vedlegg 6 - Transkripsjon, informant 3	
Tabeller og figurer	
Figur 1 - Vekselvirkninger i ICFs begrepsapparat	

1.0 Innledning

De fleste mennesker vil i løpet av livet oppleve å få muskel- og skjelettplager. For de fleste vil plagene være forbigående, men hva skjer dersom plagene vedvarer? I følge Lærum et al. (2013, s. 25) vil rundt 75-80% av alle voksne i Norge oppleve smerter eller plager fra muskel- og skjelettsystemet i en eller annen form i løpet av en måned. I mange av tilfellene er plagene kortvarige, men for noen blir plagene langvarige og det er vanskelig å påvise morfologiske eller fysiologiske årsaker til smerteopplevelsen. I følge en rapport utarbeidet av Muskel og Skjelett Tiåret, rapporterer 51 prosent av befolkningen at de har muskel-/skjelettplager som har vedvart lenger enn tre måneder i løpet av et år (Lærum et al. 2013, s. 25). I tillegg til at det er belastende for enkeltpersoner å ha slike plager, er muskel-/skjelettplager vårt mest kostbare folkehelseproblem (Lærum et al. 2013, s. 5). Dette er noen av årsakene til at vi anser temaet vårt som aktuelt.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Norsk Fysioterapeutforbund [NFF] (2015) skriver på sine nettsider at det teoretiske grunnlaget for fagutøvelse i fysioterapien er forankret i naturvitenskapelig, samfunnsvitenskapelig og humanistisk kunnskap. Det erkjennes at det er mange ulike faktorer som er med på å opprettholde helse, eller som bidrar til funksjonsnedsettelse, smerte og sykdom. De skriver videre at fysiske og psykiske belastninger kan gi kroppslige utslag og at kroppslige plager må forstås i lys av hendelser og opplevelser.

I løpet av våre praksisperioder har vi møtt pasienter med uspesifikke problematikker, der det er vanskelig å finne en klar årsak til pasientens plager. Uspesifikke smerter er smerter som ikke kan forklares med en biomedisinsk forståelse, hvor en ikke har diagnostiske holdepunkter eller hvor det er medisinsk uforklarte plager og symptomer (Espeland, 2016, s. 13). I disse situasjonene har vi kjent på utilstrekkelighet fordi vi ikke har kunnet gi den hjelpen vi ønsker. Gjennom denne oppgaveprosessen håper vi å gjøre oss selv bedre rustet til å møte pasienter med slike plager.

1.3 Hensikt med oppgaven og problemstilling

Vår hensikt med dette prosjektet er å studere den fysioterapeutiske prosessen med pasienter med langvarige, uspesifikke plager av sammensatt karakter.

Basert på vårt tema og vår hensikt har vi valgt å formulere problemstillingen:

“Hvordan forstår og handler fysioterapeuter i behandlingsprosesser der pasienten har langvarige uspesifikke plager?”

1.4 Oppgavens oppbygning

Oppgaven består av en innledning, et kapittel med teori av fagstoff som belyser temaet vårt, et metodekapittel hvor vi beskriver fremgangsmåten i innhenting og bearbeiding av materiale, samt drøfter hvordan vi har gjort dette. Deretter presenterer vi resultatene våre og diskuterer funnene. Til sist følger vår konklusjon. Vedlagt ligger forespørsel om deltagelse, samtykkeskjema, intervjuguide og transkripsjonene fra intervjuene.

2.0 Teori

2.1 Smerte

Smerter i muskel- og skjelettapparatet er det viktigste symptomet ved muskelskjelettlidelser (Den norske legeforening, 2009, s. 21). The International Association for the Study of Pain (2017) definerer smerte som en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse forbundet med aktuell eller potensiell vevsskade, eller beskrevet med ord som for en slik skade. Smerte er en subjektiv opplevelse, den kan altså ikke beskrives objektivt, men bare i forhold til den enkeltes atferd og egen opplevelse (Bahr, Karlsson & Norges Helsedirektoratet, 2015, s. 583). Det betyr at den opplevde smerten nødvendigvis ikke samsvarer med mengden vevsskade, dersom det i hele tatt foreligger en vevsskade (Butler & Moseley, 2013, s. 12).

Man kan skille mellom akutt smerte og langvarige smerte. Akutte smerter er helt nødvendig for god helse, og har en viktig overlevelsesfunksjon gjennom varsling om at det er nødvendig å fjerne seg fra det som utløser smerte så fort som mulig for å unngå skade (Fors, 2012, s. 12). Langvarig smerte står i kontrast til akutte smerter ved at de ikke har en beskyttende funksjon. Langvarig smerte defineres til å vedvare lengre enn seks måneder, og smertene kan dermed over tid bli patologiske og en slags sykdom i seg selv (Fors, 2012, s. 86). Langvarige smertetilstander er vanligvis sammensatte og kompliserte (Den norske legeforening, 2009, s. 20).

Gjengedal og Hanestad (2007, s. 64) sier at kognitive faktorer, som blant annet oppfattelse av smerte, mestringssevne og tidligere erfaringer, affektive faktorer som angst, depresjon, sinne og frustrasjon, samt sosiale forhold, kan forme en persons smerteopplevelse, atferd og forhold til andre mennesker. Fors (2012, s. 13) sier at smerte kan forverres over tid hvis den repeteres, men at den også kan forverres ved stress, frykt, grubling, angst og depresjon. Personer med langvarig smerte er ofte tristere til sinns eller noen ganger depressive (Bahr, Karlsson & Norge Helsedirektoratet, 2015, s. 586). Dette kan gjøre smertesituasjonen ytterligere kompleks.

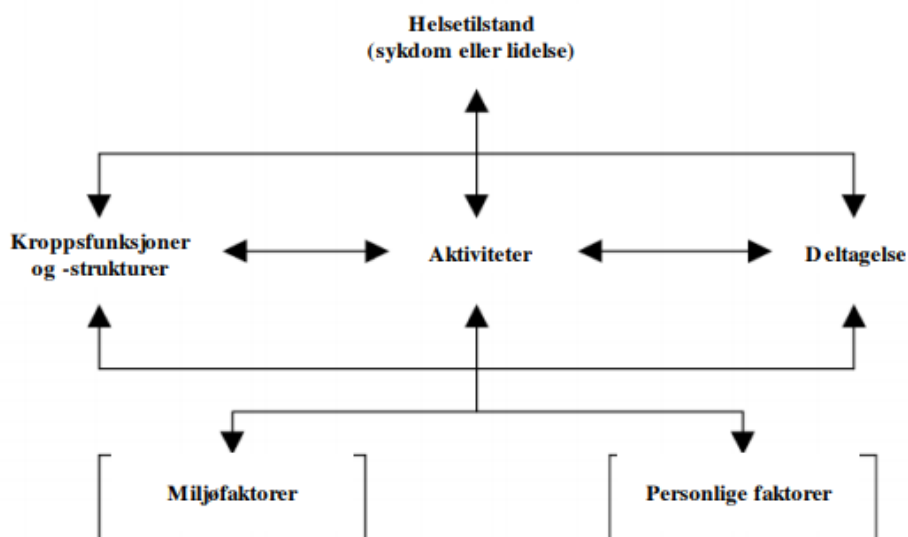
2.2 Biopsykososial forståelse

I 1977 utfordret Engel (1977, s. 129) helsepersonell til å utvide sitt syn på sykdom fra å kun se på biologiske avvik som forklarende for en persons sykdomsopplevelse, til å ta i betraktning hele pasienten ved å også inkludere psykologiske og sosiale aspekter. Den biopsykososiale modellen gir rom for at det er mange ulike faktorer som samspiller og påvirker en persons

opplevelse av sykdom, og en biopsykososial sykdomsforståelse har i dag vunnet innpass i det medisinske fagfeltet (Ahlsen, 2014, s. 28). En biopsykososial forståelse av sykdom innebærer å se pasientens plager som som en følge av personlighet, atferd, relasjoner og livssituasjon, og ikke bare kroppslige forandringer (Ahlsen, 2014, s. 28). Modellen innebærer en interaksjon mellom ulike faktorer der påvirkningen de har på pasientens plager vil kunne variere fra person til person. En biopsykososial forståelse skal sikre en helhetlig tilnærming til pasienten og står i kontrast til en reduksjonistisk biomedisinsk forståelse (Engel, 1977, s. 131).

2.3 International Classification of Function (ICF)

En anerkjent måte å se på kompleksiteten i faktorer som samspiller, er å bruke klassifikasjonsmodellen “International Classification of Function” (ICF). ICF er verdens helseorganisasjon sin teoretiske modell og klassifikasjonssystem for funksjon, funksjonshemming og helse (World health organization, 2018). Denne modellen er særlig nyttig på områder hvor helse og funksjon skal vurderes i en bredere sammenheng enn kun som diagnose isolert. ICF bygger både på en medisinsk og en sosial modell som integreres til en biopsykososial forståelse av funksjon. Med dette tar den sikte på å fange opp og vektlegge flere ulike perspektiver i forståelse eller behandling av pasienter (Høyem & Thornquist, 2010, s. 52).



Figur 1. Vekselvirkninger i ICFs begrepsapparat. Fra Et kritisk blikk på ICF - måleverktøy og forståelsesmodell.

Av A. Høyem & E. Thornquist. *Sykepleien*, 5, s. 48.

Figur 1 demonstrerer menneskelig funksjon i et gitt felt. Begrepene i figuren består av tre dimensjoner vi kan fungere i, som påvirker hverandre innbyrdes: Kroppsfunksjoner og -

strukturer, aktiviteter og deltagelse. I tillegg tas også situasjonens kontekstuelle faktorer som kan påvirke funksjon med i betraktningen: miljøfaktorer, helsetilstand og personlige faktorer (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 11). Fordi det er et komplekst og dynamisk forhold mellom dimensjonene i modellen, kan dermed påvirkning på et område, påvirke en eller flere andre. Denne påvirkningen kan også skje begge veier (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 28). Høyem og Thornquist (2010, s. 52) belyser derimot utfordringer ved bruken av ICF. De peker på at begreper og tenkemåter fra ulike paradigmer brukes om hverandre, og at målinger og fenomener blandes. Fordeler ved denne modellen er at hovedvekten legges på den enkeltes funksjonsevne i samspill med omgivelsene, fremfor sykdom.

2.4 Samspillet mellom dimensjoner og faktorer

I følge Den norske legeforening (2009, s. 21) er opphavet til smerter i muskel- og skjelettsystemet ofte uklart, men kan forsøkes å forstås med en helhetlig tilnærming. "Mennesket er ikke kropp og sjel - psyke og soma, mennesket er alltid begge deler på en gang" (Thornquist, 2008, s. 51). I følge Thornquist (2001, s. 183) kan alt en person utsettes for eller utsetter seg selv for i sitt liv, uttrykkes eller nedfelles i kroppen og bidra til å påvirke ulike endringer eller avvik i kroppen, både funksjonelle og strukturelle. Bunkan (2008, s. 35) sier at følelser kan hemme eller fremme helse, alt etter hvilke følelser det gjelder og måten individet forholder seg til dem.

I følge Gjengedal og Hanestad (2007, s. 331) er det mange komplekse faktorer som kan generere og vedlikeholde en generell smerteopplevelse. Kumulasjon av faktorer som påvirker hverandre kan bidra til at pasienten havner i en ond sirkel og det kan være vanskelig å forstå sammenhengen mellom faktorene. Den norske legeforening (2009, s. 21) sier at langvarige smertetilstander ofte fører til at pasienten blir mer inaktiv. Langvarig smerte kan føre til kompensierende strategier, muskelsvakhet og økt muskelspenning, og dermed også senke terskelen for nye plager. En konsekvens av dette kan være passivitet og depresjon. Mer smerter kan utvikle seg gjennom følelser som frykt og angst, og gjennom handlinger som retter seg mot å unngå det som gjør vondt (Ahlsen, 2014, s. 28). Andre plager som har sammenheng med langvarig smerte er søvnvansker, tretthet og kognitive utfordringer som hukommelse og konsentrasjon (Lærum et al., 2013, s. 42). Risikoen for å utvikle kroppslige plager øker også for personer som har som har flere typer negative eller traumatiske livserfaringer bak seg (Gretland, 2007, s. 51).

2.5 Fysioterapiprosessen

Gjennom fysioterapiprosessen arbeider fysioterapeuter ut fra flere generelle prinsipper. NFF (2015) opplyser at prosessen starter med undersøkelse og vurdering av pasientens utfordringer og hva pasienten selv ønsker hjelp til. Behandlingen skal basere seg på fysioterapeutens vurderinger. De sier videre at målet for fysioterapi er at pasienten kan vedlikeholde, gjenvinne eller utvikle sin funksjonsevne, ved å utnytte egne ressurser. Et trygt og tillitsfullt forhold mellom pasient og terapeut er viktig for å oppnå dette.

2.6 Relasjon

Relasjonen mellom pasient og terapeut ligger til grunn for å forstå pasientens smerte og å kunne hjelpe pasienten med smerteproblematikken (Eide, 2008, s. 365). Hall, Ferreira, Maher, Latimer og Ferreira (2010, s. 1099) skriver i sin studie om terapeutiske forhold at en god relasjon og allianse mellom pasient og terapeut har en tilsynelatende positiv effekt på utfallet av behandlingen. For å skape en best mulig relasjon sier Eide (2008, s. 365) at det er avgjørende å oppdage hva som er pasientens behov og deres kommunikasjonsstil, og tilpasse seg deretter. Thornquist (2009, s. 23) definerer kommunikasjon som alle de måter vi henvender oss til hverandre på for å skape gjensidighet i opplevelse og mening. Kommunikasjonen mellom pasient og terapeut er bestemmende for det samarbeidsklimaet og den rollefordelingen, og derav relasjonen, som utvikles mellom partene (Thornquist, 2009, s. 124). Dette avgjør hvilken informasjon som kommer frem fra pasienten, som deretter utgjør vurderingsgrunnlaget for pasientens problem og behandlingsvalg. Som Thornquist (2009, s. 124) skriver, er fag og kommunikasjon veid inn i hverandre. Dersom pasientene ikke forstår, kjenner tillit eller er engasjert, er det usannsynlig at de kommer til å følge instruksjonene som blir gitt (Linton, 2013, s. 244).

2.7 Fysioterapeutisk undersøkelse

Den fysioterapeutiske undersøkelsen er en samhandlingssituasjon mellom fysioterapeut og pasient der det dreier seg om å innhente informasjon om pasientens ressurser og begrensinger (Gretland, 2007, s. 95). Undersøkelsen består av to hovedelementer: anamnese og klinisk undersøkelse. De primære informasjonskildene er henholdsvis verbal og kroppslig informasjon (Thornquist, 2001, s. 244). Funn vil i denne sammenheng være alt som kan bidra til en bedre forståelse av pasienten og deres utfordringer. Summen av funnene i undersøkelsen tolkes som

en helhet og skal kunne ut i en konklusjon og videre hvilke konkrete mål, behandling og tiltak som er aktuelle for pasienten (NFF, 2015).

Anamnese

Fra første øyeblikk danner fysioterapeuten seg et bilde av pasienten, og pasienten av terapeuten (Thornquist, 2001, s. 244). Sentrale elementer som fysioterapeuten ønsker å få informasjon om i anamnesen er pasientens sykehistorie, grad av utfordringer eller mestring av dagliglivets aktiviteter og funksjoner, pasientens livssituasjon, og kartlegging av ressurser og begrensninger (NFF, 2015). Anamnese gir fysioterapeuten holdepunkter for å forstå mest mulig av pasientens livssituasjon og forstå utvikling og forløp av sykdom (Thornquist, 2008, s. 103). Fysioterapeuten kartlegger faktorer i pasientens liv som kan være med på å hemme eller fremme sykdom. Svarene fra anamnesen kan gi informasjon som er aktuell med tanke på hvilke forventninger det er realistisk å ha gjennom den fysioterapeutiske prosessen. I tillegg gir anamnesen en pekepinn på hva som er aktuelt å undersøke videre. Samtale gjennom anamnesen er et viktig diagnostisk virkemiddel og har fått stor betydning i dagens helsetjeneste (Thornquist, 2001, s. 231).

Klinisk undersøkelse

Sentrale deler av den kliniske undersøkelsen er en detaljert bevegelsesanalyse av funksjon, spesielle undersøkelser og tester, og vurdering av sammenheng mellom funnene fra anamnesen og den kliniske undersøkelsen (NFF, 2015). I den kliniske undersøkelsen ser fysioterapeuten på kroppsholdning (Thornquist, 2008, s. 105). Det observeres hvordan pasienten avbalanserer kroppen, om han eller hun er oppstrammet eller oppgitt, om det er akseknekk mellom kroppens deler, om det er asymmetrier, hvordan tyngdeplasseringen er og om det er endringer i ulike posisjoner. Fysioterapeuten undersøker også generelle funksjoner for å se om pasienten har et hensiktsmessig bevegelsesmønster og en hensiktsmessig kroppsbruk (Thornquist, 2008, s. 118-119). Generelle funksjoner omfatter sammensatte bevegelser som vi utfører i dagliglivet hvor det stilles krav til styrke, bevegelighet, koordinasjon og utholdenhet. Dette er aktiviteter som for eksempel gange, trappegang og av- og påkledning. Spesifikke undersøkelser omfatter spesifikke bevegelser og strukturelle tester, og foretas på grunnlag av hvordan en person utfører de generelle funksjoner (Thornquist, 2008, s. 120).

2.8 Behandling

Patologiske forhold gjenspeiler seg i funksjonen (Thornquist, 2008, s. 312). Derfor er det funksjonelle forhold som står i fokus i behandling, ikke diagnose eller standardiserte behandlingsregimer. Thornquist (2008, s. 312) sier at kriteriene for en god behandling er høyst forskjellige avhengig av sykdomsforståelse og kroppssyn hos den som vurderer behandlingen.

I forkant av behandling er konkrete, relevante og meningsfulle mål formulert sammen med pasienten (NFF, 2015). Dette er bestemmende for hvilken behandling og tiltak som velges. Ved å klargjøre forventninger, mål og midler kan mye frustrasjon unngås både hos pasient og terapeut (Thornquist, 2008, s. 313). I behandlingen anvendes forskjellige metoder, teknikker og øvelser i tillegg til informasjon og veiledning (NFF, 2015). Pasientens aktive deltagelse er sentralt i behandlingen og formålet er å fremme endringsprosesser for å lindre smerte og bedre funksjon. Det legges vekt på at pasienten skal ta i bruk sine fysiske, psykiske og sosiale ressurser.

2.9 Forståelsens betydning for handling

Daglig står fysioterapeuter overfor situasjoner der de må vurdere og ta faglige beslutninger (Jamtvedt, Hagen & Bjørndal, 2015, s. 13). Disse beslutningene påvirkes av mange bevisste og ubevisste faktorer. Jamtvedt et al. (2015, s. 15) sier at den viktigste kunnskapskilden for fysioterapeuters fagutøvelse er grunnutdanningen. Alle fysioterapeuter har sin tilnærming innen faget som er skapt og påvirket av utdanning, arbeidserfaring og livserfaring (Stokkenes, Sudmann & Sæbøe, 2001, s. 276). I tillegg spiller verdier, normer og menneskesyn en rolle (Thornquist, 2008, s. 103). Dette preger terapeutens perspektiv på sykdom og funksjon, valg av undersøkelse og behandling, samspill med pasienten og deres forståelse av det pasienten sier, antyder og gjør (Thornquist, 2008, s. 312). Klinisk erfaring gjør terapeuten til en bedre problemløser og i bedre stand til å forstå virkeligheten av pasientens kontekst, arbeid- og familieliv som bakgrunn for behandlingsvalg og rådgiving (Jamtvedt et al., 2015, s. 26). Gjennom praksis og erfaring kommer et behov for mer informasjon (Jamtvedt et al., 2015, s. 31). Som følge av dette vil terapeuten måtte innhente, kritisk vurdere og anvende ny kunnskap.

I tillegg til nevnte sosiokulturelle føringer, blir vår forståelse og handlinger påvirket av strukturelle føringer. Dette kan være sentrale politiske føringer i lovverk, faglige retningslinjer

med mer. Men det kan også være rene rammefaktorer, som hvordan tjenesten er organisert og finansiert, og hvilket fysisk miljø man er i (Thornquist, 2009, s. 44).

Hvordan den enkelte utformer og forvalter sin status i praksis er avgjørende for ens rolle (Thornquist, 2009, s. 30). Rolle i denne sammenheng omfatter alt en person forventes å gjøre som fagutøver. Det vil si at en terapeuts rolle kan endres etterhvert som kunnskapsgrunnlaget eller strukturelle faktorer videreutvikles, eller endres. Rolleatferden vil også tilpasses i møtet med pasienten. I dette møtet stiller både pasient og terapeut med sin forståelse, og må innenfor tilgjengelige rammer forhandle seg frem til en felles forståelse av situasjonen (Goffman, 1992, s. 24). Man kan kanskje tro at denne forhandlingen skjer i et lukket rom, men det er mange som følger med på hvordan de kliniske møtene foregår. Goffman (1992, s. 189) kaller disse personene publikum, som her kan være både befolkningen, myndigheter og fysioterapeuters egne fag- og utdanningsmiljø.

3.0 Metode

3.1 Valg av metode

Formålet med oppgaven er å finne ut hvordan avtalefysioterapeuter med ulik bakgrunn og ulike erfaringer forstår og handler i behandlingssituasjoner hvor pasienten har langvarige uspesifikke smerter. På bakgrunn av dette har vi valgt å benytte oss av kvalitativ metode i form av semistrukturerte intervju. De kvalitative metodene tar sikte på å fange opp mening og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2012, s. 112). I den kvalitative forskningsprosessen nedtegner forskeren sine observasjoner i form av felt- eller observasjonsnotater (Repstad, 2007, s.17). Det er disse tekstene som er grunnlag for den videre analysen.

3.2 Valg og kontakt av informanter

I følge Repstad (2007, s. 81) er det problemstillingen som avgjør hvem det kan være aktuelt å intervju. På bakgrunn av tematikken vår, hadde vi i forkant av informasjonsinnhenting et sterkt ønske om å få kontakt med fysioterapeuter med lang erfaring, som har jobbet mye med pasienter med langvarige uspesifikke smerter. Siden vi ønsket kontakt med generalister, startet vi med å ta kontakt med en av personene som har ansvar og oversikt over alle avtalefysioterapeutene i vår aktuelle kommune. Vedkommende gav oss deretter tips om ulike institutter som kunne være aktuelle, og vi sendte ut en uoffisiell mail med forespørsel om deltagelse (Vedlegg 1). Forespørselen inneholdt informasjon om oss, om prosjektet, hvem som var veileder og om hvor lenge intervjuet ville vare. Det viste seg å være vanskelig å få informanter ved å gå så bredt ut. Derfor snevret vi inn søket mot enkeltpersoner som ble håndplukket av vår veileder. Vi sendte ut samme mail som tidligere, til fem fysioterapeuter. Alle vi tok kontakt med er avtalefysioterapeuter og jobber på institutt. Ut fra mailen tok to fysioterapeuter telefonkontakt med oss og gav tilbakemelding på at de ønsket å delta. De siste tre terapeutene tok vi selv telefonkontakt med, og en av de hadde mulighet til å stille opp som informant.

3.3 Forberedelse til intervju

Under forberedelse av intervjuguiden brukte vi mye tid på å lese oss opp på ulike temaer vi vurderte som aktuelle, og reflektere og diskuterte rundt svarene vi trodde vi kom til å få. Intervjuguiden (Vedlegg 3) inneholder noen hovedspørsmål, og noen forberedte

oppfølgingsspørsmål, som beskrevet av Repstad (2007, s. 78). Hensikten med en intervjuguide er at den skal fungere som huskeliste, slik at man får med de temaene som skal dekkes. Vi lagde totalt tre utkast av intervjuguiden, som ble revidert sammen med veileder. Spørsmålene ble formulert for å innhente mest mulig informasjon om temaet, samtidig som vi ønsket at informantene skulle reflektere over egen praksis. Thornquist skriver at det kan være spesielt problematisk for helsepersonell i kliniske virksomheter å redegjøre for praksissituasjoner siden de er preget av å være mangfoldige, kroppslige og situasjonsspesifikke (2009, s. 87). Det kan derfor være utfordrende å snakke om det kliniske arbeidet i generelle vendinger.

Før vi gjennomførte intervjuene gjorde vi et testintervju av hverandre for å vurdere intervjuguiden, lengden av intervjuet, hvor lydopptakeren skulle ligge og vår egen oppførsel under intervjuene. Vi bestemte oss for at en skulle lede intervjuet mens den andre observerte og tok notater. Observatøren fikk mulighet til å stille supplerende spørsmål mot slutten av intervjuet.

3.4 Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble gjennomført i rolige omgivelser på de respektives arbeidsplass og tok mellom 45 minutter og en time. Opptak av intervjuene ble gjort med opptaksfunksjonen på to mobiltelefoner, for å sikre at all data kom med. Lydopptak er et hjelpemiddel som får med seg ordrett hva som sies og hvordan det sies i forhold til stemmeleie, pauser og latter (Repstad, 2007, s. 84). Intervjueren får da konsentrere seg om hva informanten sier og kan ta notater om kroppsspråk og andre illustrerende bevegelser underveis. Under intervjuet fokuserte vi på å unngå avbrytelser slik at informantene fikk snakke fritt, og fremstå interessert ved å gi bekreftende nikk. På slutten av intervjuet gav vi informantene mulighet til å ta opp temaer eller komme med tilleggsinformasjon de hadde tenkt på gjennom intervjuet (Repstad, 2007, s. 91). Alle intervjuene ble gjennomført i løpet av uke 15. Vi brukte den samme intervjuguiden ved alle de tre intervjuene.

3.5 Bearbeiding av data

3.5.1 Transkribering

“Den kvalitative forskningsprosessen omformer virkeligheten til tekst fra observasjoner eller samtaler” (Malterud, 2011, s. 75). Etter informasjonsinnhenting skal rådata bearbeides og

organiseres til en form som gjør den tilgjengelig for analyse. Ved endt intervju transkriberte vi intervjuene umiddelbart hver for oss. Å transkribere umiddelbart gir de beste mulighetene for en god gjengivelse av hva informantene faktisk har uttalt (Dalen, 2011, s. 58). Ved å transkribere intervjuene selv gis forskeren en unik mulighet til å bli kjent med eget materiale, og får en helt spesiell nærhet til utskriftene før analyseprosessen.

Vi valgte å transkribere intervjuene ord for ord slik at fortolkningsmuligheter ikke skal gå tapt. Punktum og komma er lagt inn der det har vært naturlig for å bedre lesbarheten i skriftlig kontekst. Små pauser, nøling og latter er fortsatt bevart i teksten ved å bruke henholdsvis “(latter)” og “...”. Kroppsspråk som håndbevegelser, hermetegn og gestikuleringer er beskrevet i transkripsjonene for å bevare meningen i informantenes utsagn. Vi transkriberte alle intervjuene til bokmål uavhengig av dialekt hos informanter og studenter. I tillegg gjorde vi om alle særnavn til fellesnavn for å beholde anonymiteten til informantene.

3.5.2 Analyse av data

“Analysen skal bygge bro mellom rådata og resultater ved at materialet blir organisert, fortolket og sammenfattet” (Malterud, 2011, s. 91). I analysen valgte vi å bruke systematisk tekstkondensering, inspirert av Giorgi og modifisert av Malterud. Siden vi er to som har jobbet med denne oppgaven, har vi valgt å lese gjennom og analysere transkripsjonene hver for oss for. Ved å gjøre dette hadde vi som hensikt å skape et analytisk rom med flere nyanser (Malterud, 2011, s. 99). Vi startet med å lese gjennom hver transkripsjon for å danne oss et helhetsbilde og identifisere gjennomgående temaer. Deretter diskuterte vi hvilke tanker vi hadde gjort oss og ble enig om temaer. Når dette var gjort startet vi med å identifisere meningsbærende enheter. Det vil si å velge ut tekst som bærer med seg meninger om temaene som ble valgt ut i første omgang (Malterud, 2011, s. 100). Samtidig som vi gjorde dette systematiserte vi de meningsbærende enhetene i ulike undertemaer og valgte ut gullsitater som illustrerte de ulike funnene vi ville ha frem (Malterud, 2011, s. 107). Videre sammenfattet vi de meningsbærende enhetene til kortere formuleringer, uten å endre på selve meningen, før vi til slutt tolket formuleringene for å finne underliggende betydninger.

3.6 Forforståelse

Forforståelse er den ryggsekken man tar med seg inn i oppgaveprosessen, før selve prosjektet starter (Malterud, 2011, s. 40). Innholdet i sekken påvirker måten vi samler og leser våre data på gjennom hele prosessen. Vi er aldri forutsetningsløse og dette er en betingelse og begrensning for forståelsen vår (Thornquist, 2018, s. 171-174). Forforståelsen baserer seg på hypoteser, erfaringer, faglig perspektiv og den teoretiske referanserammen. Vi kan aldri redegjøre for vår forforståelse full og helt, men ved å utvide og endre vår forståelse utvikler vi vår forforståelse (Thornquist, 2018, s. 230)

3.7 Diskusjon av metode

3.7.1 Valg av metode

Fordelen med kvalitative intervju er at vi kan gå i dybden og få innsikt i fysioterapeuters erfaringsbaserte kunnskap og deres tanker og refleksjoner knyttet til egen praksis. Fordi vi ønsket å undersøke fysioterapeuters forståelse og erfaring tok vi i bruk kvalitativ metode i form av semistrukturert intervju. Måten vi har lagt opp temaet for oppgaven gjør at spørreskjema eller andre metoder trolig ikke ville gitt oss en tilfredsstillende og nyansert innsikt om det særegne. Noe som derimot kunne vært svært interessant hadde vært å gjennomføre et fokusgruppeintervju, men ettersom vi hadde noe utfordring med å få tak i informanter ble dette ikke aktuelt.

3.7.2 Valg av informanter

Vi hadde flere runder før vi fikk tak i informanter som hadde anledning til å delta og som anså seg selv som erfaren med temaet vårt. Én av informantene våre har spesialisering innenfor manuellterapi og til tross for at vedkommende anser seg selv som en generalist, kan det ha påvirkning på resultatene. For å gi oppgaven mer bredde kunne vi ha inkludert flere informanter, men med tanke på omfanget av prosjektet er vi tilfreds med tre informanter. Repstad (2007, s. 84) hevder at et prosjekt blir bedre av å gjøre grundige analyser av få intervju, enn overfladiske av mange. Ellers er vi fornøyd med at informantutvalget var heterogent.

3.7.3 Forberedelse og gjennomføring

I forkant av intervjuene valgte vi å formulere veldig åpne spørsmål, da vi ønsket å innhente mest mulig informasjon. Ved å gjøre dette endte vi opp med at flere poeng ble gjentatt i løpet av samme intervju. Vi hadde notert oss ned flere oppfølgingsspørsmål som vi i forkant av intervjuene tenkte kunne være aktuelle, men fordi informantene svarte svært utdypende på spørsmålene, var disse oppfølgingsspørsmålene i hovedsak overflødige. Vi kunne derimot vært enda mer presise i å notere ned informantenes kroppsspråk og gestikuleringer under intervjuene, særlig da to av informantene formidlet mye ved hjelp av kroppsspråk.

3.7.4 Etiske aspekter

Et viktig etisk aspekt ved denne type forskning er å opprettholde anonymitet og overholde informantenes og studentenes taushetsplikt. Dette gjøres ved å anonymisere data for å sikre personvern, og ved å operere med informert samtykke for å sikre informantenes kjennskap til konfidensialitet, oppbevaring av materialet og deres rett til å trekke seg fra prosjektet inntil en uke før innleveringsfrist (Vedlegg 2). I transkripsjonene har vi anonymisert informasjon som kan gjenkjennes, og lydopptak fra intervjuene vil bli slettet ved oppgavens sensur. Malterud sier at all forskning bygger på fortolkning av representasjoner av den virkeligheten vi ønsker å studere (2011, s. 75). Resultatene i vårt prosjekt er våre tolkninger av informantenes utsagn og er derfor en indirekte presentasjon av deres ytringer, der det kan ha forekommet misforståelser.

3.7.5 Bearbeiding av data

Transkripsjonen av råmaterialet ble svært tidkrevende, og vi ser i ettertid at vi trolig kunne ha latt være å gjøre en ord-for-ord transkripsjon, ved å ta bort småord som blant annet “liksom” og “altså”, uten å miste meningen i informantenes utsagn. Likevel gjorde ord-for-ord-transkripsjonen at vi fikk en nærhet til materialet. I analyseprosessen var det vanskelig å løsrive seg fra de overordnede temaene vi hadde satt i forkant av intervjuet, men ved å lese gjennom materialet flere ganger med åpent sinn ble vi til slutt enige. Temaene ble igjen endret utover i analyseprosessen.

3.7.6 Vår forforståelse

Vi har forsøkt å være kritiske og reflekterte rundt temaet, hvordan vi har tolket og hvordan vår forforståelse har påvirket prosjektet. Vår forståelse er farget av at vi er fysioterapistudenter, våre praksiserfaringer, undervisninger vi har fått, litteratur vi har lest og forskningsartikler som vi har innhentet om temaet. Med økende fokus på langvarige smerter i media, og med muskel-/skjelettplager som ledende årsak til sykefravær, så vi for oss at tematikken kunne være aktuelt. Fordi pasientenes plager ofte er uspesifikke og sammensatte, så vi for oss at det ikke forelå noe fasitsvar på hvordan en skal gå frem. Dette er forenlig med våre tanker etter å ha gjort flere litteratursøk uten å komme nærmere noe konsensus.

4.0 Resultat og diskusjon

I denne delen av oppgaven presenterer vi våre viktigste funn i analysen, knytter de opp mot teori og diskuterer dette i forhold til problemstillingen. Vi har valgt å belyse funnene ved å vise til gullsitater fra informantene gjennom kapittelet. Gjennom analyseprosessen har vi kommet frem til hovedtemaer som vi kategoriserer våre funn i, nemlig fellestrekk ved pasientene og deres situasjoner og fysioterapiprosess. I tillegg har vi valgt ut flere undertemaer.

Våre funn er tolkninger som representerer de tre informantenes synspunkter, erfaringer og kunnskaper. Vi vil gi en kort presentasjon av informantene, før vi går videre til en tematisk fremstilling av resultatene. Vi har valgt å ta diskusjonen knyttet til informantenes beskrivelse underveis i punkt 4.2 og 4.3. Vi presenterer resultatene og knytter videre til teori og refleksjoner. Noen mer generelle og fortolkende inntrykk fra prosjektet diskuteres i et eget punkt til slutt i dette kapittelet.

4.1 Presentasjon av informanter

Informant 1

Mannlig fysioterapeut med videreutdanning innen ortopedisk medisin og 22 års erfaring fra kommunehelsetjenesten og fra ulike institutt. Han har de siste årene arbeidet med driftsavtale og forteller at han har god kjennskap til den aktuelle pasientgruppen.

Informant 2

Kvinnelig fysioterapeut med 25 års erfaring fra ulike institutt og noen måneder i spesialisthelsetjenesten. Hun har arbeidet med driftsavtale i 19 år. Hun anser seg selv om en generalist, og liker å jobbe med kvinnehelse og nevrologi.

Informant 3

Mannlig fysioterapeut med 35 års erfaring fra rehabiliteringsinstitusjoner, sykehus og institutt. Han har arbeidet med driftsavtale på det aktuelle instituttet i 11 år. Han har videreutdanning innen manuellterapi, men anser seg selv som en generalist.

4.2 Fellestrekk ved pasientene og deres situasjoner

Gjennom intervjuet ønsket vi at fysioterapeutene selv skulle beskrive pasienter de så for seg når vi nevnte begrepene i problemstillingen. Informant 1 og 2 beskrev forholdsvis like pasientsituasjoner og forklarte at det ofte er voksne kvinner som inngår i pasientgruppen. Informant 3 malte derimot et mer nyansert bilde av hvem disse pasientene er, inkludert ulike aldersgrupper, livssituasjoner og kjønn.

“Gener du disponerer. Du har stress og du har psykosomatiske forhold, du har psykomotoriske forhold, og du har selvfølgelig fysisk miljø, så har du de intrinsiske forholdene i kroppen.”

Det understrekes av samtlige at det alltid er multifaktorielt. Altså finnes det ikke én årsaksforklaring for pasientens plager, men flere faktorer som er med på å generere og vedlikeholde en generell smerteopplevelse. Vi bemerket oss at de vektlegger både biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Når vi jobbet med data, fant vi at dimensjonene og faktorene i ICF egnet seg som kategorier. I fortsettelsen har vi derfor tatt i bruk disse kategoriene. Alle pasienter er forskjellige, har individuelle problemer, utfordringer og årsaker som kan knyttes til plagene. Det er imidlertid noen fellestrekk. I informantenes beskrivelse av pasientene er hovedfunnet at det at det har skjedd en kumulativ prosess der det har blitt opphoping av ulike negative faktorer som resulterer i en smerteopplevelse.

4.2.1 Smerte

“Det er jo litt vanlig for sånne, at det har litt sånne intense smerter, altså litt uforklarlige”. Informantene forteller at pasientene de møter ofte har smerter flere steder og kan ha en kompleks situasjon der smertene er uspesifikke, altså finnes det ikke noe konkret i undersøkelsen som kan forklare smerteopplevelsen. Informant 3 forteller at han har møtt flere pasienter der det startet med en klar og definerbar smerte som kan knyttes til vevsskade, men at det videre har utviklet seg til å bli en mer generalisert smertesituasjon som opprettholdes av andre faktorer enn vedvarende vevsskade. Informant 2 sier at det er viktig å understreke at smertene pasienten opplever alltid er reelle og påvirkes av både kropp, personen selv og miljøet rundt. Når pasienten har smerter som ikke lar seg forklare av det biomedisinske passer det ikke inn i tradisjonelle medisinske tenkemåter. Årsaksforhold reduseres ofte da fra det fysiske til det psykiske (Fors, 2015, s. 46). Fors sier derimot at forholdet mellom det psykiske og det

fysiske er av assosierende karakter, ikke reduksjonistisk. Smerte er alltid reell for den som opplever den.

“Har man gått rundt lenge og gjerne fått en kompleks smertesituasjon så er det jo lenger lerret å bleke.”

Det fremgår i alle intervjuene at tiden pasienten har gått med plagene har betydning for hvordan behovet ser ut. Informant 1 snakker om hvordan tiden gjør at pasienten blir fastlåst i sine tanke- og handlingsmønstre og at dette er en av faktorene som bidrar til kompleksiteten i situasjonen. Han greier videre ut om at pasientene ofte er i en stillstand som gjør at de blir låst i situasjonen, og at tiden pasienten er i stillstand har betydning for det videre forløpet. Informant 3 forklarer at disse pasientene ikke blir bedre på den tiden en forventer, fordi det er bakenforliggende årsaker som ikke er bearbeidet og er med på å opprettholde plagene.

4.2.2 Person- og miljøfaktorer

“Det er mye psykososiale problemer. Og det setter seg i kroppen”.

Psykososiale problemer kan innebære svært mye. Informant 2 nevner blant annet for stor belastning av fysisk og psykisk stress, traumatiske opplevelser, problemer i nære relasjoner, familie eller på arbeid. Dette utgjør en del av den sammensatte kompleksiteten som kan være pasientenes situasjoner. Sammensatt handler om alle faktorer som samspiller her og nå, og hvilke uttrykk dette får. Men det handler også om hvordan fortiden er tilstede i det som er nå (Thornquist, 2009).

“De har lavere kapasitet enn hva livet henter ut av de”.

Kapasitet handler om fysisk og psykisk helse: om en har kapasitet til å utføre de oppgavene miljøet krever, kapasitet til å handle og håndtere, og kapasitet til å bære de utfordringer livet gir deg. Det kan være vanskelig å skille slike personfaktorer fra fra helsetilstand i ICF, men i denne sammenhengen har vi valgt å betegne det som personfaktor. Det er mange faktorer som er med på å påvirke vår situasjon. Hos disse pasientene har det skjedd en kumulativ prosess av negative faktorer som gjør at de er fastlåst i en ond sirkel. De vet ikke hvor de skal starte, og har ikke evner eller kraft til å gjøre noe med situasjonen. Mangel på drivkraft og kapasitet kan føre til en resignasjon hos pasienten, ifølge informant 1. Han utdyper videre at *“resignasjonen som ofte oppstår gjør at du blir handlingslammet”*. Dersom pasienten er handlingslammet havner de i en stillstand det er vanskelig å påvirke - de stopper opp.

Informant 1 mener at personene som inngår i pasientgruppen har dårlig fysisk funksjon og -kapasitet. *“Det vil du se, det er alltid dårlig kondisjonerte mennesker. Condition, tilstand: dårlig. Alltid”*. Han sier at mange av pasientene ikke har fysiske erfaringer, ikke vet hvordan de skal bruke kroppen, eller hva den er kapabel til. Derfor er de også generelt lite aktive i hverdagen. I tillegg nevner informant 2 at mange har et dårlig forhold til kroppen og anser den bare som et redskap som bærer hodet. *“Jeg ser veldig ofte, synes jeg, at de har forferdelig dårlig “connection” mellom toppen og bunnen”*.

Den norske legeforening (2009, s. 21) sier at en langvarig smertetilstand ofte fører til passivitet hos pasienten. Som følge av dette kan det tilkomme flere følgefeil som utarter seg som funksjonelle begrensninger. Fors (2012, s. 79) sier at frykt og angst sannsynligvis har stor betydning for at smerte utvikler seg til å bli langvarige. Dersom en person tenker at smerte blir provosert ved bevegelse, eller at det kan oppstå skader ved å bevege seg, er det ikke usannsynlig at vedkommende er inaktiv som følge av denne frykten. Vekselvirkninger av dette vil da bli en dårligere fysisk kapasitet og dekondisjonering.

“Så har vi et sinn som har forskjellig kapasitet til å tåle last.”

Psykisk kapasitet omhandler individenes ulike evne til å bære last. Noen håndterer livets utfordringer svært bra, mens andre har mer uhensiktsmessige mentale strategier for å håndtere situasjonen. Det er typisk for disse pasientene at den psykiske belastningen blir for stor i forhold til deres kapasitet. Dårlig psykisk kapasitet handler om et misforhold mellom tilførsler eller krav fra miljøet, og behovet eller evnene til individet (Ilstad, 2007, s. 225). Dette misforholdet kan forplante seg som kroppslige symptomer. En forutsetning for kapasitet er motivasjon. Informant 3 setter motivasjon i sammenheng med pasientens psykiske helse. Han tror at dersom pasienten har en god psykisk helse, vil det være enklere å få de motivert, men at det kan være typisk for denne pasientgruppen at det har dårligere psykisk kapasitet. *“Jeg vet ikke om man blir skjør, men disse her med sammensatte... disse med mye kroppslige plager og litt ekstra vondter, de er vanskelig å dra i gang”*.

Et annet typisk karaktertrekk som ble nevnt av informant 3 er at de ofte har mye, og gjerne irrasjonell redsel. Å engste seg over langt tid kan gjøre at de kan føle seg nedstemte. Dette kan igjen være med på å forsterke pasientenes plager og føre til lettere psykiske plager som angst og depresjon (Bahr, Karlsson & Norge Helsedirektoratet, 2015, s. 586).

Arbeid

Da vi ba informantene om å beskrive en typisk pasient trakk alle frem mangel på arbeid, mistriivsel på arbeid eller sykemelding som et fellestrekk hos mange. Ihlebæk, Brage, Natvig & Bruusgaard (2010) sier at muskel-/skjelettplager er den hyppigste medisinske årsaken til sykefravær og uføreytelser.

“De er gjerne... vært sykemeldt, inn og ut av arbeid, og har gjerne tungt fysisk arbeid, eller veldig mye ansvar og tøffe tak.”

Det kan være ulike årsaker til at pasienten har utfordringer med å være i arbeidslivet. Dersom pasienten av ulike årsaker har nedsatt kapasitet, klarer de ikke håndtere arbeidet og blir nødt til å redusere mengden. Om pasienten er langvarig sykemeldt, ute av arbeidslivet, eller er i et arbeidsmiljø han eller hun ikke trives i, kan det ha påvirkning på pasientens situasjon. Dersom aspekter ved arbeidet, for eksempel miljø, trivsel eller krav, er medvirkende til pasientens plager, kan det være en befrielse for pasienten å komme seg ut av arbeidet. På den andre siden er det å ha et arbeid en stor del av ens identitet og tilhørighet. Ved å havne utenfor arbeidslivet kan det føre til en isolering fra ens sosiale arena og mangel på noe meningsfullt som gir mestring. Dette kan virke inn på en persons selvfølelse, selvverd og selvtillit ved en opplevelse av å ikke delta i samfunnet. Det å stå utenfor arbeidslivet kan også være utfordrende for mange på grunn av bekymring omkring personlig økonomi. Dersom pasienten er i en uavklart arbeidssituasjon, for eksempel på grunn av omlegginger eller i forbindelse med søknad om uføretrygd, mener informant 2 at det er en håpløs situasjon.

Tidligere opplevelser og livssituasjon

“Jeg er helt overbevist om at et sjokk eller dødsfall i familien, altså det kan gi utrolige kroppslige smerter altså.”

Tidligere opplevelser er et tema som blir tatt opp av alle informantene; hvordan negative fysiske eller psykiske opplevelser og erfaringer, eller krevende livssituasjoner kan føre til kroppslige smerter. Dette kan være alt fra at pasienten har blitt undertrykt eller underkjent av andre mennesker i form av dårlige relasjoner, mobbing og vold, til seksuelle overgrep. Det kan også være at pasienten er i en livssituasjon der de lever med et familiemedlem med fysiske eller psykiske utfordringer, eller opplever et dødsfall blant noen i nær relasjon. I følge Linton (2013,

s. 107) kan ulike former for traume eller negative livserfaringer påvirke opplevelsen av smerte og resultere i en risikofaktor for utvikling av vedvarende problemer.

Hva slags følger ulike negative erfaringer får for den enkelte, avhenger av personens tidligere erfaringer (Gretland, 2007, s. 51). Daskalakis, Bragot, Parker, Vikers & de Kolet (2013) beskriver hvordan vi kan forstå at enkeltpersoner i tilsynelatende like forhold enten har motstandsdyktighet til å håndtere hendelser på en hensiktsmessig måte, eller har mindre motstandsdyktighet og bukker under. I følge Thornquist (2008, s. 53) påvirker personlighetsutviklingen våre kroppslige og psykiske reaksjonsmønstre som gjør at vi vil reagere ulikt. Dette påvirkes av genetisk disponering, miljøets forventninger, holdninger og normer, og erfaringer fra tidligere liv.

4.2.3 Hvordan forstå pasientens plager

“Det er alltid multifaktorielt, sant.”

Som sagt innledningsvis i kapittelet mener informantene at det er multifaktorielle årsaker til pasientens plager. En biopsykososial forståelse skal sikre en helhetlig tilnærming til pasienten ved å se på samspillet mellom faktorer som kan være påvirkende for pasientens plager. Dersom en ekskluderer alle andre forhold enn biologiske som årsak til smerte, vil det si at disse smertene på enkelt vis kan repareres på en standardisert måte hvor kun biologiske forhold tas høyde for (Thornquist, 2008, s. 52). Med en ren biologisk oppfatning vil det i tillegg bli et jagg etter å sette medisinske diagnoser som forklaringsmekanisme for plagene (Thornquist, 2009, s. 54). Ved å ikke redusere pasienten til kun noe biologisk, men jobbe med hele individet, vil pasienten få en følelse av å bli tatt på alvor. I tillegg vil det gi et mer hensiktsmessig grunnlag for behandling. Det er likevel et poeng å ikke ekskludere viktigheten av den biomedisinske kunnskapen om smerte. Alle faktorene som er nevnt av informantene kan samspille og derav komplisere pasientens sykdomsbilde. Mennesket må betraktes som helhet av livsfunksjoner; kroppen er oss like mye som det psykiske, det åndelige og det intellektuelle (Thornquist, 2008, s. 51-52). Enhver påvirkning, både psykisk og fysisk, vil virke inn på både vårt somatiske og vegetative liv. Det kan dermed være utfordrende å finne årsaken til pasientens plager.

ICFs teoretiske modell konkretiserer de biopsykososiale faktorene og setter de i system i ulike dimensjoner. Ved å gjøre dette tydeliggjøres vekselvirkningene de ulike dimensjonene har på hverandre. Det er et verktøy som kan brukes til å sortere i faktorene som virker inn på

pasientens plager ved å for eksempel se på hvordan personens helsetilstand kan virke inn på deres deltagelse og aktivitetsnivå.

4.3 Fysioterapiprosessen

“Ofte så er det sånn at når vi begynner en plass så kler vi kanskje av problemene etterhvert.

Så reevaluerer vi hele veien“.

Informantene forteller at de som regel, med denne pasientgruppen, ikke har en løsning på problemet etter første konsultasjon. Kartleggingen av pasienten skjer kontinuerlig gjennom hele den fysioterapeutiske prosessen. Denne prosessen er ikke-lineær og vi får hele tiden ny kunnskap og innsikt i pasientens situasjon som gjør at vi må reevaluere tilnærmingen vår, sier informantene. Prosessen med å undersøke pasienter handler ikke bare om det første møtet hvor en har en rekke standard spørsmål som stilles og generelle fysiske undersøkelser som gjøre. Det handler om hele prosessen, fra pasienten går inn døren ved første konsultasjon, helt til en har skrevet et avsluttende notat. Ved å bli bedre kjent med pasientene over tid, bygger man relasjoner som gjør at pasienten kan slipper terapeuten mer innpå seg. Dette bidrar også til en bedre forståelse av hvordan pasienten selv opplever situasjonen sin. Hvordan terapeutene velger å gå frem i prosessen er basert på deres kunnskapsgrunnlag, verdier de innehar og erfaringer de har gjort seg. I intervjuene har vi ikke spurt like inngående etter alle deler i prosessen, men valgt noen av aspektene ved den.

4.3.1 Relasjon og kommunikasjon

“Jeg er ikke her for å skyte de i nakken, jeg er her for å hjelpe de med nakken.”

Det er bred enighet blant informantene at en god og trygg relasjon er viktig gjennom hele fysioterapiprosessen, og at dette er avgjørende for å kunne gi en god behandling. Dette støttes av Hall et al. (2010, s. 1099), som sier at alliansen mellom pasient og terapeut har en tilsynelatende positiv effekt på utfallet av behandlingen. Informantene ønsker å bygge en god relasjon med pasientene og sier de har muligheten til dette fordi de tilbringer mye tid med de. *“Vi er heldige at vi kommer tett på pasientene og vi prater hele tiden”*. Informantene understreker viktigheten av å ha god kommunikasjon mellom pasient og terapeut og ser på dette som en stor del av det relasjonelle arbeidet. Gretland (2007, s. 183) skrive at vi i møte med andre både uttrykker vi hva vi synes om oss selv og den andre parten gjennom vår væremåte, kroppsspråk og ord. Dermed vil både den kroppslige og verbale kommunikasjonen som blir formidlet bli lagt til grunn for tillitsbyggende arbeid.

Informantene erfarer at de ut i den kontinuerlige kartleggingsprosessen kan fornemme noe som pasienten kommuniserer enten kroppslig eller verbalt. Ved å ha etablert en god relasjon, hevder informant 2 at det blir lettere å stille de direkte spørsmålene som kan være avgjørende for å få en forståelse av pasientens plager. I følge Thornquist (2009, s. 124) vil kommunikasjonen og rollefordelingen avgjøre hvilken informasjon som kommer frem i møtet mellom terapeut og pasient. Informant 2 påpeker at fordelen med å være fysioterapeut, er at du i tillegg til å kunne ha en god relasjon, også har en distanse til pasienten som kan gjøre det lettere for dem å åpne opp om personlige forhold.

“Innimellom bruker man jo alle triksene man har lært på sjarmeskolen.”

Informantene sier at de bruker flere personlige virkemidler og tilpasser seg for å etablere en god relasjon. Vennlighet, forståelse og gjensidig respekt er viktige faktorer som informantene tar i bruk for å etablere tillit. En relasjon kan ifølge Gretland (2007, s. 183) bli tryggere om terapeuten viser interesse og likeverd i samtale med pasientene. Informantene bruker også humor for å oppnå en hyggelig og avslappet stemning: *“(..)du skulle trodd det var et galehus her ute av og til altså slik som vi kan tøyse og tulle med pasienten”*. Dette kan skape en bedre balanse i møtet mellom helsepersonell og pasient.

Det er derimot viktig å understreke at dette er en profesjonell relasjon og slike relasjoner vil alltid være asymmetriske (Thornquist, 2009, s. 29). Asymmetriske relasjoner kjennetegnes ved at den ene parten, her terapeuten, har mer makt og myndighet enn den andre, pasienten. På den ene siden kan makt misbrukes og skape en større distanse mellom pasient og terapeut. På den andre siden kan makten brukes for å fremme pasientens deltagelse og selvstendighet (Thornquist, 2009, s. 67). Det er da viktig at den asymmetriske relasjonen forvaltes med preg av likeverd og gjensidig anerkjennelse (Thornquist, 2009, s. 29-30), slik informantene forteller at de gjør.

Ulike mennesker kan ha en ulik oppfatning om hva en god relasjon er. Derfor er det viktig å tilpasse seg pasientens behov og kommunikasjonsstil (Eide, 2008, s. 365). Noen vil ha behov for en terapeut som er myk og tålmodig, mens andre behøver en terapeut som stiller strenge krav og forventninger. Fordi alle pasienter er ulike kan det bli vanskelig å klare å tilpasse seg enhver. Ved å danne en god relasjon, føler informant 1 at han i tillegg til å være vennlig, kan

være direkte i tilnæringsmåten for å hjelpe pasienten. I følge Gretland (2007, s. 94) kan fysioterapeuten ved å være vennlig og imøtekommende, og samtidig klar og direkte, fremme trygghet hos pasienten. Fordi relasjonsaspektet formidles og mottas ubevisst (Gretland, 2007, s. 183), er det positivt at informantene er bevisst og reflekterer over relasjonens betydning for deres yrkesutøvelse.

4.3.2 Undersøkelse

Informantene forteller at de gjennomfører en grundig kartlegging av pasienten. Dette gjøres for å kunne utelukke alvorlige patologier og ved det ufarliggjøre situasjonen for pasienten. Ved å gjøre en grundig undersøkelse kan pasienten føle at de blir tatt på alvor, ifølge informant 3.

Informantene har en felles forståelse av at det er en tidkrevende å kartlegge og sortere i faktorer for å forstå pasienten og deres plager. Ved første møte påpeker informant 3 at er det viktig å la pasienten få tid til å fortelle sin historie. Dersom de ikke blir ferdig ved første time, fortsetter de neste gang. Det første intervjuet gir bare en røff oversikt over pasientens situasjon og det er viktig å ta seg til å spørre utdypende. I undersøkelsen er det viktig å være våken og interessert i alle pasientens uttrykk og ta inn informasjon fra hele sanseapparatet. *“Ikke spør bare for å spørre”*.

Anamnese

Anamnesen inneholder både verbal og kroppslig kommunikasjon (Thornquist, 2008, s. 99). Gjennom hele seansen tolker og vurderer informantene det som blir sagt, det som blir antydnet og det som blir gjort, og leter etter risikofaktorer for overeksponering, ressurser og begrensninger. De kartlegger ulike aspekter av pasientens liv; hva han eller hun gjør på i løpet av dagen, i arbeidsliv, fritid, hvordan de sover, og hvordan plagene påvirker pasientens hverdag. Alle pasienter er ulike og man tilpasser spørsmålene og hvordan man stiller dem etter individet som står foran seg.

Informant 1 forteller at han ønsker å vite nøyaktig hva pasienten gjør på arbeid. Han går dypt inn i arbeidssituasjonen for å kartlegge risikofaktorer; er vedkommende mye i ro, er det tungt fysisk arbeid, hvor stor arbeidsbelastningen er i forhold til tid og innhold, hvordan er forholdet til sjefen og til kollegene. I tillegg snakker han om to typer fritid; fritid med lyst og fritid med

plikt. Enten gjør en ting en må gjøre, eller gjør en ting en har lyst til å gjøre. Dersom fritiden består av lystbetonte aktiviteter kan det virke fremmede på pasientens helse. Dette står i kontrast til aktiviteter som bærer preg av plikt. Informantene bemerker også viktigheten av å undersøke hvor mye pasienten sover: *“Det er helt utrolig hvor, altså, hvis de sover så lite som de sier, så tenker du hmm, er det mulig.”*. Søvnvansker er forbundet med høyere forekomst av langvarig smerte og kan gi økt smertefølsomhet (Sivertsen et al., 2015, s. 1433). Søvn er viktig for å tåle belastninger, derfor kan mangel på søvn påvirke grad av håndtering av dagliglivets utfordringer.

Gjennom anamnesen er det terapeuten som har kontroll over innholdet i samtalen gjennom å stille spørsmål og selektere hva som skal gis oppmerksomhet og hvilke temaer som skal tas opp (Thornquist, 2009, s. 102). I samhandling med denne pasientgruppen kan det gi rom for å belyse aspekter ved pasientens liv som ellers hadde vært vanskelig for pasienten å ta opp selv. På den andre siden kan det at terapeuten styrer samtalen føre til at informasjon som er viktig for å forstå pasientens plager går tapt fordi det inngår i temaer terapeuten ikke anser som aktuelle. Fordi det kan være vanskelig å dele erfaringer og livserfaringer med ord, er pasientene prisgitt at fysioterapeuten har et godt blikk og forståelse for både verbale og ikke-verbale uttrykk (Thornquist, 2001, s. 241). Informantene forteller at de lar pasienten fortelle sin historie og legger gjerne til noen lukkede spørsmål for å få spesifikk informasjon om ting de mener kan ha sammenheng med deres plager.

Tidligere undersøkelse og behandling

“...det er jammen meg mye rart som skjer rundt omkring.”

Pasientgruppen har ofte blitt undersøkt og fått behandling tidligere som ikke har gitt resultater. Alle informantene påpekte at de spør nøye og spesifikt om innholdet i tidligere undersøkelser og behandlinger og om denne behandlingen har hatt effekt eller ikke. Samtlige understreker at dette er viktig informasjon for å ikke gjenta samme behandling og kaste bort sin egen og pasientens tid. En av informantene forteller at det er vanskeligere å få tillit som terapeut dersom pasienten har vært flere runder i helsevesenet. I følge Gretland (2007, s. 103) er svikt i tidligere relasjoner ofte årsak til at det kan ta lang tid og være krevende å bygge et tillitsforhold mellom pasient og terapeut. Dersom dette tillitsforholdet ikke kommer på plass vil det være vanskelig for terapeuten å hjelpe pasienten.

Pasientens egen oppfatning av situasjonen

Informantene er opptatt av at pasientene skal reflektere over hvordan de forstår sin egen situasjon. Da spør de om pasientens tanker rundt årsak, om de kan knytte spesielle hendelser til dette og hvordan plagene påvirker de i hverdagen. Ut i fra dette kan terapeuten også få et inntrykk om det er samsvar mellom hva pasienten uttrykker verbalt i anamnesen og kroppslige funn.

Pasientens forståelse kan i noen tilfeller påvirke plagene i seg selv. Ved å spørre om forståelse ønsker informantene å få frem informasjon om hvilket syn pasienten har på plagene og hvor stor grad av kroppslig bekymring de har. ”*Det kan ofte være, jeg tror at den ene ryggvirvelen min, når jeg bøyer meg så glipper den, eller den ene mellomvirvelskiven min den glipper frem og tilbake, det har liksom kiropraktoren sagt*”. Informant 2 mener at det ikke alltid er positivt om pasienten har fått en diagnose, for eksempel fibromyalgi, fordi det kan være stigmatiserende og gjøre at pasienten setter unødvendige begrensninger for seg selv. I følge Gretland (2007, s. 95) vil det å etterspørre pasientens egen opplevelse av situasjonen og seg selv, trekke pasienten inn som aktiv deltaker og signalisere at pasienten er meningsberettiget. Dette etablerer et bedre samarbeidsklima mellom pasient og terapeut.

Den kliniske undersøkelsen

Informantene gjør grundige undersøkelser av både generell og spesiell funksjon for å få en nyansert kartlegging av pasienten. Undersøkelsen baserer seg på informasjonen som har kommet frem under anamnesen, men starter allerede fra pasienten kommer inn døren ved at informantene observerer hvordan han eller hun beveger og ter seg. Informantene følger hele tiden de svarene en får, for å sikre en grundig undersøkelse.

“Det dreier det seg om symmetrier, det dreier seg om tyngdelinje, det dreier seg om kapasitet i fysikken, har de nok muskulatur, ser det ut som de kan klare å holde seg oppe mot tyngdekraften”.

Flere av informantene sier de ofte opplever at disse pasientene har dårlige linjer. Ved observasjon av kroppsholdning og bevegelse i aktiviteter kan de få et innblikk i pasientens grad av anspenthet, respirasjon, asymmetrier, kvalitet i bevegelsesmønstre og bruk av kroppen (Thornquist, 2008, s. 118-119). Informant 1 antyder at kroppsholdning kan si noe om

pasientens kapasitet. Fordi kroppslige budskap er flertydige, er det ifølge Thornquist (2009, s. 186) samtidig viktig å ikke tilskrive pasientens kroppsholdning og bevegelse betydninger i forhold til personlige egenskaper uten å se på resten av pasientens kontekst. Informant 1 tar i bruk diagnostiske kriterier for å undersøke pasientenes fysiske funksjon. Da undersøker han fem faktorer: kondisjon, styrke, fleksibilitet, koordinasjon og fart. Dette gjør han for å lete etter konkrete funn som begrenser pasientens funksjon som det kan arbeides med i behandlingen.

Informantene er opptatt av pasientens kroppsbevissthet og kroppslig atferd. Informant 2 har ved flere anledninger observert at pasienter mestrer utførelsen av dagligdagse aktiviteter som å reise/sette seg eller ta av seg klærne, mens ved spesifikk testing blir de samme bevegelsene utfordrende og smertefulle eller ikke gjennomførbare. «*Så står de og river av seg en trenings-BH, og alle som har brukt det vet jo hvor trangt og tungt det er å få av seg. Ja, men plutselig når jeg ber de løfte armen så kan de ikke det.*». I følge Fors (2012, s. 80) kan smerterelatert frykt påvirke unnvikelsesatferd fra aktiviteter som potensielt kan føre til smerte eller som oppleves som farlig. Slike observasjoner og funn hos pasienten kan være uttrykk for kroppen som sosialt, opplevende og handlende subjekt (Thornquist, 1993, s. 56).

Det kommer også frem av intervjuene at det ofte ikke er noen spesifikke funn i medisinsk forstand som kan forklare pasientens plager “*Og da er du litt på disse her som har litt sammensatte problemer (...) ja hvor terrenget ikke passer helt med kartet*”. Da er det viktig å ikke konkludere med at det ikke er noen funn i det hele tatt (Thornquist, 2009, s. 54). Derfor ønsker informantene å videre undersøke hva som kan være årsakene til dette slik at de kroppslige plagene kan settes i en sammenheng (Thornquist, 2001, s. 183). Hvilken relevans objektive funn har for forståelsen av pasientens plager kan variere (Ihlebak et al., 2010). Det er derfor viktig for informantene å ikke tilegne alle objektive enkeltfunn like mye oppmerksomhet, men se det som det av en større sammenheng. Enkeltfunn forstås bare som en del av en helhet (Gretland, 2007, s. 96).

4.3.3 Prinsipper for behandling

“You can add up the parts, but you can’t have the sum.”

Du kan finne alle faktorene, men du kan ikke vite hele årsaken til plagene. Fordi det er så mange komplekse faktorer som kan generere og vedlikeholde smerte, kommer det frem gjennom intervjuene at det er utfordrende å finne ut hva som er pasientens hovedproblem og

dermed også valg av tiltak og behandling. I følge Thornquist (2008, s. 51) preger en mekanisk oppfatning av kroppen vårt helsevesen. Ut i fra denne oppfatningen vil fysioterapeuten strebe etter å kunne fastslå biologiske årsaker som forklaringsmekanisme for pasientens plager (Simpkin & Schwartzetein, 2016). Det er derimot ikke så enkelt. Komplekse prosesser er ikke forutsigbare eller reproduserbare (Nason, 2007, s. 9), og derfor vil en ikke alltid kunne ha det ene rette svaret som vil gi et klart utfall. Det påpekes av informant 1 at de må respektere og bli vant til å stå i denne usikkerheten. Fordi det ofte finnes flere riktige svar, ønsker informantene å holde det enkelt ved å sette i gang med konkrete tiltak. Informant 1 jobber ut ifra et uttrykk han fikk av en alkoholiker. *“Keep it simple, stupid”*. Det handler om å beholde tiltakene enkle til tross for at problemene er komplekse. Derfor bør pasienten kan starte med et konkret tiltak som er innenfor rekkevidde og retter seg mot en av utfordringene deres.

Endringsprosess

“Du må forandre på grunnlaget, bakgrunnen.”

Hovedmålet gjennom behandlingen er å skape en endring hos pasienten, ved å fremme endringsprosesser (NFF, 2015). Det kan være endring i tankemønster, holdninger, i dagliglivet og det å danne nye og gode vaner. Informantene ønsker å endre fokuset fra smerte, bekymringer og begrensninger, til ressurser og mestring. I følge Ahlsen (2014, s. 28) kan et virkemiddel i behandling være å ufarliggjøre smerten og få kontroll på hvordan den kan begrense pasientens liv. På denne måten vil pasientene kunne opprettholde funksjon ved å hindre unngåelse av aktivitet (Den norske legeforening, 2009, s. 31). Informant 2 forteller at ufarliggjøringen også er viktig for å lære pasienten å nyansere hva som er truende smerte og hva som er smerte som kommer av andre ting, for eksempel trening. Med dette ønsker informantene å motvirke at pasienten setter begrensninger for seg selv grunnet frykt for smerte.

Informantene mener at endring nødvendigvis ikke betyr at pasienten blir smertefri, men ved å akseptere situasjonen og endre fokus, kan plagene oppleves på en annen måte og være lettere å leve med i hverdagen (Gjengedal & Hanestad, 2007, s. 331). Dette er et eksempel på hvordan fokus påvirker tanker, tanker påvirker følelser og følelsene påvirker hvordan vi opptrer og handler.

Alle informantene belyser viktigheten av en felles, realistisk målsetning. *“Hva ønsker du aller mest skal bli løftet og så begynner vi å jobbe mot det målet. Kanskje vi må ha noen delmål på*

veien, det spørs hvor hårete målet deres er". Informant 2 mener at pasienten ofte har en tanke om hvordan de kan bli bedre. Dette kan gi et utgangspunkt for utvikling av målsetning som de selv har eierskap til. Hun påpeker også at det er viktig å ha delmål på veien mot hovedmålet for at pasienten skal føle mestring underveis i prosessen. Dersom pasienten har urealistiske mål, eller ingen mål i det hele tatt kan det bli en demotiverende prosess å jobbe mot intet.

Krav og forventninger

"Hvis ikke du gidder å være med på de premissene som jeg setter, så kanskje du trenger å få hjelp av noen andre."

Informantene er opptatt av *"driven"* eller *"gløden"* til pasientene; om pasienten selv har et ønske om å gjøre det som skal til for å bli bedre. Uten handling skjer ingen endring. Oppnåelse ved uvante krav vil kunne føre til at pasienten lærer og endrer vaner (Gretland, 2007, s. 25). Informantene synes at det kan være utfordrende å få til slike endringsprosesser hos mange av pasientene. Derfor setter de krav og forventninger til at de selv må jobbe. Med dette gjøres pasienten til en aktiv deltager av behandlingen og det kan bidra til å forme samarbeidsklimaet (Thornquist, 2009, s. 27).

Ved å ta tak i egne plager eller utfordringer gjennom handling, kan pasientene kjenne at de har kontroll og innflytelse i eget liv. Ahlsen (2014, s. 28) sier at behandling kan ha som mål å øke pasientens selvstendighet og kontroll over eget liv for å styrke deres tiltro til mestringsevne. Det kan koste mye krefter og innsats fra pasientens side, men resultater underveis vil gjøre at pasienten føler mestring. *"Sånn at du blir stolt når du vender deg mot problemet istedenfor å løpe i fra det eller sitte i ro."* Det kan føre til at pasienten går fra å være handlingslammet og resignert, til å selv ta tak problemene med handlekraft.

Informantene er med på prosessen og kan gi forslag om hva som kan være hensiktsmessig å gjøre, men det er pasienten selv som må gjøre jobben. *"Men det er ikke håpløst om du har smerter flere steder, men det er håpløst om du ikke gidder å gjøre noe med det."* Om pasienten ikke er villig til å gjøre endringer selv, mener informantene at det er vanskelig å hjelpe dem. St.meld. nr. 21 (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998) sier at helsepersonells oppgave er å gi nødvendig assistanse til brukerens egen innsats. Helsepersonellet betegnes ofte som rådgivere, støttespiller og ressurspersoner. Det er slik våre informanter inntar sin rolle som helsepersonell med denne gruppen: som veileder.

4.3.4 Fysioterapeutenes forståelse

På samme måte som fysioterapeuter må forstå hvilke kontekstuelle faktorer som påvirker pasientens plager, er det viktig å forstå at fysioterapeuters yrkesutøvelse også påvirkes av konteksten (Thornquist, 2009, s. 262). Informantene er enige om at det er et samspill av flere årsaker som gjør at de jobber på sin måte. Erfaringer, kunnskapsgrunnlag og personlige verdier står sterkt som begrunnelse for valg de tar i sin kliniske praksis. Alle tre er fysioterapeuter som har lang driftstid og har arbeidet med mange hundre ulike pasienter gjennom sin karriere. Gjennom disse erfaringene har informantene bygget seg opp et kunnskapsgrunnlag som påvirker måten de jobber på. Informant 1 og 3 har begge bygget videre på sine utdanninger med kurs og spesialisering, noe de mener påvirker måten de jobber på. Hver terapeut har sitt utgangspunkt og særegne forhold til fysioterapifaget, basert på utdanning, erfaringer fra livet og fra yrket (Stokkenes et al., 2001, s. 13). Informant 2 mener at kunnskapen vi innehar, i tillegg til at vi har god tid med pasientene, gjør at vi har en unik rolle i samfunnet.

Verdier

“Så det er nok allerede fra den oppdragelsen jeg har fått hjemmefra, altså hvilke verdier jeg har fått der”.

Personlige verdier og menneskesyn bidrar til å forme vår forståelse og hvilke valg vi tar. To av informantene nevnte at personer som utdanner seg til fysioterapeuter har et ønske om å kunne hjelpe andre og er genuint interessert i mennesker.

Gjennom intervjuene kommer det frem at informantene har nokså likt syn på hvordan psykososiale forhold kan påvirke pasientens plager og deretter hvilke faktorer som er viktig å undersøke for å forstå pasienten. Interesse for mennesker og for å hjelpe andre gjør at informantene ønsker å ta utfordringen ved å ta imot, undersøke og behandle pasienter som har vært i systemet lenge uten å bli bedre. De tror også at det er mange fysioterapeuter som ikke tar utfordringen det byr på og dermed enten skyver de fra seg, eller ikke er interessert nok til å undersøke grundig og ta tak i de virkelige utfordringene til pasienten.

Erfaring

Informant 1 mener at han med erfaring har fått en mer helhetlig tilnærming til pasienten, fremfor å undersøke alle små fragmenter. Tilnærmingen hans har også blitt mer sentrert mot den enkelte pasienten. Med erfaring har han også fått bedre oversikt over disponerende faktorer for langvarige plager, og spør dermed mer spesifikt etter dette ved undersøkelsen.

Med økt erfaringsbasert kunnskap utvikler en seg fra novise til ekspert (Higgs, referert i Jamtvedt et al. 2015, s. 26). Erfaring gir terapeuten gode forutsetninger både for klinisk, kommunikativt og relasjonelt arbeid. Derimot kan en, ved å kun jobbe erfaringsbasert, gi mindre hensiktsmessig behandling fordi man utelukkende baserer valgene på hva som har fungert tidligere og ikke tar hensyn til individuelle variasjoner.

Forskning

“Forskningen har jo hjulpet oss til å... til forskning, men forskning er å fragmentere helhet.

Jeg synes det er fint at folk får forske, men folk har ikke noe forskning på deg (peker)”.

I klinisk arbeid tar en ofte avgjørelser basert på forskningsbasert kunnskap (Jamtvedt et al. 2015, s. 25). Dette kan være fordelaktig og gir ofte gode pekepinner for praksis. I noen tilfeller kan det derimot være for generaliserende å jobbe ut fra slike teorier, slik informant 1 belyser, fordi utfallsmålene i fysioterapi er knyttet til individuelle behov, krav og verdier.

4.4 Oppsummerende refleksjoner

Hvordan forstår vi?

Forståelsen en fysioterapeut har vil som tidligere nevnt påvirke hvordan han møter, kommuniserer og forsøker å hjelpe pasienten. Forståelsen som informantene presenterer er farget av vår og deres forforståelse. I tillegg er det våre tolkninger av deres forståelse som er presentert. Vårt perspektiv og konteksten som informasjonsinnsamlingen foregår innenfor vil påvirke resultatet (Jamtvedt et al. 2015, s. 157). På bakgrunn av våre formuleringer har vi gitt informantene anledning til å snakke om sin forståelse innenfor våre rammer. Dersom temaet og spørsmålene hadde blitt presentert på en annen måte for informantene er det mulig at deres forståelse ville fremstått annerledes. Under intervjuene har vi valgt å bruke ord som “sammensatt”, “uspesifikk smerte” og “biopsykososialt” for å få informantene til å komme

innpå temaet vi ønsker å belyse. Dette kan ha påvirket hva som har kommet frem. Måten vi ordlegger oss legger føringer for samtalen.

Resultatet av den fysioterapeutiske prosessen vil være ulik avhengig av terapeutens forståelse og hvordan situasjonen tolkes (Thornquist, 2008, s. 312). Tolkning og forståelse vil være forskjellige blant fysioterapeuter, fordi en legger egne verdier, normer og oppfatninger til grunn. Med det sagt kan to ulike fysioterapeuter få fullstendig ulike inntrykk av samme pasient og den enkeltes situasjon, noe som kan føre til ulike fokusområder og derav ulike utfall. En kan derfor spørre seg om fysioterapeuter burde benytte seg av en standardisert mal basert på problematikk. Selv om det i teorien høres hensiktsmessig ut, ville det trolig hatt lite for seg i praksis da alle individer er ulike og interaksjonen bør tilpasses deretter. Hvis terapeuten står overfor en pasient som ikke passer inn i deres forståelsesramme, kan de risikere å tolke og definere problemer ut i fra egen forståelse og dermed underkjenne pasientens utsagn eller ta valg på sviktende grunnlag. Dermed er det viktig at fysioterapeuter er åpne og reflekterer rundt relevansen og gyldigheten av sin forståelse (Thornquist, 2009, s. 54).

Er det flere kvinner enn menn, egentlig?

Vi bemerket oss at to av informantene mente at det generelt er kvinner som har langvarige uspesifikke plager. En typisk pasient ble beskrevet som en overeksponert, godt voksen mor, som er overbelastet av negative opplevelser og som ikke har kapasitet til å håndtere utfordringene som møter henne. Vår forforståelse bar preg av et større spekter innenfor denne pasientgruppen. Vi sitter da igjen og spør oss selv om menn er underrepresentert, eller om det er så generalisert som informantene mener. Hvorfor er det flere kvinner enn menn? Jensen (2013, s. 362) sier at det er en risikofaktor å være kvinne, spesielt hvis en er sensitiv og ambisiøs. Forskning har vist at kvinner og menn opplever og håndterer smerter ulikt (Chin og Rosenquist, referert i Fors, 2015, s. 109). Det kan tenkes at samfunnet er med på å opprettholde tradisjonelle kjønnsnormer ved å fastholde på stereotypier om kjønnsroller, hvor det maskuline knyttes til det å være sterk og handlekraftig, mens det feminine er forbundet med omsorg og sårbarhet. På bakgrunn av disse forventningene er det mulig å tenke seg at helsepersonell trekker slutninger knyttet mer mot det biomedisinske når det gjelder menn. Det kan også ha sammenheng med en ulik sykdomsforståelse og sykdomsattferd blant menn og kvinner, i tillegg til deres subjektive opplevelse av plagene og derav hvordan de vil beskrive sine egne situasjoner. Rustøen og Stubhaug (2008, s. 135) stiller spørsmålsteget ved om menn assosierer smerte med skam, og derfor velger å ikke oppsøke helsevesenet. De problematiserer også om

menn forsøker å minimalisere smerten for å få mindre oppmerksomhet rettet mot det. Vi kan enn så lenge bare spekulere og sette spørsmålstegn ved dette.

Fellestrekk ved tilnærming

Informantene har mange karakteristiske fellestrekk ved deres tilnærming i møte med pasientene. Erfaringsmessig vet klinikere at helseproblemer kan være flertydige og utfordrende å avgrense (Thornquist, 1993, s. 53). Intervjuene belyser også dette ved at informantene har en individualisert innfallsvinkel til undersøkelse og behandling.

I møte med hver enkelt pasient undersøker de systematisk og grundig, vurderer og revurderer, og bruker tid for å kunne forstå pasientens plager og utfordringer. De viser oppmerksomhet og interesse overfor pasientenes utsagn og reaksjoner ved undersøkelsen, som igjen påvirker videre resoneringen og behandling. Ut i fra dette inkluderer informantene kroppen som et erfarende subjekt (Thornquist, 2009, s. 193).

Deres tilnærming fremstår som helhetlig med fokus på biopsykososiale faktorer ved at de forstår pasientens helsetilstand i forbindelse med kontekstuelle faktorer (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 11-12). Dette kommer til syne både ved hva informantene undersøker og fokus i behandling. De leter ikke etter å raskt kunne sette diagnose som forklaringsmekanisme (Thornquist, 2009, s. 54), men er innforstått med at de ikke alltid ha et klart svar, og ser heller etter pasientens ressurser og begrensninger. Pasientens involvering og en funksjonell og aktiv tilnærming synes også å være sentralt. Til tross for at mange i dagens helsevesen har et biologisk syn (Thornquist, 2008, s. 52) antyder informantene at de har en subjektiv forståelse av smerte, og at de dermed tar alle pasienters plager på alvor.

5.0 Konklusjon

Denne oppgaven har tatt utgangspunkt i følgende problemstilling: *“Hvordan forstår og handler fysioterapeuter i prosesser der pasienten har langvarige uspesifikke plager?”*

Det er en stor andel mennesker som opplever å ha langvarige og uspesifikke plager. Samspillet av flere faktorer som er med på å generere og vedlikeholde plagene. Det er en tidkrevende, individualisert prosess å sortere i disse faktorene. Fysioterapeuten har en viktig rolle der de tilbringer mye tid og blir kjent med pasienten. De kommer nær pasienten, men har samtidig en viss distanse. Dette er viktig for å opprette relasjonen som er nødvendig for å klare å kartlegge disse faktorene. Alle pasientene er forskjellige og de har ulike ønsker, behov og utfordringer. Derfor tilpasser informantene sin tilnærming til hver enkelt for å gi pasienten den hjelpen han eller hun trenger.

Deres forståelse er preget av deres kunnskapsgrunnlag, holdninger, personlige verdier og en lang driftstid med betydelige erfaringer. Denne forståelsen preger de kliniske valgene de tar gjennom hele prosessen. De har en helhetlig tilnærming til pasienten hvor de tar alle faktorer, fysiske, psykiske, sosiale og åndelige, i betraktning. De gjør pasienten til aktiv deltaker i samhandlingen ved å stille krav og forventninger til handling. Kunnskapen informantene har formidlet til oss gjennom prosjektet anser vi som svært overførbar til vår fremtidige praksis: vi ønsker å jobbe like helhetlig med hele individet og bruke tid for å lete og sortere i faktorer, samt være tydelige og tillitsfulle terapeuter med klare krav og forventninger. Kunnskapen de har formidlet er også bidragsyttende i hvordan vår forståelse har utviklet seg gjennom denne prosessen og har gjort at vi er enda mer nysgjerrig.

Deres tanker og handlinger bekreftes av litteratur og forskning som et gunstig utgangspunkt for samhandling med personer med langvarig smerte. Det finnes likevel ikke noe konsensus om hvordan en skal utøve sin praksis med denne gruppen og vi sitter igjen med et inntrykk av at mange klinikere kan ha fordel av å utvide sine forståelsesrammer. For å arbeide videre mot en felles forståelse blant helsepersonell bør det forskes mer ut fra det vi allerede vet. Det bør også jobbes mot utvikling og videreutvikling av konkretiserende modeller som tar høyde for alle dimensjonene ved mennesket.

Litteraturliste

- Ahlsen, B. (2014). Veier til ny innsikt eller reproduksjon av kjønns spesifikke myter? Biopsykososiale perspektiver på kroniske smerter. *Fysioterapeuten*, 83. 28-30.
- Bahr, R., Karlsson, J., & Norge Helsedirektoratet. (2015). *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Bunkan, B. (2008). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde: Teori og helsefremmende behandling* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Butler, D. & Moseley, L. (2013). *Explain pain* (2. utg.). Adelaide: Noigroup.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode: En kvalitativ tilnærming* (2. utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Daskalakis, N. P., Bagot, R. C., Parker, K. J., Vinkers, C. H. & de Kolet, E. R. (2013). The three-hit concept of vulnerability and resilience: towards understanding adaptation to early-life adversity outcome. *Psychoneuroendocrinology*, 38(9), 1858-1873.
<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2013.06.008>
- Den norske legeforening. (2009, 3. april). Retningslinjer for smertelindring. Hentet fra <https://legeforeningen.no/PageFiles/44914/Retningslinjer%20smertebehandling%20dnlf.pdf>
- Sosial- og helsedirektoratet (2006). *ICF: Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse: Kort versjon*. Hentet fra <https://ehelse.no/Documents/Helsefaglig%20kodeverk/ICF-kortversjon-IS-0355.pdf>
- Eide, H. (2008). Kommunikasjon, relasjon og smerte. I T. Rustøen & A. K. Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte* (s. 354-376). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Engel, G. L. (1977) The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. I *Science*, 196 (4286), s. 129-136.
- Espeland, J. (2016). Når uklare symptomer skjuler diagnosen. I Storla, D. G (Red.) *Diffusitas*, (s. 13-20). Bergen: Fagbokforlaget.
- Fors, E. (2012). *Hva er smerte* (Vol. 46, Hva er). Oslo: Universitetsforlaget.
- Gjengedal, E. & Hanestad, B.R. (2007). *Å leve med kronisk sykdom: en varig kursendring* (2. utg.). Oslo: Cappelen Akademisk.
- Goffman, E. (1992). *Vårt rollespill til daglig. En studie i hverdagslivets dramatikk*. Oslo: Pax.
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen: Fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Hall, A. M., Ferreira, P. H., Maher, C. G., Latimer, J. & Ferreira, M. L. (2010). The Influence of the Therapist-Patient Relationship on Treatment Outcome in Physical Rehabilitation: A Systematic Review. *Physical Therapy*, 90 (8), 1099-1110.
<https://doi.org/10.2522/ptj.20090245>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1998). *Ansvar og meistring*. (St.meld. nr. 21 (1998-99)).
Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-21-1998-99-/id_431037/sec1
- Høyem, A. & Thornquist, E. (2010). Et kritisk blikk på ICF – måleverktøy og forståelsesmodell. *Sykepleien*, 5, 46-53. Hentet fra <https://static.sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/344143.pdf?c=1410453150>
- IASP. (2017). IASP Terminology. Hentet 1.april 2019 fra <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>
- Ihlebak, C., Brage, S., Natvig, B. & Bruusgaard, D. (2010) Forekomst av muskel- og skjelettlidelser i Norge. *Tidsskriftet, Den norske legeförening*. 130, 2365-2368.
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.09.0802>
- Iltstad, S. (2007). *Generell psykologi* (7. utg.). Trondheim: Tapir Akademiske Forlag.
- Jamtvedt, G., Hagen, K. B., Bjørndal, A. (2015). *Kunnskapsbasert fysioterapi* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jensen, N-H. (2016). Den kroniske smertepatient. I Jensen, T. S. Dahl, J. B. og Arendt-Nielsen, L. (Red.). *Smerter - baggrund, evidens og behandling* (3.utg.). (s. 358-372). København: FADL's forlag.
- Linton, S. J. (2013). *Att förstå patienter med smärta* (2.utg). Lund: Studentlitteratur.
- Lærum, E., Brage, S., Ihlebæk, C., Johnsen, K., Natvig, B. & Aas, E. (2013). *Et muskel- og skjelettrengskap - Forekomst og kostnader knyttet til skader, sykdommer og plager i muskel- og skjelettsystemet* (MST-rapport 1/2013). Hentet fra https://www.dagensmedisin.no/globalassets/dagens_medicin_norge/bilder/pdf20og20word-dokumenter/27/rapport_mussp_online.pdf
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring*. (3. utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nason, R. (2017). *It's not complicated: the art and science of complexity in business*. Canada: Rotman-UTP Publishing. Hentet fra <https://www.amazon.com/Its-Not-Complicated-Complexity-Rotman-Utp/dp/1442644877>
- Norsk fysioterapeutforbund. (2015, 12. januar). Hva er fysioterapi? - utdypet. Hentet fra <https://fysio.no/Hva-er-fysioterapi/Hva-er-fysioterapi-utdypet>

- Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse: Kvalitative metoder i samfunnsfag* (4. rev. utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Rustøen, T. & Stubhaug, A. (2008). Kjønnforskjeller og smerte. I T. Rustøen og A. K. Wahl (Red.). *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet*. (s. 128-135). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Simpkin, A. L. & Schwartzstein, R. M. (2016). Tolerating Uncertainty - The Next Medical Revolution?. *The New England Journal of Medicine*, 375 (18), 1713-1715.
<https://doi.org/10.1056/NEJMp1606402>
- Sivertsen, B., Lallukka, T., Petre, K. J., Steingrímssdóttir, Ó. A., Stubhaug, A. & Nielsen, C. N. (2015). Sleep and pain sensitivity in adults. *PAIN*, 156 (8), 11433-1439.
<https://doi.org/10.1097/j.pain.000000000000131>
- Stokkenes, G. Sudmann, T. og Sæbøe, G. (2001). *Fysioterapi på terskelen: 13 perspektiver på faget*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Thornquist, E. (1993). Fra "funn" til forståelse. I A. L. Kirkengen & J. Jørgensen (Red.), *Medisinsk teori: tanker om sykdom og tanker om helse* (s. 49-62) Oslo: Tano.
- Thornquist, E. (2001). Blikk og klinikk. I G. Stokkenes, T. Sudmann & G. Sæbøe (Red.), *Fysioterapi på terskelen: 13 perspektiver på faget* (s. 231-251). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Thornquist, E. (2008). *Lungefysioterapi: Funksjonsvurderinger og klinisk arbeid* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- World Health Organization (WHO). (2018, 2. mars). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Hentet fra
<https://www.who.int/classifications/icf/en/>