



# Høgskulen på Vestlandet

## BFY330 - Bacheloroppgave

BFY330

### Predefinert informasjon

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

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 322

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 11129

**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:** 21

**Andre medlemmer i  
gruppen:** 302

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

### Hvordan brukes de ulike kunnskapskildene, med spesielt fokus på subakromialt impingement syndrom

How do you use the various sources of knowledge, with particular focus on subacromial impingement syndrome



<https://quest.eb.com/>

**Bachelorutdanningen i fysioterapi  
Fakultet for helse- og sosialvitenskap  
Institutt for helse og funksjon**

Innleveringsdato: 21. mai 2019  
Kandidatnummer: 302 & 322  
Antall ord: 11129

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

BFY330

Kandidatnummer: 302 & 322 Innleveringsfrist: 21.05.19

## Sammendrag

**Tittel:** Hvordan brukes de ulike kunnskapskildene, med spesielt fokus på subakromialt impingement syndrom.

**Hensikt:** Skulder en av kroppens mest utsatte områder for muskel og skjelettplager. Den vanligste skulderdiagnosen er subakromialt impingement syndrom. På grunn av vår interesse for skulder og med tanke på den store kostnaden plagene medfører, valgte vi å se på hvordan fysioterapeuter bruker de ulike kunnskapskildene i behandling av pasienter med subakromialt impingement syndrom. På denne måten ønsket vi å finne den mest hensiktsmessige tilnærmingen som gir de best forutsetningene for et optimalt behandlingsforløp.

**Problemstilling:** *Hvordan bruker fysioterapeuter forskningsbasert kunnskap, erfaringskunnskap og brukerkunnskap i sine behandlingstilnærminger til pasienter med subakromialt impingement syndrom?*

**Metode:** For å besvare vår problemstilling har vi benyttet oss av en kvalitativ forskningsmetode. Innsamlingen av data ble gjort ved å gjøre et semistrukturert intervju av tre fysioterapeuter, både med og uten spesialisering. Intervjuene ble i etterkant analysert med systematisk tekstkondensering som metode.

**Resultat:** Informantene påpeker viktigheten av å holde seg faglig oppdatert. Kunnskap fra forskning har ført til at informantene har måttet endre på egen praksis. Alle informantene angir at erfaring er en viktig kunnskapskilde, og at de bruker behandlingstiltak som de har god erfaring med, men hvor det mangler tilstrekkelig forskning. Inkludering av pasientens kunnskap og bidra til brukermedvirkning er noe alle informantene ønsker.

**Konklusjon:** Informantene bruker og vektlegger kunnskapskildene forskjellig i behandling av pasienter med subakromialt impingement syndrom. Kunnskapskildene har styrker og svakheter som gjør at de ikke kan brukes optimalt alene. Informantene kombinerer og vektlegger dem ulikt, og grunnen til det er flere. En stor grunn til det, er pasientenes ulikhet, og at det må tas i betraktning for å kunne forstå deres behov, mål og videre utarbeide et behandlingsopplegg som passer den enkelte.

## Abstract

**Title:** How do you use the various sources of knowledge, with particular focus on subacromial impingement syndrome

**Purpose:** The shoulder is one of the bodies most vulnerable areas for muscle and skeletal disorders too occur. The most common shoulder diagnosis is subacromial impingement syndrome. Because of our interest for the shoulder and because of the great cost the disorders cause, we chose to look at how physiotherapists use the various sources of knowledge in the treatment of patients with subacromial impingement syndrome. In this way, we wanted to find the most appropriate approach that provides the best conditions for an optimal course.

**Research question:** How do physiotherapists use science-based knowledge, experience knowledge and user knowledge in their treatment approaches to patients with subacromial impingement syndrome?

**Method:** In order to answer our problem, we have used a qualitative research method. Data collection was done by conducting a semi-structured interview of three physiotherapists, both with and without specialization. The interviews were subsequently analyzed using systematic text condensation as a method.

**Results:** The informants point out the importance of staying professionally updated. Knowledge from research has led the informants to change their own practice. All the informants state that experience is an important source of knowledge, and that they use treatment measures they have good experience with, but where there is insufficient research. Including the patient's knowledge and contributing to user participation is something all the informant wants.

**Conclusion:** The informants use and emphasize the sources of knowledge differently in the treatment of patients with subacromial impingement syndrome. The sources of knowledge have strengths and weaknesses, which means that they cannot be used optimally alone. The informants combine and emphasize them differently, and the reason for that is several. A big reason for that is the patients' inequality, and that this must be taken into account in order to understand their needs, goals and further develop a treatment program that suits the individual.

# Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	2
Abstract .....	3
1.0 Innledning.....	6
1.1 Hensikt og problemstilling .....	6
1.2 Begrepsavklaringer .....	7
2.0 Teori .....	8
2.1 Skulderens anatomi .....	8
2.2 Subakromialt impingement syndrom .....	8
2.3 Behandling .....	10
2.4 Prognostiske faktorer .....	11
2.5 Fysioterapeutens behandlingstilnærming .....	11
2.6 Forskningsbasert kunnskap.....	11
2.7 Erfaringsbasert kunnskap .....	12
2.8 Brukerbasert kunnskap.....	12
3.0 Metode.....	14
3.1 Valg av metode .....	14
3.2 Intervju som metode .....	14
3.3 Valg av informanter .....	14
3.4 Prosessen før intervjuene .....	15
3.5 Innsamling av data .....	16
3.6 Etterarbeid .....	16
3.6.1 Transkripsjon.....	16
3.6.2 Analyse.....	16
4.0 Resultater.....	18
4.1 Presentasjon av informantene .....	18
4.2 Subakromialt impingement syndrom .....	19
4.3 Valg av tiltak .....	20
4.4 Mål .....	21
4.5 Prognose.....	22
4.6 Valg av behandlingstilnærming .....	22
4.7 Balansere mellom de ulike kunnskapskildene .....	25
5.0 Drøfting .....	27

5.1	<i>Styrker og svakheter med studien</i> .....	27
5.1.1	Evaluering av metodevalg.....	27
5.1.2	Evaluering av oppgavens validitet og overførbarhet.....	27
5.1.3	Evaluering av informantutvalg.....	28
5.1.4	Erfaringer .....	28
5.2	<i>Resultatdrøfting</i> .....	29
5.2.1	Subakromialt impingement syndrom .....	29
5.2.2	Valg av tiltak .....	30
5.2.3	Mål .....	32
5.2.4	Prognose .....	33
5.2.5	Valg av behandlingstilnærming .....	33
5.2.6	Balansere mellom de ulike kunnskapskildene .....	37
6.0	Konklusjon .....	38
	Litteraturliste .....	39
	<i>Vedlegg 1 - Samtykkeerklæring</i> .....	43
	<i>Vedlegg 2 – Intervjuguide</i> .....	44
	<i>Vedlegg 3 - Transkripsjon av intervju nr. 1</i> .....	46
	<i>Vedlegg 4 – Transkripsjon intervju nr. 2</i> .....	56
	<i>Vedlegg 5 – Transkripsjon intervju nr. 3</i> .....	64

## 1.0 Innledning

I Norge opplever 75% av befolkningen plager knyttet til muskel og skjelettsystemet hver måned, og er den største årsaken til sykefravær i Norge (Lerum et al., 2013, s. 9) (Sundell, 2019, s. 14) (Folkehelseinstituttet, 2018, s. 8). I rapporten «Et muskel og skjelettrengskap» (Lerum et al., 2013, s. 71) rapporterer de at den samlede kostnaden knyttet til muskel og skjelettplager ligger mellom 69 og 73 milliarder kroner, og er derfor den gruppen plager og lidelser som koster Norge mest (Lerum et al., 2013, s. 3).

Det tredje hyppigste området å få muskel og skjelettplager er skulderen (Natvig, Nessiøy, Bruusgaard & Rutle, 1994) (Luime et al., 2004). Det er et komplisert kroppsområdet med flere ledd om mange strukturer, og består anatomisk av en skulderbue og et skulderledd. Bevegelsene skjer i samsvar med hverandre. Skulderen er kroppens mest bevegelige ledd, og det stilles store krav til både stabilitet og bevegelighet. På grunn av det kan årsaken til skulderplager være mange. I tillegg vet vi at psykososiale faktorer også påvirker hvordan vi opplever smerte.

Den hyppigste diagnosen å få i skulderen er subakromialt impingement syndrom (Juel & Natvig, 2014). Subakromialt impingement syndrom referer til en kombinasjon kliniske funn, radiologiske funn og symptomer i skulder, som oppstår på grunn av kompresjon av strukturer rundt glenohumeralleddet ved elevasjon av arm (Simons, Kruse & Dixon, 2019). Diagnosen er vanligst blant middelaldrene personer over 40 år, og hos idrettsutøvere som driver med idrett som innebærer armbruk over skulderhøyde (Bahr, McCrory, Bolic & Prøis, 2014, s. 194). Til forfatterens kunnskap er det gjort få studier på prevalens av personer med subakromialt impingement syndrom i Norge.

### 1.1 Hensikt og problemstilling

Vi fant tidlig ut i utdanningsforløpet at behandlingstiltak må tilpasses den enkelte for å kunne optimalisere forløp og resultat. Fysioterapifaget kan ikke sees på som svart og hvit. Det finnes ingen fasit eller et bestemt behandlingsopplegg som passer alle. På grunn av våre ulikheter vil også behandlingen variere, både i utforming og omfang. For å kunne gi best mulig behandling for den enkelte må en rekke ulike faktorer vektlegges. Pasientgruppen er heterogen og har ulike personligheter. De kan fremstå med ulike funn, selv ved samme diagnose. Det kan



eksempelvis være relatert til smerte, funksjon og deltakelse. I tillegg kan også andre faktorer som alder, helsetilstand og livserfaringer spille inn. Fysioterapeutens tilnærming og valg av behandlingsopplegg vil derfor variere.

Som fysioterapeut kan en bruke ulike kunnskapskilder i sin utøvelse. En kan bruke forskningsbasert kunnskap, erfaringer fra praksis og pasientens kunnskap (Jamtvedt, Hagen & Bjørndal, 2015, s. 13). Det ville vært enkelt å kun bruke forskningsbasert kunnskap, om pasienter i tillegg til miljøet rundt var likt, men slik er det ikke. Fysioterapeuter må derfor inkludere de andre kunnskapskildene, og i tillegg vektlegge bruken av dem forskjellig med tanke på menneskers ulikhet. Vi ønsker derfor å belyse hvordan behandling som blir brukt, og hvordan fysioterapeuter bruker de ulike kunnskapskildene. På bakgrunn av dette har vi kommet fram til følgende problemstilling:

*Hvordan bruker fysioterapeuter forskningsbasert kunnskap, erfaringskunnskap og brukerkunnskap i sine behandlingstilnærminger til pasienter med subakromialt impingement syndrom?*

## **1.2 Begrepsavklaringer**

Subakromialt impingement syndrom definerer vi til å dekke primær impingement, sekundær impingement og indre impingement.

Manuell behandling viser til manuelle tiltak som bløtvevsteknikker, leddmobilisering og manipulasjon.

## 2.0 Teori

### 2.1 Skulderens anatomi

Som nevnt tidligere er skulderen et komplisert kroppsområdet med flere ledd og mange strukturer. Den består anatomisk av en skulderbue og et skulderledd. Skulderbuen omfatter scapula på baksiden av brystkassen, og clavícula på forsiden (Dahl, 2010, s. 370).

Skulderleddet er et kuleledd mellom leddflaten på scapula og hodet til humerus (Dahl, 2010, s. 375). Skulderleddet er det mest bevegelige leddet i kroppen og kan beveges i alle retninger. Det skyldes blant annet utformingen av leddet. Leddskålen dekker omtrent en tredjedel av leddhodet og leddkapselen er i tillegg romslig (Dahl, 2010, s. 176). En kombinasjon av bevegelser i skulderleddet og scapula gir sammen et stort bevegelsesutslag.

Det er flere muskler som er med på å bevege og stabilisere skulderleddet. Rotatormansjetten er et eksempel på det. Den består av fire muskler hvor alle har sitt utspring fra scapula og feste på humerus. Helt anatomisk er det trange plassforhold i skulderen. Spesielt supraspinatus-senen, infraspinatus-senen og den lange biceps-senen har dårlige plassforhold. Skulderens bevegelsesutslaget, i tillegg til det store kravet til stabilitet, kan sammen føre til innklemming av strukturer i skulderen (Simons et al., 2019).

### 2.2 Subakromialt impingement syndrom

Diagnosen ble introdusert av Charles Neer i 1972 (Giangarra & Manske, 2017). Han beskrev at en innklemming av rotatormansjett senene og/eller senen til det lange bicepshodet mellom coracoacromiale ligament og acromion var årsaken til plager og smerter i skulderen (Neer, 1972). Mye rundt forståelsen av funksjon og dysfunksjon i skulderen har forandret seg siden den gang. Diagnosen knyttes i mindre grad til skade av spesifikke strukturer, men som nevnt tidligere referer subakromialt impingement syndrom til en kombinasjon av kliniske funn, radiologiske funn og symptomer i skulder, som oppstår på grunn av kompresjon av strukturer rundt glenohumeralleddet ved elevasjon av arm (Simons et al., 2019).

Tilstanden er vanligst blant personer eldre enn 40 år og idrettsutøvere som deltar i idrett med armbruk over skulderhøyde (Bahr et al., 2014, s. 194). Den største risikofaktoren for å utvikle tilstanden, er gjentagende armbruk over skulderhøyde ved arbeid eller idrett (Bahr et al., 2014, s. 194) (Giangarra & Manske, 2017). Hvis en person går med tilstanden over tid kan det

resultere i fibrose, tendinitter, partiell ruptur og totalruptur av senene til rotatormansjetten og senen til det lange biceps hodet (Neer, 1972) (Giangarra & Manske, 2017).

Vanlig symptomer ved subakromialt impingement syndrom er smerte lokalisert over deltoid og laterale del av overarmen. Smertene oppstår ofte ved armbruk over skulderhøyde, og om natten hvis pasienten ligger på den affiserte skulderen. I begynnelsen er smertene ofte uspesifikke (Simons et al., 2019) (Bahr et al., 2014, s. 194). Aktiv og passiv bevegelse er ofte nedsatt i skulderen på grunn av redusert kraft og smerter. Pasientene har også ofte problemer med scapulohumeral rytme og kan ha smertebue mellom cirka 70° og 130° abduksjon (Simons et al., 2019) (Bahr et al., 2014, s. 194).

Subakromialt impingement syndrom kan skyldes flere årsaker. Det kan blant annet skyldes instabilitet i glenohumeralledet, scapulær dyskinesi, acromions form, nedsatt bevegelse i strukturer rundt skulderen og/eller osteofyttdannelse av acromioclavicularleddet (Bahr et al., 2014, s. 180) (Kibler et al., 2013) (Simons et al., 2019). De siste årene har det vært en pågående diskusjon om scapula dyskinesi kan føre til subakromialt impingement syndrom, og temaet er derfor usikkert (Ratcliffe, Pickering, McLean & Lewis, 2014). En skiller gjerne mellom primær, sekundær og indre impingement på bakgrunn av lokalisasjon og årsak (Bahr et al., 2014, s. 180). Primær subakromialt impingement skyldes en strukturell innsnevring subakromialt. Det kan oppstå på grunn av hevelse etter inflammasjon eller degenerative forandringer av bløtvevsstrukturer (Bahr et al., 2014, s. 194). Ved sekundær impingement skyldes innklemmingen funksjonelle problemer som oppstår i bestemte stillinger. Det kan eksempelvis skyldes en ustabilitet i glenohumeralledet, scapula dyskinesi og/eller redusert muskelkontroll rundt glenohumeralledet og scapula (Giangarra & Manske, 2017) (Kibler et al., 2013). Indre impingement skiller seg fra de to andre ved at innklemmingen er lokalisert mellom tuberculum majus og glenoid. (Bahr et al., 2014, s. 180). Indre impingement kan oppstå når skulderen abdueres til ca. 90 grader og lateral roteres, som fører til kontakt mellom tuberculum majus og den posteriore delen av glenoid. Dette kan føre til innklemming av posteriore delen av rotatormansjetten, leddkapselen og labrum (Gold et al., 2007) (Walch, Boileau, Noel & Donell, 1992). Indre impingement oppstår ved vanlige bevegelser, og det skal gjentatte bevegelser over skulderhøyde til for å utvikle tilstanden. Indre impingement er derfor mest vanlig blant utøvere i idretter hvor man bruker armene over skulderhøyde (Bahr et al., 2014, s. 193).

### 2.3 Behandling

Ved behandling av subakromialt impingement syndrom, er konservativ behandling anbefalt (Diercks et al., 2014). Konsensusen mellom studier (Beard et al., 2018) (Paavola et al., 2018) (Holmgren, Björnsson Hallgren, Öberg, Adolfsson & Johansson, 2012) viser at det ikke er forskjell eller at det er minimal forskjell mellom konservativ og kirurgisk behandling.

Konservativ behandling er anbefalt fordi det er mer kostnadseffektivt og færre komplikasjoner relatert til behandlingen framfor skulder kirurgi (Brox, Staff, Ljunggren & Brevik, 1993) (Ketola et al., 2013). Likevel kan kirurgi være aktuelt, spesielt for dem med kronisk subakromialt impingement syndrom. Avgjørelsen bør derimot gjennomgå en grundig vurdering med tanke på allerede nevnte argumenter, og ettersom lignende utfall kan oppnås gjennom å implementere øvelsesterapi (Dong et al., 2015).

I anbefalingen fra en retningslinje utgitt om subakromialt impingement syndrom (Martina Hansens Hospital, 2016), sies det at fysioterapeuten bør vektlegge kommunikasjon og informasjon i behandlingen. Både for å fremme tillit, trygghet, forståelse og egenmestring hos pasienten. Det påpekes at pasienten bør være aktiv med hensyn til smerter og funksjon. Det viser seg at det er høy studiekvalitet (Hanratty et al., 2012) (Abdulla et al., 2015) på dokumentasjon for at øvelsesbehandling reduserer smerter og bedrer funksjon på kort, mellomlang og lang sikt. Konsensusen blant en systematisk oversikt og et oppslagsverk (Michener, Walsworth & Burnet, 2004) (Simons et al., 2019) viser til at tøying kombinert med styrketrening anbefales i behandlingen av pasienter med subakromialt impingement syndrom. Det påpekes videre i retningslinjen fra Martina Hansens Hospital (2016) at manuell behandling kan vurderes dersom funn i den kliniske undersøkelsen gir grunnlag for det. Konsensusen blant to systematiske oversikter og en retningslinje (Young-Ran, 2017) (Hawk et al., 2017) (Diercks et al., 2014) viser at massasje kan ha kortvarig effekt for å redusere smerte hos pasienter med skulderplager, men det mangler forskning for å komme med klare anbefalinger. Andre behandlingsformer som nåling, laser og terapeutisk ultralyd, er kunnskapsgrunnlaget for svakt og tvetydig til å komme med en klar anbefaling (Martina Hansens Hospital, 2016).

## **2.4 Prognostiske faktorer**

Det er utilstrekkelig kunnskapsgrunnlag for å kunne identifisere pasienter med skuldersmerter som responderer dårlig eller godt på fysioterapibehandling (Martina Hansens Hospital, 2016) (Braun, Hanchard, Batterham, Handoll & Betthausen, 2016). Likevel er det prognostiske faktorer som går igjen hos studier (Kooijman et al., 2015) (Chester et al., 2013) av middels kvalitet (Martina Hansens Hospital, 2016): Pasienter med langvarige symptomer, nakkesmerter eller som har sterkt redusert funksjon, er assosiert med dårligere utfall av fysioterapibehandlingen. Pasienter med høyere utdanning eller som ikke har hatt skulderplager tidligere er assosiert med bedre utfall.

## **2.5 Fysioterapeutens behandlingstilnærming**

Som fysioterapeut vil en møte et mangfold av pasienter med ulike kontekstuelle faktorer. Det kan være personlige faktorer som kjønn, alder, helsetilstand og livserfaring, eller miljøfaktorer som arbeidsforhold eller holdninger knyttet til trening. Tilnærmingen og behandlingen vil derfor være ulik, alt ettersom hvem en har foran seg. Tiltak gjort i helsetjenesten bør basere seg på pålitelig forskning om det foreligger. I tillegg bør erfaringer og faglig skjønn bli tatt i bruk for å ta hensiktsmessige beslutninger. Sist men ikke minst bør også brukeren selv bli inkludert, slik at pasientens egne mål og prioriteringer blir fremmet (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012, s. 16). Fysioterapeutens tilnærming og utforming av behandlingsopplegg krever altså at ulike kunnskapskilder blir brukt, og de må kombineres for å gi et adekvat behandlingsforløp.

## **2.6 Forskningsbasert kunnskap**

Forskning kan beskrives som «kreativ virksomhet som utføres systematisk for å oppnå økt kunnskap» (Nortvedt et al., 2012, s. 17). Kunnskap fra forskning kan blant annet forklare fenomener og årsaksforhold, beskrive forekomsten av en tilstand, gi økt forståelse for enkeltpasienters opplevelser og erfaringer, eller anslå effekter av tiltak (Nortvedt et al., 2012, s. 18). Det har i de senere år skjedd en stor vekst innen forskningsfeltet, og det gjelder også innen fysioterapifaget. Utviklingen skjer raskt, og det kan skje store endringer på kort tid. Fysioterapeuter må derfor holde seg oppdatert innen sine fagområder. Det er fysioterapeuter lovpålagt å gjøre med henhold til helsepersonelloven (NFF, 2015). I Norge har alle tilgang til de store kliniske oppslagsverkene: UpToDate og BMJ best practise. Her finner en blant annet oppsummert forskning om diagnose, behandling og prognose på en rekke tilstander.

Resultater fra forskning kan støtte praksisen fysioterapeuter utøver, men forskning kan også vise til av praksisen bør endres (Jamtvedt et al., 2015, s. 24). Selv om forskning er lett tilgjengelig og kun et tastetrykk unna, er det viktig at søk blir gjort systematisk og at litteraturen blir kritisk vurdert.

## **2.7 Erfaringsbasert kunnskap**

Kunnskap fra erfaring fås ved å praktisere, gjennom å reflektere og å lære fra sine erfaringer. En utvikler etter hvert en klinisk ekspertise som blant annet kan føre til en økt trygghet i egen utøvelsene, bedre kommunikasjonsferdigheter, samt en bedre vurderingsevne i faget (Jamtvedt et al., 2015, s. 15). Det er en viktig kunnskapskilde, men det forutsetter at en kan finne, vurdere og bruke forskningsbasert kunnskap i lys av erfaringene (Nortvedt et al., 2012, s. 19). Fysioterapifaget har historisk sett vært basert på erfaringer og teorier, utviklet gjennom klinisk praksis. Bruk av erfaringsbasert kunnskap alene kan være uforsvarlig, ettersom det kan føre til feilvurderinger. Hvis man eksempelvis vurderer effekt av tiltak kun basert på erfaring, kan en fort bli lurt av utenforliggende faktorer som kan ha påvirket forløpet (Jamtvedt et al., 2015, s. 15).

## **2.8 Brukerbasert kunnskap**

Fysioterapeuter er pliktig til å involvere pasienten og legge til rette for deres medvirkning (Thornquist, 2009, s. 150). Pasientens syn skal imøtekommes og vektlegges når beslutninger tas (Nortvedt et al., 2012, s. 19). I pasient og brukerrettighetsloven § 3-1 (2001) skrives det: *«Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse og omsorgstjenester. Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses og behandlingsmetoder»*. Selv om pasienter har rett til å medvirke, skriver Jamtvedt et al., (2015, s. 196) at det fortsatt er mange pasienter som ikke ønsker å involveres, og at mange synes det er naturlig å overlate beslutninger til helsepersonell.

Selv om brukermedvirkning er en pasientrettighet man må forholde seg til, er det også en viktig kunnskapskilde med stor egenverdi. Brukermedvirkning kan i seg selv ha en terapeutisk effekt (Helsedirektoratet, 2017). Om pasienten får medvirke i beslutninger angående behandling, får pasienten bidratt med sine ressurser og preferanser (Jamtvedt et al., 2015, s. 27). Dersom pasienten inkluderes i valg av behandling kan det være med på å styrke

pasientens selvbylde og øke motivasjonen. Involvering av pasienten kan også bidra til økt pasienttilfredshet og bedre pasientens kunnskap om helseproblemet (Ziebland, referert i Jamtvedt et al., 2015, s. 196).

Relasjonen mellom fysioterapeut og pasient er asymmetrisk, ettersom terapeuten sitter på mye kunnskap mens pasienten søker hjelp. Asymmetrisk relasjon er det når de involverte partene har ulik kompetanse og den ene parten har mer makt enn den andre. På grunn av det sitter terapeuten i posisjon til å styre samtalen (Thornquist, 2009, s. 29). Terapeuten kan derfor bruke sin makt til å fremme aktivitet og selvstendighet hos pasienten.

Det å skape gode bånd og relasjoner til pasienter med muskelskjelettplager har vist å ha en positiv effekt og være med på å forsterke tiltakene som settes i gang (O'Keeffe et al., 2016). Et godt samarbeid og god kommunikasjon innebærer at alle partene som tar del i en samtale aktiviserer sine kunnskaper og erfaringer (Thornquist, 2009, s. 20). I tilfeller hvor det er relevant bør terapeuten informere og drøfte om ulike behandlingsmulighetene med pasienten. Samtidig er det viktig at fysioterapeuter ikke fraskriver seg ansvar og underkjenner sin faglige kompetanse for å leve opp til pasientens ønsker (Thornquist, 2009, s. 66).

## **3.0 Metode**

### **3.1 Valg av metode**

For å besvare vår problemstilling har vi brukt en kvalitativ tilnærming. Vi brukte kvalitativ metode fordi vi ønsket å få svar på hvordan fysioterapeuter benytter seg av de ulike kunnskapskildene i praksis. Kvalitativ metode kan innenfor helsefag brukes til å blant annet få kunnskap om egenskaper hos mennesket som tanker, holdninger og erfaringer (Jamtvedt et al., 2015, s. 73). I vårt tilfelle er dette fysioterapeuter med erfaringer og holdninger rundt pasientgruppen subakromialt impingement syndrom.

### **3.2 Intervju som metode**

Ettersom det er terapeutenes erfaringer vi ønsker å fange opp, valgte vi å bruke intervju til innsamling av vår data. Ved å bruke intervju, kan en få kjennskap til terapeutenes erfaringer (Malterud, 2017, s. 69). Videre valgte vi å bruke semistrukturert intervju som intervjuform. Ved semistrukturert intervju er spørsmål angitt på forhånd, men intervjueren er ikke avhengig av å stille spørsmålene i en bestemt rekkefølge og intervjueren har også mulighet til å utdype eller omformulere spørsmålene (Friis, 1999, s. 103).

### **3.3 Valg av informanter**

Vi ønsket i utgangspunktet å intervjuer fysioterapeuter med ulik bakgrunn, og som samtidig jobbet med denne pasientgruppen. Vi gjorde derfor et strategisk utvalg og henvendte oss til personer som var forventet å kunne mye om denne pasientgruppen. Vi utarbeidet et informasjonsskriv (vedlegg 1) hvor det stod kortfattet hva oppgaven gikk ut på, og som vi sendte til aktuelle fysioterapeuter. Vi utarbeidet videre en samtykkeerklæring (vedlegg 2) med ytterligere informasjon om oppgaven, som vi sendte til de som meldte interesse.

Vi prøvde først å komme i kontakt med skulderspesialister i spesialisthelsetjenesten, men fikk i svar at de sjeldent jobbet med denne pasientgruppen, og at de som regel ble behandlet på lokale institutt, både før og etter eventuell operasjon. Vi ble tipset om å heller kontakte lokale institusjoner som de ofte henviser til. Etter å ha sendt mail til flere av de anbefalte instituttene, fikk vi omsider svar. Vi fikk avtalt intervju med en fysioterapeut med spesiell kompetanse innen skulder og en master innen klinisk fysioterapi. Videre kontaktet vi andre institutter per telefon og fikk etter kort tid informanter som ønsket å delta i prosjektet. De to sistnevnte



informantene jobbet i samme institutt, men uten særlig tilknytning til hverandre. Begge hadde lang erfaring innen allmennpraksis, hvor den ene hadde videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi.

### **3.4 Prosessen før intervjuene**

I forkant av intervjuene leste vi oss opp om subakromialt impingement syndrom og kunnskapsbasert praksis. Vi leste oss opp for å få bakgrunnskunnskap om temaet, slik at vi kunne utarbeide relevante spørsmål for vår problemstilling.

Vi utarbeidet en intervjuguide med spørsmål og stikkord som vi ønsket at informantene skulle fortelle om. På denne måten kunne vi bruke intervjuguiden som en huskeliste, og forsikre oss om at spørsmål relevant for vår problemstilling ble stilt. Intervjuguiden ble utarbeidet ved at vi først lagde hver vår egen intervjuguide. Vi møttes så i etterkant og sammenstilte de to intervjuguidene til en felles.

Tidlig i intervjuguiden valgte vi å ha med spørsmål som fikk informanten til å beskrive en pasient med subakromialt impingement syndrom. Det gjorde vi for å forsikre oss om at vi snakket om samme diagnose. Vi ønsket også å forsikre oss om at informantene visste hva de ulike kunnskapskildene innebar. Informasjon om de ulike kunnskapskildene ble derfor skrevet ned, slik at de kunne bli repetert for dem som var i tvil.

Vi reviderte intervjuguiden jevnlig i takt med ny tilegnet kunnskap. Intervjuguiden ble delt inn i fire hoveddeler: Bakgrunn informant, generelt om subakromialt impingement syndrom, fysioterapeutiske tiltak og kunnskapskilder.

For å teste intervjuguiden og utstyr til lydopptak, gjennomførte vi to prøveintervjuer med medstudenter. Vi bestemte oss etter prøveintervjuene at en av oss skulle lede intervjuet, og at den andre skulle ha ansvar for å stille oppfølging og kontrollspørsmål. Intervjuguiden ble etter prøveintervjuene revidert. Revisjonen besto av å legge til nye spørsmål og presisere enkelte spørsmål bedre (vedlegg 3).

### **3.5 Innsamling av data**

Intervjuene ble gjennomført som planlagt 08.04.19, 09.04.19 og 30.04.19. De to første intervjuene ble gjort på samme institutt. Intervjuene ble tatt opp på lydopptak, og varte 44, 33 og 28 minutter. Etter intervjuene skrev vi ned refleksjoner om intervjusituasjonene, som for eksempel beskrivelse av sted og gestikuleringer hos informantene. Alle intervjuene fant sted på arbeidsplassen til informantene.

### **3.6 Etterarbeid**

#### **3.6.1 Transkripsjon**

Kvalitativ analyse forutsetter som oftest at materialet med data fra intervju omgjøres til tekst (Malterud, 2017, s. 77). Vi transkriberte derfor lydopptakene fra intervjuene. Transkripsjonen gjennomførte vi selv ved å skrive ned ordrett hva som ble sagt på lydopptaket. Malterud (2017, s.78) skriver at ordrett avskrivning kan gi et annet bilde for leseren enn det som ble sagt under intervjuet. Det er også en risiko for å latterliggjøre informantene hvis det blir skrevet av ordrett fra en samtale (Kvale, 2007). For å hindre at informantene blir latterliggjort, og for å gi et best mulig bilde av det som ble sagt, bestemte vi oss før intervjuene for å redigere teksten etter transkripsjon. Muntlige tilleggsord og bekreftelsesord som «mhm», «ja», «em», «liksom», og «sant» fjernes derfor i aktuelle tilfeller i transkripsjonen. Vi valgte i tillegg å transkribere intervjuene på bokmål for å bevare informantenes anonymitet på best mulig måte. Arbeidsted eller annet som kan gi informasjon om informanten har blitt fjernet med XXX.

#### **3.6.2 Analyse**

Vi brukte systematisk tekstkondensering (STC) som metode for å analysere intervjuene. STC er en metode som er egnet for tematisk analyse av kvalitativ data (Malterud, 2017, s. 97). STC deles inn i fire trinn: 1) å få et helhetsinntrykk, 2) å identifisere meningsdannende enheter, 3) å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene, 4) å sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2012).

Som første del av analysen leste vi gjennom intervjuene for å danne oss et helhetsinntrykk. Vi møttes etterpå for å diskutere hvilke inntrykk vi hadde dannet oss fra intervjuene og om foreløpig relevante temaer knyttet til problemstillingen. Videre lagde vi meningsbærende enheter ved å gå systematisk gjennom intervjuene, hvor vi skilte relevant tekst fra irrelevant

tekst. Vi brukte koding for å systematisere de meningsbærende enhetene, ved at vi delte dem inn i grupper etter tema. Innhold og antall kodegrupper endret vi på underveis. Deretter kondenserte vi innholdet i de meningsbærende enhetene innenfor hver kodegruppe, ved å dele dem inn i undergrupper. Videre lagde vi kondensat for hver undergruppe, for å gjenfortelle og oppsummere innholdet i de ulike undergruppene på best mulig måte. Vi prøvde også å finne gode sitat fra intervjuene som kunne gi et godt bilde, eller oppsummere kondensatet til hver undergruppe. Deretter sammenfattet vi innholdet i de ulike kodegruppene, ved å ta utgangspunkt i kondensatene. Til slutt sammenlignet vi det sammenfattede innholdet med de opprinnelige intervjuene, for å validere funnene.

## 4.0 Resultater

I resultatdelen presenteres ulike temaer og funn fra intervjuene. Temaene ble utarbeidet i analysedelen ut ifra punkter som er sentrale å diskutere for vår problemstilling, og punkter som gikk igjen i intervjuene. Temaene som ble valgt og som presenteres er:

- Subakromialt impingement syndrom
- Valg av tiltak
- Mål
- Prognose
- Valg av behandlingstilnærming
- Balansere mellom de ulike kunnskapskildene

I tillegg presenteres informantene, ettersom bakgrunnen til informantene har blitt fjernet fra transkripsjonene for å bevare informantens anonymitet.

Vi har valgt å bruke personlig pronomen «hun» uavhengig av kjønn på informantene. Det har vi valgt å gjøre for å bevare mest mulig av informantenes anonymitet.

### 4.1 Presentasjon av informantene

#### **Informant A**

Informant A er privatpraktiserende, og har jobbet som fysioterapeut siden tidlig 80 – tallet. Hun har bred erfaring, både som almenpraktiserende og som psykomotorisk fysioterapeut. Informanten videreutdannet seg innen psykomotorisk fysioterapi tidlig på 90 – tallet, og har i sitt yrkesaktive liv både jobbet innen kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og i privat praksis. Informanten oppgir at hun ikke jobber spesifikt med subakromialt impingement syndrom, og at det i så fall er en del av en større problemstilling.

#### **Informant B**

Informant B er privatpraktiserende, og har jobbet som fysioterapeut siden tidlig 90 – tallet. Hun utdannet seg som fysioterapeut i utlandet, og har også tatt en bachelorgrad i akupunktur. Informanten har jobbet som fysioterapeut på sykehus i utlandet og som privatpraktiserende allmennfysioterapeut i Norge. Hun har jobbet med subakromialt impingement syndrom i store deler av sin tid som fysioterapeut.

## **Informant C**

Informant C jobber i spesialisthelsetjenesten, og har jobbet som fysioterapeut siden tidlig 00-tallet. Informanten er spesialfysioterapeut med en klinisk master og en påbegynt doktorgrad. Hun har også erfaring fra kommunehelsetjenesten. Informanten har spesiell kompetanse inne skulder og knelidelser, og sier hun har jobbet med subakromialt impingement syndrom siden hun ble ferdigutdannet.

### **4.2 Subakromialt impingement syndrom**

Når vi intervjuet informantene var det forskjell på hvor utfyllende de svarte angående årsak og hva diagnosen innebar. Informant A beskrev at årsaken til innklemmingen kan skyldes at skulderen glir frem, og at det fører til avklemming av strukturer mellom humerus og acromion. Informant B forteller også at det er strukturer som kommer i klem under acromion, men at hun ikke er så opptatt av hvilke strukturer som kommer i klem. Informant C forteller det kan være mange forskjellige årsaker til subakromialt impingement syndrom, og nevner årsaker knyttet til acromions form, holdning, degenerative rupturer og scapula dyskinesi. Informanten påpeker det også kan skyldes flere årsaker som hun ikke har nevnt.

Alle informantene forteller at smertene hos denne pasientgruppen er varierende, og at det blant annet skyldes årsak og type skade. Informant C forteller at alt som gjør at du kan få dårlige plassforhold i skulderen, kan gi smerte. *«Jeg synes ofte det er en diffus smerte over skulderen, og de sier gjerne at de får vondt når de skal helle, vanne planter, ta å hente lommeboka bak for de som har den der»* (Informant C). Hun forteller videre at det er vanskelig å si nøyaktig smertelokalisasjon, men at pasientene ofte peker opp på skulderen og utover deltoid, og noen har smerter bak på skulderbladet.

Informantene nevner alle forskjellige punkter knyttet til skulderfunksjon. Informant A forteller at en typisk pasient med subakromialt impingement syndrom ofte får redusert bevegelighet. *«[...]Det blir veldig reduserte fleksjonen, altså bevegelsen blir redusert fordi at du får den der innadroterte stillingen i skulderleddet»* (Informant A). Informant B peker på at den scapulohumorale rytmen ofte ikke er som den skal være. Informant C forteller at pasientgruppen ofte har smerterelatert tap av muskelkraft, og at smertene også begrenser armens bevegelighet.

Hvor påvirket pasientgruppen er i forhold til aktivitet og deltagelse, forteller informantene varierer ut ifra hvilke krav som stilles til pasientene i hverdag og på jobb. Informant A forteller at en kan leve godt med diagnosen, men at det kommer an på grad av belastning i arbeid. Informant B forteller: *«Har de en jobb som trigger det veldig, det kan være en fysisk eller manuell jobb hvor de for eksempel løfter veldig mye, da sliter de ofte med å holde seg i jobb»*.

### 4.3 Valg av tiltak

Alle informantene påpeker at undersøkelse bør ligge til grunn for valg av tiltak. Samtlige sier også at det er ønskelig med aktive øvelser i behandlingen. Informant C trekker frem tiltak som fleksibilitetsøvelser, bevegelighetsøvelser, stabilitetsøvelser, styrkeøvelser og koordinasjonsøvelser. *«Jeg tenker det er viktig å begynne med å få forklart pasienten hva det er for noe, og hvorfor vi tror de kan komme i mål med trening og ikke operasjon»* (Informant C). Videre forklarer hun at det kreves egeninnsats, være systematisk, og at de ikke gir opp hvis det blir veldig vondt første gangen de har trent. Informant A sier at om hun jobber spesifikt med subakromialt impingement syndrom, så begynner hun med en generell oppvarming. *«Jeg begynner med veldig lette øvelser. For å få inn den riktige funksjonen, for på en måte å få pasientene til å få kontakt med den muskulaturen som har vært ute av drift»* (Informant A). Hun begynner ofte å jobbe med utadrotatorene og har mange repetisjoner. I tillegg har hun øvelser for bevegelighet av bryst og rygg. *«[...] Få god sirkulasjon og kontakt, så kan du begynne å tenke mer styrke etter hvert»* (Informant A). Informant B sier hun gjerne bruker nåler for å redusere smerter og spenninger i muskulaturen. *«Samtidig så synes jeg det er viktig å sette i gang med øvelser pasienten kan gjøre hjemme. Gjerne da finne øvelser som helst ikke er smertefulle. Få de i aktivitet igjen og få sirkulasjonen i gang»* (informant B). Tidligere brukte hun laser som del av behandlingen, men det har de ikke på hennes nåværende arbeidsplass. Informanten forteller videre at hun bruker manuelle teknikker, styrkeøvelser, stabiliseringsøvelser og bevegelsesøvelser for å bevege hele thorax, skulder og nakke. Hun påpeker at behandlingsvalg vil variere ut ifra det hun finner i undersøkelsen. Alle informantene sier de bruker massasje som tiltak. Informant B og C sier de bruker massasje for å redusere smerter og spenninger i muskulaturen. Informant C sier også at en må tøyne strukturer som trekker scapula fram i en ugunstig stilling.

Informantene påpeker alle prinsipper som de synes er viktig i behandling av pasienter med subakromialt impingement syndrom. Informant A forteller: *«Få skulderen i nøytral stilling er*

*på en måte punkt en. Det vil ofte innebære at man har tøyd på stram muskulatur, også må du prøve å styrke muskulaturen som stabiliserer».* Informant B sier hun er opptatt av total funksjon av nakke og skulderpartiet. «*Typisk for slike pasienter synes jeg er at de ofte har overaktivitet i trapezius, og en ser veldig på rytmen at den blir feil*» (Informant B). Videre forteller informanten at man må se de får tak i de riktige musklene som en vil de skal bruke under øvelsene. Hun forteller at man ofte klarer å redusere smertene når pasienten begynner å få tak i de riktige musklene. Både informant B og C sier at det er viktig å dempe smertene. «*Det er viktig i begynnelsen å få dempet smertene, slik at de får trent noen lunde uten at smertesignal forstyrrer de andre signalene vi vil ha opp til hjernen*» (Informant C). Informanten sier videre at en må finne årsaken til impingement, og deretter jobbe med det. Hun forteller eksempelvis at hvis pasienten har scapula dyskinesi må en jobbe med scapula og finne gode måter å stabilisere den. Er det stram pectoralis minor som trekker scapula fram i ugunstig stilling må en tøy den.

*Jeg liker å begynne med strikk i lukket kjede, og jobbe med rotatorcuffen for å få den til å stabilisere, samtidig som jeg jobber med scapula. Så det er begynnelsen, og så gradvis legge på mer og mer motstand etter vært som de aktivt kan få bevegelsesutslag uten smerte.*  
(Informant C)

#### **4.4 Mål**

Informant A og B setter begge mål ved behandling. Informant B forteller pasientene ofte er opptatt av smerte, men at hun heller ønsker å dra det mer funksjonelt. «*[...] jeg liker egentlig ikke å ha smerte som et mål. Jeg prøver å dra det mer funksjonelt, og da kan det være litt spesifikt, noe pasienten ikke klarer å gjøre for eksempel*» (Informant B). Informant A sier å bedre funksjon i skulderen kan være et mål. Informant C sier hun i liten grad setter mål, men at hun håper det blir gjort når pasientene blir henvist videre. Pasientenes mål sier hun blir tatt i betraktning når de skal vurderes for operasjon. I tillegg spør hun om målene er oppnådd når de kommer tilbake på kontroll. Hun sier at på denne måten har de målsetting med, men at det ikke er de som setter målene.

## 4.5 Prognose

Informantene sier at prognosen vil variere hos denne pasientgruppen. Informant B sier det er vanskelig å svare på, spesielt når det har satt seg i hele skulderkomplekset. Hun påpeker at hun ser mer av dem, og at det er lenge siden hun har hatt en pasient med akutt subakromialt impingement, men at en da snakker om rundt 10 til 12 behandlinger. Informant A forteller også hun har pasienter med sammensatte problemstillinger, og det kan ta opptil flere år for pasientene å bli bra. Informanten sier videre at hun kan ha pasienter med traumer, og hun må tenke annerledes med denne gruppen pasienter enn hos de med en isolert skulderplage.

Informant C sier mange blir bedre, men at det også er de som ikke blir det. «*Vi ser de jo kun i kort tid, men det vi pleier å forberede pasientene på, er at det kommer til å ta tid*» (informant C). Hun anbefaler de å gå til fysioterapeut gjerne to ganger i uken, i fire til seks uker. Hun råder også pasientene til å prøve i hvert fall tre måneder før de kan si at trening ikke virker. Videre forteller hun det kan være flere årsaker til at pasienter ikke oppnår en varig bedring.

*Mange faller jo litt av og følger ikke opp, og vi ser at når vi har dem til kontroll og spør dem hva de har gjort, så innrømmer de at det var kanskje ikke så mye trening og ga litt opp. Ja av og til ser vi at fysioterapeutene slipper dem for tidlig, når smertene har gitt seg så slutter de med behandling, i stedet for å fortsette å styrke på en måte pasienten, sånn at de ikke skal få tilbakefall.* (Informant C)

## 4.6 Valg av behandlingstilnærming

Både informant A og C påpeker viktigheten av å holde seg faglig oppdatert. «*[...] Det er helt nødvendig, for det kommer jo så mye nytt*» (Informant A). Informant C forteller at om en ikke hadde holdt seg faglig oppdatert hadde det ikke vært kjekt å jobbe som fysioterapeut. Videre trekker informant C fram at å holde seg faglig oppdatert er noe av det som gir inspirasjon til å jobbe videre som fysioterapeut.

Alle informantene forteller de enten har sluttet å bruke, eller endret på behandlingstiltak på grunn av kunnskap fra nyere forskning. «*Jeg bruker mye mindre ultralyd, og mye friksjon over senen og slikt, det gjør jeg veldig lite nå*» (Informant B). Informant A forteller: «*Jeg har endret på absolutt alt jeg har gjort helt i fra tidenes morgen vil jeg si. Jeg jobber helt annerledes enn jeg gjorde da jeg var ferdig på fysioterapiskolen.*» Informant A påpeker man må regne med å endre på valg av tiltak flere ganger gjennom karrieren på grunn av ny



kunnskap fra forskning. Informant C påpeker at hun har blitt mye mer bevisst på hvilke øvelser hun bruker ved behandling av subakromialt impingement syndrom.

*Jeg vil si at jeg har endret valg av øvelser. Jeg har alltid brukt øvelser, men jeg har blitt mye mer bevisst på hvilke øvelser jeg velger. Noen typer øvelser skal ikke den pasientgruppen ha for eksempel, mens andre type øvelser skal du bruke på andre pasienter. Det har jeg blitt mye mer bevisst på takke være forskning. (Informant C)*

Informant B trekker fram at det også er begrensninger knyttet til forskning. Hun sier at av og til kan forskning være for generaliserende. Hun påpeker at det ofte kun studeres på enkelttiltak i forhold til behandlingens effekt, mens i praksis kombineres gjerne flere behandlingstiltak.

*Forskning blir ofte litt snevert, slik er ikke alltid den virkelige verden føler jeg [...]. Kanskje blander vi sammen flere ting, og da vet vi ikke nødvendigvis hvilken øvelse som var den beste eller mest effektive. Kanskje var det en kombinasjon? (Informant B)*

Alle informantene angir at de bruker erfaringsbasert kunnskap, og at de i enkelte tilfeller må prøve seg fram i behandlingen av pasienter med subakromialt impingement. Informant A påpeker at man ikke bestandig kan følge en smørbrøddliste, men at man må basere seg på den kunnskapen man har når man skal behandle pasientene. Videre forteller informanten: «Da jeg gikk på fysioterapiskolen var det jo overhodet ikke forsket i det hele tatt på noen ting, alt var erfaringskunnskap» (Informant A).

Alle informantene forteller at de bruker behandlingstiltak som ikke har dokumentert effekt eller mangler tilstrekkelig forskning, men som de har god erfaring med. Informant A peker på at i psykomotorisk fysioterapi mangler det mye forskning. «Sånn at jeg bruker jo den kunnskapen jeg har for å tilnærme meg pasientene. Det vil jeg tro at alle fysioterapeuter gjør, for det er ikke alt som det er forsket godt nok på i dag» (Informant A). Informant B og C forteller begge at de er usikre på dokumentasjonen av massasje, men at begge har god erfaring med bruk av massasje hos smertepregede pasienter med subakromialt impingement syndrom. Informant C forteller hun har god erfaring med bruk av tøying i behandling av pasienter med subakromialt impingement syndrom, men at hun er usikker på forskingsdokumentasjonen for

effekten av tøyning. Informant B forteller det viktigste er at pasienten blir bedre og føler de har fått en god behandling.

*Det er jo en viss placeboeffekt i det vi gjør å, det kommer vi jo aldri unna. Om det er det som gjør det litt bedre, så samme det. Det viktigste er jo at de blir bedre, og at de føler de får en god behandling. Jeg tror for eksempel det å bruke massasje er en god måte å få avspenning i muskulaturen på. Dette er jo noe ofte mange får problemer med når de har mye vondt.*

(Informant B)

Alle informantene ønsker å inkludere brukerens kunnskap og bidra til brukermedvirkning. Informant B og C forteller at de bruker å informere pasienten om behandlingstiltak for å bidra til brukermedvirkning. «*Det er viktig å forklare hvorfor jeg velger det jeg velger. I hvert fall hvis de vil ha noe jeg mener ikke er relevant, men det skjer jo egentlig veldig sjeldent*» (Informant B). Informant B sier også at hun ofte kombinerer mellom egenvalgte tiltak og pasientens ønske, men påpeker viktigheten av at behandlingen er effektiv. Hun sier også det er viktig å skape god relasjon med pasienten, og at en må høre på hva de sier for å oppnå gode resultater. På spørsmål om hvordan informant C inviterer til brukermedvirkning svarer hun:

*Det vi ofte begynner med når vi har dem inne til vurdering, er å spørre hvilke forventninger de har, og hvilke plager de kommer med, hva de har prøvd av behandling? Så gjør vi en undersøkelse, og sier hva våre tanker er, også spør vi dem hva de tenker når vi har presentert hva vi anbefaler. Så får pasientene si hva de tenker i forhold til det og ta stilling til det.*

(Informant C)

Alle informantene sier de opplever at de fleste pasientene ikke har klare meninger på forhånd knyttet til behandling, og at pasientene ofte ønsker informantene skal ta avgjørelsene.

Informantene påpeker at det er enkelte pasienter som har meninger eller ønsker til behandling på forhånd. «*Jeg synes noen pasienter, de fleste kommer inn som et blankt lerret, men noen har forhåndsbestemt seg for at det er operasjon eller fysioterapi som skal til*» (Informant C).

*Det tror jeg er personlighetsbestemt. Noen har veldig klare meninger om ting, mens andre ikke har det. Jeg tror egentlig at de fleste stoler på meg når de kommer inn. Men så har du jo enkelte som har mange meninger og som har lest på nettet.* (Informant B)

Informant A og B forteller at ønsker som er vanlige fra pasientens side, er å få massasje. Informant A sier at selv om mange ønsker massasje, så skal alle pasientene ha et øvelsesutvalg fordi all forskning tilsier at det pasienten gjør selv er det viktigste. Informant C forteller at enkelte pasienter har gått til samme fysioterapeut over lenger tid, med samme øvelser og dårlig oppfølging uten å bli bra. I slike tilfeller ønsker ofte pasienten å bytte fysioterapeut hvis de skal ha fysioterapi framfor kirurgi. Informanten påpeker også eksempelvis at enkelte pasienter som tidligere har vært operert privat for den andre skulderen med samme plage, og så blitt bra, ofte ønsker operasjon og en «quick fiks», fordi det har fungert før.

#### **4.7 Balansere mellom de ulike kunnskapskildene**

Informantene peker på forskjellige utfordringer når de skal balansere mellom forskningsbasert, erfaringsbasert og brukerbasert kunnskap. *«Jo mere kompliserte problemstillinger jo mer må jeg bruke erfaring og mindre forskning»* (Informant A). Informant A forteller videre at hun heller må basere seg mer på å prøve seg fram og bruke erfaring som kunnskapskilde, i sin tilnærming til pasienten. *«Men klart kommer det en person med en ren impingement, da vil jeg gå rett på det forskningsbaserte»* (Informant A).

Informant B forteller at det ikke alltid er enkelt å overføre forskning til egen praksis, fordi forskning ofte blir for snevert. Informanten forteller videre at det ikke alltid er enkelt å kombinere flere behandlingstiltak når man skal studere effekten av et tiltak. Derfor blir det ofte forsket på kun et tiltak, mens i praksis kombinerer man ofte tiltaket som er blitt forsket på med flere andre tiltak. Informant B påpeker viktigheten av å se hver enkel pasient, og fordi pasienter er forskjellige, så kan man ikke bare benytte seg av forskning som kunnskapskilde, men at man må kombinere med egne erfaringer og pasientens ønsker.

Informant C forteller at det er vanskeligere å argumentere for behandling som er erfaringsbasert framfor det forskningsbaserte ovenfor pasienten.

*Jeg synes det er vanskelig når jeg skal argumentere for det som er erfaringsbasert enn det som er forskningsbasert. For forskningsbasert behandling har fått veldig status nå, og jeg ser*

*ofte at når du argumenterer for det ovenfor pasienten så slår det godt an. Det erfaringsbaserte blir mer diffust å komme med. (Informant C)*

## **5.0 Drøfting**

Drøftingsdelen er delt opp i to hovedkapitler: Styrker og svakheter med studien, og resultatdrøfting. Hovedkapitlene er igjen delt inn i underkapitler. Drøftingen tar utgangspunkt i temaene som var fremtredende og som er presentert i resultatdelen. I resultatdrøftingen drøfter vi forskjellige aspekter fra resultatene, og i tillegg benytter vi oss av forskning og teori for å belyse argumentene våre.

Vår problemstilling tar utgangspunkt i kunnskapskildene, og hvordan fysioterapeuter bruker dem i sin behandlingstilnærming for pasienter med subakromialt impingement syndrom. Gjennom intervjuene fant vi ut at informantene bruker de nevnte kunnskapskildene, men at det ikke alltid har vært slik. Fra informanten med høyest ansiennitet påpekes det hvordan hele fysioterapifaget har forandret seg. Hun forteller om hvordan faget har endret seg, ved å gå fra erfaringsbasert kunnskap alene til å inkludere både forskning og brukerkunnskap. Det påpekes at det alltid har vært en dialog med pasienten, men at brukervedvirkning har fått større fokus i senere år. Kunnskapskildene blir av informantene kombinert og vektlagt ulikt med tanke på pasientens problemstilling, samt kontekstuelle faktorer.

### **5.1 Styrker og svakheter med studien**

#### **5.1.1 Evaluering av metodevalg**

Vi valgte å bruke kvalitativ metode fordi vi ønsket å få fysioterapeutenes syn og erfaringer rundt temaet. Vi kunne også brukt en kvantitativ metode i form av spørreskjema og dermed nådd ut til en større gruppe, men dybden ville da forsvunnet. Vi ønsket heller å belyse terapeutenes erfaringer i klinisk praksis. Vi opplever at vi har valgt en god metode som er godt egnet til å svare på vår problemstilling.

#### **5.1.2 Evaluering av oppgavens validitet og overførbarhet**

Validitet handler om kunnskapens gyldighet (Malterud, 2017, s. 192). Det er vanskelig om ikke umulig å oppnå absolutt validitet, men det kan gjøres ulike tiltak for å styrke den. Under intervjuene brukte vi blant annet tekniske hjelpemidler for gjengivelse, og vi stilte oppfølgingsspørsmål for å kontrollere at informantens svar ble oppfattet riktig. Intervjuene ble transkribert og i tillegg kontrollert for å se at alt ble skrevet riktig.

Våre funn kan ikke generaliseres til en større gruppe. Vi intervjuet tre fysioterapeuter, både med og uten spesialisering. Hadde vi inkludert flere i oppgaven med ulik spesialisering kunne vi fått en større bredde og forståelse for deres ulike syn, men tid og kontakter var begrenset så det lot seg ikke gjøre. Likevel har de ulike besvarelsene gitt oss en bedre forståelse av de ulike kunnskapskildene, og hvordan de kan brukes i behandling av pasienter med subakromialt impingement syndrom. Funnene kan også brukes til å forstå lignende grupper og situasjoner.

Det er også alltid en viss fare til stede for at vi har feiltolket eller misforstått intervjuene. Vi opplevde også etter at vi hadde analysert intervjuene at det varierer om informantene snakker spesifikt om subakromialt impingement syndrom, eller om de snakker mer generelt om fysioterapi, når de skal trekke inn bruk av kunnskapskildene presentert i vår problemstilling. I tillegg vet vi heller ikke med full sikkerhet om informantene svarer på spørsmålene med hvordan de faktisk jobber eller med hva som er forventet av dem å svare.

### **5.1.3 Evaluering av informantutvalg**

Vi ser på det som en styrke for oppgaven vår at vi har fått informanter som jobber enten som privatpraktiserende eller innenfor spesialisthelsetjenesten. Informanten har også ulike spesialiseringer (en uten og to med spesialisering), som gir et bredt perspektiv for behandling av pasienter med subakromialt impingement syndrom. Samtidig er det også svakheter ved informantutvalget. En av informantene jobbet som psykomotorikker og understrekte på intervjuet, at hun ikke jobbet spesifikt med denne pasientgruppen, men at i tilfeller hvor subakromialt impingement syndrom var tilstede, var det kun en del av en større problemstilling. Vi hadde kanskje funnet en informant med mer erfaring hos denne pasientgruppen, hvis vi hadde funnet en fysioterapeut til som jobbet på institutt.

### **5.1.4 Erfaringer**

Det å arbeide to sammen opplevde vi som en stor fordel. Ingen av oss har tidligere skrevet en bacheloroppgave. Så det å kunne diskutere med hverandre, gå over hverandres arbeid og gjøre intervju sammen, ga både trygghet og etter vår mening et bedre sluttprodukt.

På den andre siden er vi to studenter som ikke har erfaring med intervju fra tidligere, og er derfor noviser på området. Som nybegynnere har vi lettere for å bli bundet til intervjuguiden, enn det en erfaren intervjuer ville vært. En erfaren intervjuer hadde og mest sannsynlig hatt

lettere for å stille relevante oppfølgingsspørsmål knyttet til vår problemstilling, underveis i intervjuet. Vi opplever likevel at vi har fått stilt relevante spørsmål som kan belyse vår problemstilling.

## **5.2 Resultatdrøfting**

### **5.2.1 Subakromialt impingement syndrom**

Vedrørende hva informantene la i begrepet subakromialt impingement syndrom og årsaker til å få diagnosen, varierte svarene mellom alle tre informantene. Vi tenker at de forskjellige svarene kan skyldes flere årsaker, som at kunnskapsnivået om subakromialt impingement syndrom varierer mellom informantene. Det kan også skyldes hvor utdypende informantene valgte å svare, og måten spørsmålene ble stilt av oss i intervjuet. Informant C påpekte at det var flere årsaker til subakromialt impingement syndrom. Årsaker som acromions form, holdning, degenerative rupturer, scapula dyskinesi blir nevnt av informant C. Forklaringen stemmer dels med det vi fant i litteraturen. Acromions form, degenerative rupturer og scapula dyskinesi, beskrives blant årsakene til utvikling av diagnosen (Bahr et al., 2014, s. 194) (Giangarra & Manske, 2017) (Kibler et al., 2013). Scapula dyskinesi trekkes fram som et usikkert tema i nyere litteratur (Simons et al., 2019), selv om det blir nevnt av informanten og i annen litteratur. Vi har ikke funnet litteratur på om holdning kan være med på å påvirke til utvikling av subakromialt impingement syndrom.

Informant B påpeker at hun ikke er så opptatt av nøyaktig hvilken struktur som er i klem ved subakromialt impingement syndrom, og at hun behandler utfra funnen hun finner i undersøkelsen. Vår oppfatning er at skulderleddets kompleksitet og de mange strukturene gjør det vanskelig å vite nøyaktig hvilken struktur som er affisert. Forklaringen til informanten støttes opp av både funn i litteraturen (Simons et al., 2019) og definisjonen vi har brukt innledningsvis av subakromialt impingement syndrom. Den viser til at diagnosen referer til en kombinasjon av funn og symptomer i skulder.

På den andre siden peker alle informantene på at smertene hos denne pasientgruppen vil variere etter type skade og årsak. I litteraturen fant vi at smertene ofte er lokalisert over deltoid og laterale del av overarmen, og det stemmer til dels overens med forklaringen til informant C, som beskriver at smertene kan være lokalisert oppe på skulderen utover deltoid og bak på skulderbladet. Informanten påpeker også at det er vanskelig å si noe om nøyaktig

smertelokalisasjon og at smertene ofte er diffuse. I løpet av fysioterapistudiet har vi lært at smerte er et komplekst tema, og at det er mye som kan påvirke opplevelsen av smerte. Vi har derfor forståelse for at det kan være vanskelig å gi nøyaktig smertelokalisasjon for denne pasientgruppen.

Vanlig symptom og skulderfunksjon hos pasienter med subakromialt impingement syndrom som blir nevnt av informantene, er nedsatt bevegelighet i skulder, dårlig kvalitet på scapulohumoral rytme og smerterelatert tap av muskelkraft. Symptomene stemmer overens med det vi fant litteratur (Bahr et al., 2014, s. 194) (Simons et al., 2019).

Det påpekes av informantene at pasienter som har manuelle og aktive jobber sliter med å holde seg i jobb. I tillegg nevnes det at pasienten ofte har problemer med dagligdagse oppgaver som å vanne planter og å hente lommeboka i baklommen. Vi synes det er forståelig at slike bevegelser er problematiske, ettersom de skaper dårlige plassforhold i skulderen. Når man skal vanne planter innebærer det som regel at en må abdukere skulderen opp mot skulderhøyde, som har blitt nevnt som en av de smertefulle bevegelsene i litteraturen (Simons et al., 2019) (Bahr et al., 2014, s. 194).

### **5.2.2 Valg av tiltak**

Alle informantene er enige om at det er hensiktsmessig å ha med aktive øvelser i behandlingen. Det viser også konsensusen til to systematiske oversikter (Abdulla et al., 2015; Hanratty et al., 2012). De viser til høy studiekvalitet på dokumentasjonen for at øvelsesbehandling reduserer smerter og bedrer funksjon, både på kort, mellomlang og lang sikt. Vi tenker at det kan være ulike årsaker til det, blant annet fysisk aktivitets smertemodulerende effekter. Bedret funksjon ved øvelsesbehandling tenker vi kan ha noe å gjøre med at pasienten er i bevegelse og ikke forblir inaktiv. Øvelsesbehandling kan fokusere på det aktuelle problem og bedre funksjon, men vi tror like mye at det å være i bevegelse har positiv effekt for smerte og funksjon.

Alle informantene sier at undersøkelsen bør ligge til grunn for valg av tiltak. De bruker ulike behandlingstiltak som faller innenfor øvelsesbehandling for denne pasientgruppen, men felles for dem er: styrkeøvelser og bevegelighetsøvelser.



Styrkeøvelser med motstand viser litteratur (Martina Hansens Hospital, 2016) at ser ut til å være viktig med tanke på funksjon og smerte. Konsensusen til to systematiske oversikter (Abdulla et al., 2015) (Hanratty et al., 2012) støtter også effekten av styrketrening, og sier det er effektivt for behandling av subakromialt impingement syndrom. Grunnen til at styrketrening viser seg å ha positiv effekt for pasienter med subakromialt impingement syndrom, tror vi skyldes en bedre stabilisering av skulderleddet og et mer hensiktsmessig aktiveringsmønster. Vi tror derfor det er viktig å observere pasientens utførelse av øvelsene. Informant C påpeker også viktigheten av at en fysioterapeut observerer mens pasienten trener, fordi på den måten kan en se at de får et ordentlig bevegelsesmønster uten at smertene forstyrrer.

Alle informantene nevner bevegelsestrening som et mulig tiltak for denne pasientgruppen. Det er ikke vanskelig å tenke seg at smerte i bestemte stillinger kan føre til bevegelsesfrykt, spesielt om det har pågått over en lengre periode. Vi tror smertene kan føre til unngåelsesstrategier og igjen medføre et redusert bevegelsesutslag om det pågår over tid. Det kan hende at uhensiktsmessig bevegelsesmønster kan være årsaken til smertene, men om vedkommende i tillegg får redusert bevegelsesutslag tror vi det kan forverre problemet. Selv om vi ikke har funnet litteratur som spesifikt nevner bevegelsestrening for diagnosen, så ser vi mulig nytteverdi av tiltaket.

I tillegg til å ha med aktive øvelser supplerer alle med passive behandlingstiltak. Samtlige av informantene har massasje som et aktuelt tiltak. Informant B sier massasje er en god måte for å få avspenning i muskulaturen, og at spenninger i muskulaturen er et problem som ofte oppstår om en har mye vondt. Informant C sier at de som har gått lenge med smerte har utrolig godt av at noen tar på dem, kjenner på dem, og jobber med den muskulære smerten for å få spenningene til å slippe. Konsensusen blant to systematiske oversikter og en retningslinje viser at massasje kan ha kortvarig effekt for å redusere smerte hos pasienter med skulderplager, men det mangler forskning for å komme med klare anbefalinger (Young-Ran, 2017) (Hawk et al., 2017) (Diercks et al., 2014). Vi tror at massasje kan være en gunstig inngangsport for behandling av denne type plage, spesielt for de med ønske om massasje. Informant B sier at mange har en forventning om å bli tatt på, og ved å møte pasientens forventning og ønske tror vi at en bedre relasjon kan skapes. Skape en god relasjon med

pasienten poengterer også informanten viktigheten av, at det kan være med å bidra til et bedre behandlingsresultat, noe vi også har stor tro på.

I tillegg forteller også informantene at hvis pasienten på forhånd har ønsker til behandlingen, var massasje et vanlig ønske. Vår oppfatning er at folk fleste tenker på massasje når de tenker på fysioterapi, derfor er det heller ikke rart at informantene nevner det blant de vanligste ønskene. Informant A påpeker at selv om pasienten ønsker massasje gir hun også øvelser fordi all forskning tilsier at det pasienten gjør selv er det viktigst. Det stemmer også overens med litteraturen vi fant, som sa at øvelser bør være hovedtiltaket ved subakromialt impingement syndrom (Martina Hansens Hospital, 2016).

Både informant A og C nevnte tøying som et mulig tiltak. Begge påpeker at pectoralis kan være stram. Informant A sier at å få skulderen i nøytral stilling er punkt en. Er det stram pectoralis minor som trekker scapula i ugunstig stilling må en tøyne på den sier informant C. Blant forskningslitteraturen vi fant, sier konsensusen til en systematisk oversikt og et oppslagsverk (Michener et al., 2004) (Simons et al., 2019) at tøying kombinert med styrke anbefales i behandlingen av pasienter med denne diagnosen. Det er mye diskusjon rundt tøying, og om en egentlig forlenger muskulaturen. Inntrykket vi har fått er at det i større grad skyldes nevrologisk adaptasjon og redusert muskeltonus.

Informant B bruker blant annet nåling for å redusere spenninger i muskulaturen, og om det har effekt kan det være et hensiktsmessig behandlingstiltak, akkurat som tøying.

Retningslinjen på helsebiblioteket sier dog at kunnskapsgrunnlaget er for svakt og tvetydig til å komme med en klar anbefaling i forhold til nåling som behandlingstiltak for denne diagnosen (Martina Hansens Hospital, 2016).

### **5.2.3 Mål**

Alle informantene sier at å sette mål for behandlingen er ønskelig. Målsetting er en viktig komponent i behandlingsplanen. Ifølge helsebibliotekets retningslinje (Martina Hansens Hospital, 2016) bør målene være spesifikke for det pasienten vil oppnå, være målbare, oppnåelige, relevante og innenfor en tidsramme. Vi tror også det er viktig å lage mål for behandlingsplanen. Om mål nås vil pasienten lettere kunne se framgang, noe vi tror er viktig om pasienten ikke blir smertefri med det første. Informant C sier at forløpet kan være ganske

frustrerende for pasienten, i hvert fall i begynnelsen når en skal finne måter å dempe smertene på. Hun sier at de synes det blir enklere når de kjenner at det faktisk går framover. Målsetting for behandlingen tror vi derfor vil fremme motivasjonen og gi et bedre resultat.

Selv om pasientene har samme diagnose, lever de forskjellige liv og ulike krav stilles til deres skulderfunksjon. Derfor mener vi det er naturlig at målsetningen til pasientene bør være forskjellige. For å kunne komme fram til hensiktsmessig mål for den enkelte pasient, bør fysioterapeuten derfor spørre om hva som er viktig for den enkelte pasient og hvilke forventninger de har til fysioterapi. I lys av den enkelte pasients målsetninger, vil valg av behandlingstiltak også varierer og tilpasses de målene pasienten har.

#### **5.2.4 Prognose**

Når det gjelder prognosen for pasienter med subakromialt impingement syndrom, sier informantene at den er varierende, og det er nok flere grunner til det. Retningslinjen (Martina Hansens Hospital, 2016) påpeker noen prognostiske faktorer ved skuld smerter. De sier blant annet: «Lengre varighet av symptomer og samtidig nakkesmerter gir et dårligere utfall i primærhelsetjenesten». «Sterk redusert funksjon og lang varighet av plagene er assosiert med negativt utfall av fysioterapibehandling. «Ingen tidligere skulderplager er assosiert med et bedre utfall». Retningslinjen sier også at kunnskapsgrunnlaget for å identifisere pasienter med god eller dårlig respons på fysioterapibehandling er utilstrekkelig. På grunn av prognostiske faktorer, samt utenforliggende faktorer vil det være vanskelig å gi et bestemt behandlingsforløp og en nøyaktig prognose. I tillegg har vi de med dårlig respons på fysioterapi og som kanskje ikke har noen tiltro til faget. Det medfører at en må gripe oppgaven på en helt annen måte. For en slik pasient er det kanskje helt essensielt å bygge god relasjon og begynne behandlingsforløpet på pasientenes premisser. For andre kan behandlingstiltak med støtte fra forskning være nødvendig og bedre pasientens tiltro til både faget og behandlingstiltak. Vi tror det er vesentlig hvordan kunnskapskildene blir vektlagt i behandling, og at bruken av de kan påvirke behandlingsforløpet, samt prognosen.

#### **5.2.5 Valg av behandlingstilnærming**

Det å holde seg faglig oppdatert trekkes frem av informantene som viktig og nødvendig. Vi ser det også som nødvendig at fysioterapeuter holder seg faglig oppdatert, ikke bare fordi det er lovpålagt, men også for å kunne gi pasienten best mulig kunnskapsbasert behandling.

Jamtvedt et al., (2015, s.24) påpeker at forskning enten kan støtte eksisterende praksis, eller vise til at praksisen bør endres. Det har vært en stor vekst i forskningsaktiviteten innenfor helsefag og fysioterapi de siste tiårene, noe informant A også påpeker. Informant A som har praktisert fysioterapi lengst av de vi intervjuet, påpeker at man må regne med å endre på eksisterende praksis flere ganger i løpet av karrieren, på grunn av kunnskap fra nyere forskning. Alle informantene opplyser at de har endret på eller sluttet å bruke behandlingstiltak hos pasienter med subakromialt impingement syndrom, på grunn av kunnskap fra forskning. Vår oppfatning er at behovet for forskning fortsatt er tilstede i alle felt innen fysioterapifaget, og at denne forskningsveksten vil fortsette. Vi forventer derfor også at vi må endre vår kliniske praktisering i løpet av vår karriere som fysioterapeuter.

Det vil også alltid være begrensinger knyttet til forskning, noe informant B påpeker. Informanten peker på flere årsaker, og sier hun opplever at forskning av og til kan være for generaliserende, og at det ikke tas hensyn til individuelle forskjeller. Hun sier også at det ofte studeres kun på enkelttiltak, men at en i praksis gjerne kombinerer flere tiltak. Vi tenker også at studier kan være for generaliserende, og at det kan være problemer med å anvende forskning i praksis. Likevel er det viktig at studier er utformet slik de er, og at de tar utgangspunkt i et enkelt tiltak. Det er blant annet viktig for å kunne si noe om effekten av tiltaket. Om en kombinerer tiltak, vil det medføre vanskeligheter med å påpeke hvilke tiltak som gir effekt eller om det er kombinasjonen som er avgjørende. Selv om studier som tar for seg enkelttiltak er vanligst, vet vi at det også blir gjort studier hvor behandlingstiltak blir kombinert, eller hvor man studerer effekten av fysioterapi i seg selv som behandlingsform.

Det er vår oppfatning at det enda er behov for forskning, både generelt i fysioterapifaget, men også når det kommer til diagnosen subakromialt impingement syndrom. Erfaring er en viktig kunnskapskilde, og spesielt siden ikke alle fysioterapeutiske tiltak er forsket tilstrekkelig på. Erfaring blir også trukket fram av informantene som en viktig kunnskapskilde. Samtlige sier de bruker behandlingstiltak som de har god erfaring med, men hvor det mangler tilstrekkelig forskning. Informant B påpeker at det alltid vil være en viss grad av placeboeffekt i behandlingen som gis til pasientene. Vi mener det er bra at fysioterapeuter er bevisst på effekten av placebo, og at placebo er noe man kan utnytte i behandlingen. Samtidig er det også viktig å være kritisk til egen behandling, og at en ikke kun baserer seg på erfaring. Kritisk vurdering av egen praksis kan være vanskelig, og oppleves som motstridene til

erfaring, spesielt i tilfeller hvor forskning utfordrer praksis man har brukt over tid. Bruk av erfaringsbasert kunnskap alene kan være uforsvarlig, ettersom det kan føre til feilvurderinger (Jamtvedt et al., 2015, s. 15). Om relevant forskning er tilgjengelig bør det derfor bli tatt i betraktning. Det er likevel viktig at forskningen blir sett i lys av erfaringer. Klinisk erfaring er viktig for å kunne avgjøre om funn fra forskning kan anvendes i praksis for den aktuelle pasientgruppen. Det er som nevnt tidligere en rekke ulike faktorer som er vesentlig for hvordan pasienten responderer på behandling. Vi tror derfor at fysioterapeuters erfaringer er helt vesentlig for å kunne skreddersy et optimalt behandlingsforløp for den enkelte pasient.

Fysioterapeuter er også lovpålagt å la pasientene medvirke i valg av behandling (Pasient og brukerrettighetsloven, 2001, § 3-1). Vår oppfatning er at alle informantene var opptatt av brukermedvirkning og at de ønsket å inkludere pasientens kunnskap ved valg knyttet til behandling. Brukermedvirkning er viktig for at pasienten kan få bidratt med sine kunnskaper, ønsker og preferanser. Vi ser på brukermedvirkning som et viktig element i møte med alle pasientgrupper. Litteratur har pekt på flere positive sider ved brukermedvirkning: Det kan være med på å styrke pasientens selvbilde og motivasjon, som i seg selv kan ha en terapeutisk effekt (Helsedirektoratet, 2017).

Samtidig opplevde informantene at pasientene som oftest ikke har klare meninger knyttet til behandling, og at pasientene ofte ønsker at terapeuten skal ta beslutningene. Jamtvedt et al. (2015, s.196) skriver også at pasientene synes det er naturlig å overlate beslutninger til helsepersonell. En av grunnene til det mener vi er at helsepersonell historisk sett har tatt beslutninger for pasienten, og at det er først i nyere tid at brukermedvirkning og «empowerment» har fått et økt fokus. I tillegg er det sentralt å påpeke at i en terapeut – pasientrelasjon, oppsøker pasienten fysioterapeuten for hjelp i håp om at terapeuten har nødvendig kunnskap på området. Derfor vil det også være naturlig for mange pasienter å la fysioterapeuten ta beslutninger i forhold til behandling.

Enkelte pasienter hadde likevel ønsker knyttet til behandling, og som nevnt var massasje et vanlig ønske. Vi oppfattet at informantene ønsket å etterleve pasientens ønsker hvis det var mulig. Vi mener det er positivt å la pasienten få være med å bestemme valg av tiltak, slik at pasienten blir mer delaktig i behandling, som igjen kan være med å fremme pasientens autonomi. På den andre siden er det viktig at fysioterapeuter ikke underkjenner sin faglige

kompetanse og fraskriver seg ansvar, for å leve opp til pasientens ønsker (Thornquist, 2009, s.66). Informant B påpeker at selv om hun inkluderer pasientens ønsker, er det viktig at behandlingen er effektiv.

Informant C opplever at enkelte pasienter på forhånd har bestemt seg om de vil ha kirurgi eller fysioterapi. Litteraturen vi har funnet viser at det ikke er forskjell eller minimal forskjell mellom konservativ behandling og kirurgi (Beard et al., 2018) (Paavola et al., 2018) (Holmgren et al., 2012). Konservativ behandling er også mer kostnadseffektivt, knyttet til lavere risiko for komplikasjoner, og blir derfor anbefalt framfor skulderkirurgi (Brox et al., 1993) (Ketola et al., 2013). Vi tenker derfor at det er viktig å informere pasienter som ønsker operasjon, om kirurgi og konservativ behandling. Informant C forteller at hun ønsker ofte å snu pasienters ønske om operasjon, til å velge fysioterapi. Innledningsvis nevnte vi at muskel og skjelettplager er den gruppen plager og lidelser som koster samfunnet mest penger (Lerum et al., 2013, s. 3). Vi mener derfor det er viktig at fysioterapeuter informerer og prøver å forklare ovenfor pasienten, hvorfor fysioterapi kan være mer hensiktsmessig, ikke bare ved skulderplager, men generelt ved muskel og skjelettplager hvor operasjon ikke er anbefalt framfor konservativ behandling.

For å invitere og bidra til brukermedvirkning, blir informasjon om behandlingstiltak brukt av informantene. På den måten har pasienten bedre grunnlag for å kunne delta i valg av behandling. Kommunikasjon og informasjon blir vektlagt som viktig element i behandling i litteraturen vi fant (Martina Hansens Hospital, 2016) fordi det fremmer tillit, trygghet, forståelse og egenmestring hos pasienten. Som nevnt påpeker informant B viktigheten av å skape en god relasjon, og at en må høre på hva pasienten sier. God relasjon mellom terapeut og pasient støttes også opp av forskning (O'Keeffe et al., 2016), og kan være med på å forsterke behandlingstiltakene som settes i gang. Informant C forteller blant annet at pasienter som har gått til fysioterapi over tid, som opplever de har fått dårlig oppfølging, og som ikke har blitt bra, ofte ønsker å bytte fysioterapeut hvis de skal fortsette med fysioterapi. Vi tenker derfor at god oppfølging og relasjon med pasienten er viktig for pasientens bedring, opplevelse og tro på fysioterapi som behandlingsform.

### **5.2.6 Balansere mellom de ulike kunnskapskildene**

Alle informantene påpeker viktigheten av kunnskap fra forskning, men informant A og B påpeker også at det ikke alltid er enkelt å anvende kunnskapen i praksis. Informant A trekker frem at det er vanskeligere å anvende forskningsbasert kunnskap på pasienter med komplekse problemstillinger. En psykomotorisk fysioterapeut møter antakeligvis flere pasienter med sammensatte og komplekse problemstillinger sammenlignet med en almenpraktiserende fysioterapeut. Likevel skriver Jamtvedt et al., (2015, s. 14) at fysioterapeuter ofte formidler vansker med å bruke forskningsbasert kunnskap i praksis.

Informant B trekker fram som nevnt, at forskning ofte kan bli for snevert og generaliserende. Det kan tenkes at utsagnet har noe sannhet i seg, og at pasientene som ønsker behandling for plagen, ikke alltid oppfyller kriteriene som blir brukt i forskningsprosjektene. Selv om pasientgruppen har samme diagnose, vil deres individualitet og kontekstuelle faktorer gjøre det vanskelig å velge samme behandlingsforløpet. Fysioterapeuter må derfor bruke egne erfaringer, og inkludere pasienten i behandlingens utforming.

For å behandle impingement må fokuset være rettet mot årsak, og behandlingstiltak således. Forskningsbasert kunnskap er i denne sammenheng viktig. Det burde likevel ikke medføre at andre tiltak utelukkes. Alle informantene forteller som sagt, at de bruker behandlingstiltak som de har god erfaring med, men som ikke har dokumentert effekt eller som mangler tilstrekkelig forskning. Informant B sier at mange har forventninger når de går til fysioterapi, blant annet det å bli tatt på. Både informant B og C sier de bruker massasje på smertepregede pasienter med subakromialt impingement syndrom. Om en ved å inkludere massasje i behandlingen oppfyller en forventning, skaper bedre relasjon, og/eller reduserer smertene, vil vel også det være hensiktsmessig. Alle informantene kombinerer de ulike kunnskapskildene, og det tror også vi er viktig i behandlingen av diagnosen.

## 6.0 Konklusjon

I denne oppgaven har vi belyst problemstillingen: *Hvordan bruker fysioterapeuter forskningsbasert kunnskap, erfaringskunnskap og brukerkunnskap i sine behandlingstilnæringer til pasienter med subakromialt impingement syndrom?*

Det vi har funnet ut etter å ha intervjuet tre fysioterapeuter med og uten spesialisering, er at kunnskapskildene blir kombinert i praksis. Både generelt og for å behandle pasienter med subakromialt impingement syndrom. Forskningsbasert kunnskap blir vektlagt høyt, og alle informantene er opptatt av å holde seg faglig oppdatert. Det har skjedd en stor vekst innen forskning de siste årene, og det har for alle informantene medført en endret praksis. Selv om det forskers mer enn noen gang, er kunnskapsgrunnlaget for mange tiltak enda for svakt og tvetydig til å komme med en klar anbefaling. Erfaringsbasert kunnskap er på grunn av manglende forskning ofte nødvendig å ta i bruk for å finne aktuelle behandlingstiltak. Samtidig kan forskning være vanskelig å anvende i praksis. Informantene bruker derfor også tiltak som ikke har grunnlag fra forskning, men som de gjennom erfaring har opplevd hensiktsmessig. Brukerkunnskap blir sett på som viktig av informantene, men de opplever ofte at pasientene ikke har noen formening eller ønske knyttet til behandling av subakromialt impingement syndrom. Brukerperspektivet blir likevel tatt hensyn til i tjenesten. For å invitere til brukermedvirkning ble informasjon om behandling trukket fram som et eksempel. På denne måten får pasienten et bedre grunnlag for å aktivt kunne delta i valg av behandling.

Vi har gjennom vår oppgave både fått bekreftet egne tanker rundt emne, men også fått en bedre forståelse av de ulike kunnskapskildene, og hvordan de kombineres ved behandling av subakromialt impingement syndrom. Vi har funnet ut at det er helt nødvendig å kombinere kunnskapskildene. Vi mennesker er forskjellige på mange plan, og krever derfor ulik tilnærming for å gi et optimalt behandlingsforløp for den enkelte.



## Litteraturliste

- Abdulla, S. Y., Southerst, D., Côté, P., Shearer, H. M., Sutton, D., Randhawa, K., ... Taylor-Vaisey, A. (2015). Is exercise effective for the management of subacromial impingement syndrome and other soft tissue injuries of the shoulder? A systematic review by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMA) Collaboration. *Manual Therapy*, 20(5), 646-656. <https://doi.org/10.1016/j.math.2015.03.013>
- Bahr, R., McCrory, P., Bolic, T. & Prøis, L.-A. (2014). *Idrettsskader : diagnostikk og behandling*. Bergen: Fagbokforl.
- Beard, D. J., Rees, J. L., Cook, J. A., Rombach, I., Cooper, C., Merritt, N., ... Carr, A. J. (2018). Arthroscopic subacromial decompression for subacromial shoulder pain (CSAW): a multicentre, pragmatic, parallel group, placebo- controlled, three- group, randomised surgical trial. *The Lancet*, 391(10118), 329-338. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32457-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32457-1)
- Braun, C., Hanchard, N. C., Batterham, A., Handoll, H. & Betthausen, A. (2016). Prognostic Models in Adults Undergoing Physical Therapy for Rotator Cuff Disorders: Systematic Review. *Phys. Ther.*, 96(7), 961-971. <https://doi.org/10.2522/ptj.20150475>
- Brox, J. I., Staff, P. H., Ljunggren, A. E. & Brevik, J. I. (1993). Arthroscopic surgery compared with supervised exercises in patients with rotator cuff disease (stage II impingement syndrome). *British Medical Journal*, 307(6909), 899. <https://doi.org/10.1136/bmj.307.6909.899>
- Chester, R., Shepstone, L., Daniell, H., Sweeting, D., Lewis, J. & Jerosch-Herold, C. (2013). Predicting response to physiotherapy treatment for musculoskeletal shoulder pain: a systematic review. I *BMC Musculoskelet. Disord.* (Vol. 14).
- Dahl, H. A. (2010). *Menneskets funksjonelle anatomi : med hovedvekt på bevegelsesapparatet* (3. utg. utg.). Oslo: Cappelen akademisk.
- Diercks, R., Bron, C., Dorrestijn, O., Meskers, C., Naber, R., De Ruiters, T., ... Van Der Woude, H. J. (2014). Guideline for diagnosis and treatment of subacromial pain syndrome. *Acta Orthopaedica*, 85(3), 314-322. <https://doi.org/10.3109/17453674.2014.920991>
- Dong, W., Goost, H., Lin, X.-B., Burger, C., Paul, C., Wang, Z.-L., ... Kabir, K. (2015). Treatments for shoulder impingement syndrome: a PRISMA systematic review and network meta-analysis. *Medicine*, 94(10), e510-e510. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000000510>

- Folkehelseinstituttet. (2018). *Folkehelse rapporten – kortversjon Helsetilstanden i Norge 2018* (Rapport 2018). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Friis, S. (1999). *Fra idé til prosjekt : en innføring i klinisk forskning* (2. utg. utg.). Oslo: Tano Aschehoug.
- Giangarra, C. E. & Manske, R. C. (2017). *Clinical Orthopaedic Rehabilitation: A Team Approach E-Book* (Fourth edition. utg.)United States: Elsevier.
- Gold, G. E., Pappas, G. P., Blemker, S. S., Whalen, S. T., Campbell, G., McAdams, T. A. & Beaulieu, C. F. (2007). Abduction and external rotation in shoulder impingement: an open MR study on healthy volunteers—initial experience. *Radiology*, 244(3), 815-822. <https://doi.org/10.1148/radiol.2443060998>
- Hanratty, C. E., McVeigh, J. G., Kerr, D. P., Basford, J. R., Finch, M. B., Pendleton, A. & Sim, J. (2012). The Effectiveness of Physiotherapy Exercises in Subacromial Impingement Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 42(3), 297-316. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2012.03.015>
- Hawk, C., Minkalis, A. L., Khorsan, R., Daniels, C. J., Homack, D., Gliedt, J. A., ... Bhalerao, S. (2017). Systematic Review of Nondrug, Nonsurgical Treatment of Shoulder Conditions. *Journal of manipulative and physiological therapeutics*, 40(5), 293. <https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2017.04.001>
- Helsedirektoratet. (2017, 17 oktober). Brukermedvirkning. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning>
- Holmgren, T., Björnsson Hallgren, H., Öberg, B., Adolfsson, L. & Johansson, K. (2012). Effect of specific exercise strategy on need for surgery in patients with subacromial impingement syndrome: randomised controlled study. *BMJ*, 344(14). <https://doi.org/10.1136/bmj.e787>
- Jamtvedt, G., Hagen, K. B. & Bjørndal, A. (2015). *Kunnskapsbasert fysioterapi : metoder og arbeidsmåter* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Juel, N. G. & Natvig, B. (2014). Shoulder diagnoses in secondary care, a one year cohort, 15(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2474-15-89>
- Ketola, S., Lehtinen, J., Rousi, T., Nissinen, M., Huhtala, H., Konttinen, Y. T. & Arnala, I. (2013). No evidence of long-term benefits of arthroscopicacromioplasty in the treatment of shoulder impingement syndrome: Five-year results of a randomised controlled trial. *Bone & joint research*, 2(7), 132. <https://doi.org/10.1302/2046-3758.27.2000163>

- Kibler, W. B., Ludewig, P. M., McClure, P. W., Michener, L. A., Bak, K. & Sciascia, A. D. (2013). Clinical implications of scapular dyskinesis in shoulder injury: the 2013 consensus statement from the 'scapular summit'. *British Journal of Sports Medicine*, 47(14), 877. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2013-092425>
- Kooijman, M., Barten, D., Swinkels, I. C. S., Kuijpers, T., de Bakker, D., Koes, B. & Veenhof, C. (2015). Pain intensity, neck pain and longer duration of complaints predict poorer outcome in patients with shoulder pain - a systematic review. I *BMC Musculoskeletal Disord.* (Vol. 16).
- Kvale, S. (2007). *Doing interviews*. London: SAGE Publications.
- Lerum, 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* (MTS-rapport 1/2013). Hentet fra [http://www.formi.no/images/uploads/pdf/rapport\\_mussp\\_online.pdf](http://www.formi.no/images/uploads/pdf/rapport_mussp_online.pdf)
- Luime, J., Koes, B., Hendriksen, I., Burdorf, A., Verhagen, A., Miedema, H. & Verhaar, J. (2004). Prevalence and incidence of shoulder pain in the general population; a systematic review. I (Vol. 33, s. 73-81): Taylor & Francis.
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795-805. <https://doi.org/10.1177/1403494812465030>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Martina Hansens Hospital. (2016). *Subakromiale smerter - fysioterapi* (1.0). Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/fysioterapi-for-subakromiale-smerter>
- Michener, L. A., Walsworth, M. K. & Burnet, E. N. (2004). Effectiveness of rehabilitation for patients with Subacromial impingement syndrome: a systematic review. *Journal of Hand Therapy*, 17(2), 152-164. <https://doi.org/10.1197/j.jht.2004.02.004>
- Natvig, B., Nessiøy, I., Bruusgaard, D. & Rutle, O. (1994). Musculoskeletal complaints in a population. Occurrence and localization. *Tidsskrift for den Norske laegeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny række*, 114(3), 323-327.
- Neer, C. (1972). Anterior acromioplasty for the chronic impingement syndrome in the shoulder: a preliminary report. *JBJS*, 54(1), 41-50.

- NFF. (2015, mai 20). NFFs yrkesetiske retningslinjer. Hentet fra <https://fysio.no/Forbundsforviden/Jus-arbeidsliv/Aktuelle-tema/Etikk/NFFs-yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok* (2. utg. utg.). Oslo: Akribe.
- O'Keeffe, M., Cullinane, P., Hurley, J., Leahy, I., Bunzli, S., O'Sullivan, P. & O'Sullivan, K. (2016). What Influences Patient-Therapist Interactions in Musculoskeletal Physical Therapy? Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis. *Phys. Ther.*, 96(5), 609-622. <https://doi.org/10.2522/ptj.20150240>
- Paavola, M., Malmivaara, A., Taimela, S., Kanto, K., Inkinen, J., Kalske, J., ... Järvinen, T. L. N. (2018). Subacromial decompression versus diagnostic arthroscopy for shoulder impingement: randomised, placebo surgery controlled clinical trial. *BMJ (Clinical research ed.)*, 362, k2860. <https://doi.org/10.1136/bmj.k2860>
- Pasient og brukerrettighetsloven. (2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL\\_3#%C2%A73-1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#%C2%A73-1)
- Ratcliffe, E., Pickering, S., McLean, S. & Lewis, J. (2014). Is there a relationship between subacromial impingement syndrome and scapular orientation? A systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 48(16), 1251. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2013-092389>
- Simons, S. M., Kruse, D. & Dixon, B. J. (2019). Shoulder impingement syndrome. I K. B. Fields (Red.), *UpToDate*. Hentet 05.04.2019 fra <https://www.uptodate.com/contents/shoulder-impingement-syndrome>
- Sundell, T. (2019). *Utviklingen i sykefraværet, 4. kvartal 2018*. Hentet fra <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/Sykefravar+-+statistikk/Sykefravar>
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Walch, G., Boileau, P., Noel, E. & Donell, S. T. (1992). Impingement of the deep surface of the supraspinatus tendon on the posterosuperior glenoid rim: an arthroscopic study. *Journal of shoulder and elbow surgery*, 1(5), 238-245. [https://doi.org/10.1016/S1058-2746\(09\)80065-7](https://doi.org/10.1016/S1058-2746(09)80065-7)
- Young-Ran, Y. (2017). Effectiveness of massage therapy for shoulder pain : a systematic review and meta-analysis. *Journal of Physical Therapy Science*, 29(5), 936-940. <https://doi.org/10.1589/jpts.29.936>

# Vedlegg

## Vedlegg 1 - Samtykkeerklæring

Informert samtykke til deltakelse i bachelorprosjekt i fysioterapi

Student: XXX og XXX

Veileder: XXX

Informasjon om bachelorprosjekt:

Prosjektet har som intensjon å undersøke hvordan de ulike kunnskapskildene blir kombinert i behandlingstilnærmingen hos pasienter med subakromialt impingement syndrom. Dette skal gjøres ved å gjennomføre kvalitative intervjuer med tre erfarne fysioterapeuter.

Foreløpig problemstilling: Hvordan kombinerer fysioterapeuter forskningsbasert kunnskap, erfaringskunnskap og brukerkunnskap i sine behandlingstilnærminger til pasienter med subakromialt impingement syndrom?

Intervjuene vil finne sted imellom uke 16 – 19, og frist for innlevering av oppgave er 21.05.2019. Intervjuene vil tas opp med opptaker ved bruk av telefon, for så å bli skrevet ned/transkribert. Opptakene vil bli slettet ved innlevering av oppgaven, og informantene vil bli anonymiserte i alle aspekter av bachelorprosjektet. Informantene har rett til innsyn i sitt eget intervju. Informanten må selv be om å få tilsendt intervjuet. Alle informantene kan etter ønske få tilsendt oppgaven etter innlevering. Du kan når som helst trekke ditt samtykke til deltakelse uten å oppgi grunn.

For spørsmål: XXX Tlf: XXX

Bekreftelse på informert samtykke:

Jeg bekrefter med dette at jeg har fått informasjon om gjeldende bachelorprosjekt og sier meg villig til å delta i undersøkelsen:

Sted, Dato:.....

Informant:.....

Student:.....

## Vedlegg 2 – Intervjuguide

### Bakgrunn informant

Kan du fortelle om din bakgrunn (kurs, spesialisering)? Hvor lenge har du jobbet som fysioterapeut/evt. spesialisering?

Hvor lenge har du jobbet med denne pasientgruppen?

### **Generelt om SI**

#### Pasienter med subakromialt impingement syndrom?

Kan du prøve å beskrive en pasient med subakromialt impingement?

- Hvordan er skulderfunksjon hos pasient med SI?
- Smerter hos en pasient med SI
- Hvordan påvirker SI pasientens mulighet for aktivitet og deltagelse?

### *Fysioterapeutiske tiltak*

#### **Mål**

Lager du mål for behandlingen?

- Hvordan kommer du fram til målene?
- Hva kan typisk målsetting være?

### **Behandling**

Kan du beskrive hvilke overordnende prinsipper som er viktige ved behandling av en pasient med SI?

- Hvordan kan et behandlingsløp være?
  - o Hvor mange behandlinger og hvor lenge har du vanligvis med en pasient med SI?
    - Prognose i forhold til funksjon og smerte
    - Forløp i forhold til funksjon og smerte
- Hvordan kan en behandlingstime være?
  - o Hva legger du til grunn for valg av tiltak for en pasient med SI?
    - Er det andre tiltak du bruker i behandling?

### Info til informant før videre spørsmål

Før vi går videre til de neste spørsmålene må vi spesifisere noen begreper, slik at vi er enige om hva som ligger i dem. Det vi tenker på er kunnskapsbasert praksis, er du kjent med dette? Det innebærer at fagutøvere bruker ulike kunnskapskilder i praksis;

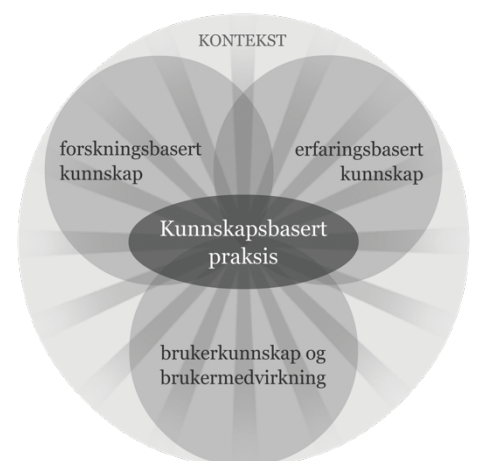
- Erfaringsbasert kunnskap
  - o (kunnskap du har tilegnet deg gjennom erfaring, gjennom praksis og det å praktisere)
- Forskningsbasert kunnskap
  - o (kunnskap du har tilegnet deg gjennom å lese fagartikler, søke i databaser o.l.)
- Bruerkunnskap (Pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen, invitere bruker til å bidra med sin kunnskap og sine prinsipper i valg og utforming av tjenester)

### **Kunnskapskilder**

Hvilke kontekstuelle faktorer (miljøfaktorer og personlige faktorer) er vesentlig å ta hensyn til når du skal velge hvilke kunnskaper du skal benytte deg av?

BFY330

Kandidatnummer: 302 & 322 Innleveringsfrist: 21.05.19



- Eksempel på miljøfaktorer: forhold i pasients omgivelser som påvirker pasientens helsetilstand (arbeidsforhold, familie, venner, bolig, holdninger etc.)
- Eksempel på personlige faktorer: kjønn, alder, andre helsetilstander, fysisk form, livsstil, vaner, mestringsmåter, sosial opprinnelse, livserfaringer, atferdsmønster, karakteregenskaper

### **Erfaringsbasert kunnskap**

Bruker du behandlingstiltak som du har god erfaring med, men som ikke har dokumentert effekt eller hvor det mangler tilstrekkelig forskning.

### **Forskningsbasert kunnskap**

Er det behandlingstiltak du har brukt tidligere, men som du har endret på/sluttet å bruke pga. kunnskap fra nyere forskning?

### **Bruerkunnskap**

- Hvordan opplever du at denne pasientgruppen ønsker å involveres i beslutningen av valg av behandling?
  - o Om pasienten har meninger/ønsker i forhold til behandlingen;
    - Hva slags meninger/ønsker er vanlige?
    - Hvordan kombinerer du egne tanker om intervensjon og pasientens ønsker?
  - o Om pasienten ikke har meninger/ønsker i forhold til behandlingen;
    - Inviterer du da til brukermedvirkning og evt. hvordan gjør du det?

Hva er utfordringen når du skal balansere mellom de ulike kunnskapene?

Kommer du på noe som vi ikke har snakket om i dag, men som du tenker kan være relevant for vår oppgave?

### **Vedlegg 3 - Transkripsjon av intervju nr. 1**

S1: Student 1

S2: Student 2

A: Informant

**S1: Kan du fortelle litt om din bakgrunn? Som kurs, spesialisering og sånn type ting?**

XXX

**S1: Så hvor lenge har du jobbet med denne her pasientgruppen, subakromialt impingement?**

A: Jeg har vel egentlig aldri jobbet spesifikt med det, men i tilfeller jeg har jobbet med det så har det vært en del av en hel problemstilling, eller en annen problemstilling i bunn også har dem hatt det i tillegg. Fordi at jeg har jobbet mest med folk med utbredte muskelplager da, altså all over, det ligger jo litt i det av at jeg er psykomotorikker.

**S1: Kan du prøve å beskrive en pasient med subakromialt impingement?**

A: Subakromialt impingement er som regel det at skulderen glir fram også blir det avklemming av strukturene som ligger mellom acromion og humerus, også kan det vel være forskjellige grader av komplikasjoner i det. Enten at det bare er en ren avklemming og det kan være at det har blitt noe mer slitasje og avrivning. Men det er vel denne her fram glidningen som gjør at folk jobber eller bruker skulderen i et uhensiktsmessig mønster, også blir det slitasje på strukturene under eller bare det at dem er i den stillingen gjør jo at du ikke får opp armene når du er der. Så ja, litt enkelt sagt.

**S1: Hvordan er skulderfunksjonen hos en typisk pasient med subakromialt impingement?**

A: Ja det må jo være, altså nå var det jo litt sånn feil men, det blir veldig reduserte fleksjon, bevegeligheten blir redusert fordi at du får den der innadroterte stillingen i skulderleddet.

**S1: Hvordan er smerter hos denne pasientgruppen?**

A: Nei det kommer jo an på hva som blir klemt, også kommer det an på hvor lenge dem har gått med det, det er vel kanskje blant dem største faktoren, og hvor gammel dem er, hva slags jobb dem har, hvordan dem har levd, og når i forløpet dem blir fanget opp.

BFY330

Kandidatnummer: 302 & 322 Innleveringsfrist: 21.05.19



**S1: Hvordan påvirker subakromialt impingement pasientens mulighet for aktivitet og deltagelse?**

A: Du vil få en begrenset funksjon i skulderen, og for en del så går det bra, bare for å ha sagt det. Det er klart at det er mange som lever godt med en feil eller en ikke fult, så det kommer jo an på andre sårbarhets faktorer. Men hvor mye er det nødvendig at dem belaster i statisk arbeid? Hvor spent er dem også videre.

**S1: Da kan vi gå litt videre til fysioterapeutiske tiltak og mål for eksempel da. Hvis du har en pasient med subakromialt impingement lager du da mål for behandlingen?**

A: Ja det gjør jeg uansett. Uansett hva som feiler pasienten så må man sette opp mål, og da vil som regel eller hvis du tenker psykomotorisk fysioterapi da, så vil det være et delmål med å bedre funksjonen i den skulderen.

**S1: Så hvordan kommer du fram til målene?**

A: Det er vel forsket ganske mye på impingement, og de har vel funnet ut at konservativ behandling er bedre enn operasjon. For før tok de bort deler av acromion, i hvert fall hvis det ikke er noen skade på muskulaturen så er det trening som er behandlingen, og da må det på en måte være øvelser. Altså du må på en måte for å si det litt enkelt, du må strekke den stramme muskulaturen også må du styrke den svake på baksiden av skulderen, sånn at man får nullstilling i leddet. For som regel så er det stramt i pectoralene, også er det for svak muskulatur eller for stram muskulatur. I mitt tilfelle så kommer det an på hvordan resten av problemstillingen til pasienten er, og hvor spent er pasienten. For at når vi jobber med psykomotorisk så må du tenke litt mer langsiktig. Vi tenker sånn bottom up, vi begynner med beina bokstavelig talt. Så da må vi på en måte se hvordan er belastningsforholdene i kroppen forøvrig. Men det er klart at noen ganger så må vi også tenke sånn at her er det viktig å begynne å jobbe litt med den her skulderen, hvis det ikke er noen andre ting som tilsier at det ikke er bra. Sånn at den plagen ikke blir for plagsom for pasienten.

S2: Så skulderen er som regel delmål som du sa, også er siden de kommer til deg som er psykomotorikker, så er det mer at helmålet er hele kroppen?

A: Ja da tenker vi sånn bedre fleksibilitet og bedre avspenning. Altså i psykomotorisk fysioterapi så jobber vi for at folk skal stå bedre på beina. Og det høres jo litt sånn (liten pause), men det betyr hvis jeg skal prøve å forklare det, at funksjonen i beina er sånn at den

ikke blir til hinder for bevegelse lenger opp i systemet, hvis vi kan si det sånn. Men det er klart at det er ikke sånn at vi følger et skjema, så vi må på en måte se hver enkelt pasient an og vurdere hver enkelt pasient, og se hvordan henger spenningsmønsteret til den her pasienten sammen med skulderen?

**S1: Nå har du kanskje sagt noe som kommer igjen, men hvis du har noe mer å tilføye da. Kan du beskrive noen overordnede prinsipper som er viktig ved behandling av pasient med subakromialt impingement?**

A: Få skulderen i nøytral stilling er på en måte punkt en. Det vil ofte innebære at man har tøyd på stram muskulatur, også må du prøve å styrke den muskulaturen som stabiliserer, sånn spesifikt, spesifikt stabiliserende øvelser av skulderen, og tøye på det stramme, veldig enkelt sagt.

**S1: Hvordan kan et behandlingsforløp være?**

A: Da tenker du på impingement?

S1: Ja litt spesifikt ja.

A: Jeg begynner med veldig lette øvelser. For å få inn den riktige funksjon, for på en måte å få pasientene til å få kontakt med den muskulaturen som har vært ute av drift. Sånn som man har utadrotatorene i skulderen, så må man få dem inn først. Også er det mange gjentakelser altså med sirkulasjonstrening til å begynne med, til vedkommende på en måte har fått tak i og kan på en måte få skulderen tilbake uten å kompensere. For at hvis man begynner og skal prøve å bruke ryggen, mange kompenserer jo med ryggen når dem skal ha inn skulderen. Skal man ha inn skulderen spesifikt så må du få inn utadrotatorene. Først sånn og få god sirkulasjon og kontakt, så kan du begynne å tenke mer styrke etter hvert. Også samtidig da tøye den stramme muskulaturen. Også har du en av mine kjepphester da i psykomotorisk fysioterapi, det er at veldig mange som har nedsatt bevegelse i øvre del av ryggen, av dem som har skulderplager. Og at de har veldig ofte god funksjon i korsryggen, også er det veldig stramt her, sånn at da må du også tenke bevegelse i øvre del av rygg spesifikt. Det jobber vi mye med i psykomotorisk, for da tenker vi bevegelse brystkasse, men hvis brystkassen skal bli bevegelig, så henger jo den på brystryggen så da får du på en måte det med. Sånn at det er fine greier, rett og slett.

**S1: Hvor mange behandlinger og hvor lenge har du vanligvis en pasient med subakromialt impingement?**

A: Ja nå er det jo sånn at psykomotorisk behandling, vi har jo pasienter med veldig sammensatte problemstillinger, og ofte folk med traumer, så da er det jo ja hvis jeg skal si, da er det over år, alt etter hvor skadet dem er. Men jeg kan gi dere et lite eksempel for jeg har faktisk hatt en pasient som hadde en frozen shoulder i utgangspunktet, med typisk den stillingen og smerter. Da jobbet vi faktisk først i to år med en annen problemstillingen, så kunne vi jobbe med skulderen til slutt. Sånn at du kan ikke begynne med en frozen shoulder hos en pasient som har la oss si en traume historie med masse spenninger i kroppen, da må du kanskje ta det i omvendt rekkefølge. Da må du tenke helt annerledes enn hvis du har pasienter som har en isolert impingement. Da kan du jobbe med det, men det er ikke bestandig du kan begynner å jobbe med det. Fordi at det her var faktisk en pasient som trengte to år før jeg kunne ta på henne. Fordi at hun tålte ikke berøring til å begynne med, det tok to år.

S2: Men vil du si at det er et vanlig tilfelle, eller er det ekstremt?

A: Du kan si at det er faktisk ganske vanlig når det gjelder folk med store traumer, så ja det er ikke så uvanlig.

S1: Kan du gå litt tilbake til før du fikk psykomotorisk utdanningen, hvordan prognose og sånt var da, da fikk du kanskje litt andre typer.

A: Vet du, da var det rett og slett sånn at på, for det er 80- tallet sant, så da så det litt annerledes ut, rett og slett så klart verden har jo utviklet seg. Da jeg gikk på fysioterapiskolen var det jo overhodet ikke forsket i det hele tatt på noen ting, alt var erfaringskunnskap. Så det er vel på en måte det som har endret seg i løpet av min fysioterapi karriere. At vi startet kun med erfaringsbasert kunnskap, også har det på en måte kommet etter hvert. Det her med å trekke pasienten inn, det har jo også kommet etter hvert. Det er klart vi tenkte jo, det var jo selvfølgelig dialog med pasienten, men du vet vi hadde ikke masse teorier, på det vi gjorde. Teoriene var basert på erfaring.

S1: Ja, så det var veldig forskjellig da utfra hver fysioterapeut?

A: Ja.

S1: Hva slags behandling pasientene fikk?

A: Ja. Men det er klart anatomien var jo den samme, sånn at og det er klart at det var oppleste og vedtatte sannheter den gangen å. Men det er klart at det var mindre retningslinjer i forhold til muskel og skjelettplager.

**S1: Prognose og forløp, hvordan er det i forhold til funksjon og smerte?**

A: Ja det er vel sånn at når du får en stabil skulder, og får endret funksjonen så vil det som regel gjøre noen ting med, at i hvert fall uansett hva man kan snakke om, så blir som regel først funksjonen bedre også etter hvert blir det mindre smerte. Men det gjelder jo grunnen samme hva man jobber med innen fysioterapi.

**S1: Hvordan kan en behandlingstid være? Men da blir det sånn hvis du jobber spesifikt da.**

A: Hvis jeg jobber spesifikt, da vil jeg først tenke oppvarming, sånn generell oppvarming. Også jobbe med oppvarming av utadrotatorene, også oppvarmingsøvelsene, mange gjentakelser. Og øvelser for bevegelighet i bryst/rygg også etter hvert så blir balansen mellom styrke og sirkulasjon endret, etterhvert som funksjonen blir bedre.

**S1: Hva legger du til grunn for valg av tiltak for en pasient med impingement?**

A: Hva jeg legger til grunn?

S1: Ja.

A: Ja det er jo undersøkelsen, som man bestandig må legge til grunn. Det er klart hvis det er en ren impingement så må man jobbe med det. Men så må du også undersøke ryggen og muskulaturen for å se hva er stramt, og hvordan er lengden. Man må gjøre en fullstendig funksjonsundersøkelse av all muskulatur som er, bare for å ta et eksempel til da. Latissimus starter jo nede her ikke sant, den ligger jo her, så du må sjekke all muskulaturen som er relatert til skulderen. Og det er klart sånn i psykomotorisk så har vi jo veldig fokus på det med pust, det har jeg ikke nevnt. Det vil du på en måte, hvis det er en pasient som har veldige, ja la oss si, har en veldig høycostal pust, så vil det gjøre noe med skulderfunksjonen. Og det gjør jo noen ting med ryggen. Så du må se på helheten. Du må undersøke holdning, funksjon, pust, hele greia. Både se hva er det som virker inn på denne her skulderen, hva må vi jobbe med. Noen ganger så må du ha med beina der og, selv om det er en vanlig dødelig person som kanskje er veldig kort på baksiden, så må man tenke litt helhetlig. Så det må man gjøre uansett. Du må vurdere funksjonen fra topp til tå, også se hvor skal jeg begynne.

**S1: Da kan vi gå videre. Du var kjent med kunnskapsbasert praksis eller?**

A: Ja.

S1: Eller vil du at vi skal gjenta det, sånn hva det innebærer?

A: Ja du kan gjerne gjenta det.

S1: Ja for å få felles forståelse av begrepene. Erfaringsbasert kunnskap er kunnskap du har tilegnet deg gjennom erfaring, gjennom praksis og det å praktisere. Forskningsbasert du har tilegnet deg gjennom å lese fagartikler, søke databaser og lignende. Brukerkunnskap der pasientens ønske og behov i den gitte situasjonen, inviterer bruker til å bidra med sin kunnskap og sine prinsipper i valg og utforming av tjenester. For nå skal vi gå litt mer inn på det, og det er jo det vår bachelor handler om. **Så første spørsmål da, hvilke kontekstuelle faktorer altså miljøfaktorer og personlige faktorer er vesentlig å ta hensyn til når du skal velge hvilke kunnskaper du skal benytte deg av? Av de her tre.**

A: Da tenker du i forhold til min arbeidssituasjon?

S1: Ja

A: Ja altså du må få til hvis du ser på grad av belastning, altså hva har pasienten med seg. Det er på en måte grad av belastning, sånn at hvis det bare er skulderen så blir det en situasjon og har man masse tilleggsfaktorer, hvis det er plager i hele kroppen og en vanskelig sykehistorie og psykiske belastninger også videre, så må du jo tenke litt annerledes, utfra min arbeidssituasjon.

S2: Siden pasientene er jo forskjellige, så det er jo sikkert forskning som sier noe om at det her funker på den pasientgruppen, men så er de forskjellige så det vil nødvendigvis ikke fungere på alle, så hvordan er det du kan dra inn erfaring og de andre kunnskapskildene?

A: Jo det er jo klart det at man må jo på en måte bruke litt hva skal man si, en sjette sans i veldig mange tilfeller og for å vite hvordan du skal, altså basert på den kunnskapen du har så må du få en, du kan ikke bestandig følge en sånn smørbrød liste, i min situasjon. Du må gripe det an der det går. Men det er klart at i enkelte tilfeller så kan du begynne rett på, så kan det være en ypperlig inngangsport, for da blir det noe konkret.

S2: Men du tenker på skulderen?

A: Ja, men andre ganger kan du det ikke.

**S1: Bruker du behandlingstiltak som du har god erfaring med men som ikke har dokumentert effekt, eller hvor det mangler tilstrekkelig forskning?**

A: Psykomotorisk fysioterapi mangler jo mye forskning, bare for å ha sagt det. Så det er klart det er jo per definisjon, det har kommet to kvantitative studier nå i fjor, eller en i fjor og en i år. Sånn at vi ligger helt i starten på psykomotorisk. Sånn at jeg sper på med andre ting som, altså jeg bruker det jeg kan. Jeg tenker ikke at jeg kun jobber psykomotorisk, så hvis jeg

kommer på at her kan jeg bruke noe fra det og noe fra det så gjør jeg det. Sånn at jeg bruker jo den kunnskapen jeg har, for å tilnærme meg pasientene. Det vil jeg tro at alle fysioterapeuter gjør, for det er ikke alt som det er forsket godt nok på i dag. Sånn er det dessverre.

**S1: Er det behandlingstiltak som du har tidligere brukt men som du har endret på eller sluttet å bruke på grunn av kunnskap fra forskning?**

A: Ja (ler).

S1: Kan du gi noen eksempler.

A: Jeg kan jo bare, det her er historie ikke sant. På 80-tallet, da var det ved behandling av rygg, da lærte vi rytmisk stabilitet, og det var stabilitet på hver side over midtlinjen mens pasienten sto i firefotsstående, det var veldig hot den gangen. Men altså, forskning viser jo at du skal gå andre veier enn det du har gjort før. Jeg har endret på absolutt alt jeg har gjort helt i fra tidenes morgen vil jeg si. Jeg jobber helt annerledes enn jeg gjorde da jeg var ferdig på fysioterapiskolen, uten sammenligning forøvrig. Det må man jo regne med å gjøre, og det har jeg gjort egentlig veldig mange ganger i løpet av karrieren. Det er på en måte mange epoker, sånn at jeg har på en måte skiftet ham mange ganger som fysioterapeut.

S1: Ja det må sikkert vi også gjøre når vi kommer ut.

A: Det vil jeg tro.

S2: Men synes du det er greit å klare å holde seg oppdatert?

A: Ja det er helt nødvendig, for det kommer jo så mye nytt. Så jeg er sjeleglad for at jeg tok den her masteren, og det viktigste med det var egentlig å bli vant til det å hente kunnskap og fiske i fagartikler og søke, hva har skjedd nå. Men nå får vi jo det mye enklere, også via la oss si fysioterapeuten, det fagbladet er på et helt annet nivå nå enn det var den gangen. Men det er klart jeg har en del ting som henger nok sikkert igjen, så man blir aldri utlært.

S2: Nei man gjør jo ikke det. Men hvor finner du, hvis du skal finne forskning og sånt.

A: Da går jeg som regel inn på pubmed eller noe sånt, eller helsebiblioteket. Der har dem jo masse søkemotorer. Så det var veldig enkelt jeg når jeg jobbet på sykehuset, for da hadde jeg tilgang til det meste. Men du har en god del på helsebiblioteket som du kan søke opp.

**S1: Litt på brukerkunnskap, hvordan opplever du at den her pasientgruppen ønsker i å involveres i beslutninger av valg av behandling?**

A: Helt generelt så synes jeg at de fleste pasientene kommer hit og helst vil høre hva jeg sier. Det er vel det jeg opplever mest. Men det er klart en eller annen har oppdatert seg, men i de fleste tilfeller så er de vel mer åpen for hva jeg har å si.

S1: Så om det er tilfelle, inviterer du da til brukermedvirkning og eventuelt hvordan gjør du det?

A: Når jeg får en pasient så undersøker jeg dem jo først, så tar jeg masse funksjonstester og prøvebehandling. Også diskuterer vi da, så skisserer jeg hva jeg ser for meg og hører hva pasienten synes om det. Så jeg undersøker grundig da før vi setter i gang et behandlingsforløp.

**S1: Du sa at kanskje ikke så mange gjør det her, men om du har opplevd at pasienten har meninger eller ønsker til behandlingen, hvilke meninger og ønsker er vanlig?**

A: Det er veldig mange som vil ha massasje, det var det da før. Særlig har de forventning om det hvis de kommer til psykomotorisk. Men jeg liker å bruke, altså alle pasienter skal ha et øvelsesutvalg, og på en måte den her egenaktiviteten, all forskning tilsier jo at det pasienten gjør selv er det viktigste. Så det gir jeg dem tilbake så tidlig i forløpet at det er et samarbeid mellom pasienten og terapeuten.

**S1: Hvordan du kombinerer egne tanker om intervensjon og pasientens ønsker?**

A: Altså psykomotorisk behandling er en blanding av massasjeregrep og øvelser, sånn at det gir seg jo selv. Men jeg har pasienter som jeg bare jobber med øvelser, bare for å ha sagt det. For det er ikke alle pasienter som skal ligge på benken. Så jeg har pasienter hvor jeg bare bruker øvelser.

S2: Men du nevnte massasje og øvelser, men er det flere fysioterapeutiske tiltak som du bruker i behandling?

A: Jeg prøver å sette i gang alle pasientene med avspenning, tøyninger, og kondistrening. Så hvis det passer inn, så er det sånn jeg kan si generelt avhengig av problemstilling da. For det har jeg masse erfaring med fra tidligere, hvis dem er dekondisjonert, så kan dem på en måte glemme det meste før dem har kommet seg opp i aktivitet og fått i gang blodsirkulasjon. For da ser du ofte det at når de kommer i gang med kondistrening så er det en del faktisk av de her muskel og skjelettplagene som kan løse seg litt selv, at den generelle sirkulasjonen gjør at det blir bedre. Men jeg har et veldig stort spekter av pasienter, jeg har pasienter som jeg hovedsakelig bruker styrketrening på, pasienter med depresjon. Kondis og styrketrening.

S2: Men hvis du har for eksempel en med impingement da, kan du gjøre det samme da og? At hvis for eksempel du driver med utholdenhetstrening eller styrketrening så kan de bli bra av det?

A: Nei, så enkelt er det vel ikke, da må du spesifikt inn. Men hvis folk har litt mer sånn uspesifikke plager, så vil det ofte bedre seg bare av at dem kommer i gang med egenaktivitet. Men jo mer spesifikk plagen er, så må man spesifikt inn å gjøre noe med det i tillegg.

S2: Så hvis det er impingement så må du litt spesifikt inn og?

A: Ja i de fleste tilfeller så må du det.

**S1: Hva tenker du er utfordringen når du skal balansere mellom de her ulike kunnskapskildene?**

A: Det er vel forskningsbasert og erfaringsbasert som kan være den største. Altså hvordan skal jeg si det da? Jo mer komplisert det er, jo mer må jeg gå på erfaring. Jo mere kompliserte problemstillinger jo mer må jeg bruke erfaring og mindre forskning. Fordi forskning er ofte sånn at du har valgt ut en litt enklere problemstilling, også tester du ut den på en hel drøss. Altså jo mer komplisert, jo mer må man på en måte stole på instinktene dine og det du har erfart med kanskje andre pasienter, så må du kombinere, så noen ganger så må man bare prøve noen ting og se hvordan går det her. Så du må rett og slett prøve deg fram. Men klart kommer det en person med en ren impingement, da vil jeg gå rett på det forskningsbaserte. Men jo mer komplisert, og jo mer sammensatt, jo mer må du bruke det du kan om forskjellige felt også se hva kan jeg kombinere her.

**S1: Helt på slutten her nå, kommer du på noe som vi ikke har snakket om her i dag, men som du tenker kan være relevant for vår oppgave?**

A: Ja for at som fagperson så jobber ikke jeg med sånne spesifikke rene, jeg får jo ikke ingen henvist med den diagnosen. Men jeg har jo en hel smørbrødtype, masse diagnoser som hvor den ene slår ihjel den andre. Det er egentlig det som er, bare ta et eksempel: Jeg kan ha en pasient med alvorlig diabetes, ME, og sterkt nedsatt balanse. Det er på en måte å klare å balansere ut, tenke hva kan jeg jobbe med her? Hva kan jeg begynne på? Sånn at det er et veldig stort spenn ifra det her helt spesifikke, fordi det er på en måte pice of cake. Hvis du får en med impingement, det er jo enkelt, for da har du oppskrifter. Da går man bare inn også undersøker og finner det og det og det, også er det som regel greit. Men jo mer komplisert, jo mer må du på en måte prøve deg fram og ta noen sånne avgjørelser. Kanskje noen ganger går



det på tvers av forskning. Eller kanskje at det er annen forskning som gir noe helt annet enn akkurat den dere, så ja det blir avveininger hele tiden. Jo mer komplisert jo flere avveginger.

S1: Ja neimen det var alt.

A: Jeg kunne sikkert sagt veldig mye mer men det er sikkert nok. Men jeg kan si det at jeg bruker mange funksjonstester, det gjør kanskje ikke alle psykomotorikere. Men jeg bruker en god del funksjonstester, det er fordi jeg har jobbet på XXX. Det gjør jeg litt for å på en måte kunne avveie da, hva er viktig her? Jeg startet faktisk en gang opp med, det var et kjempekomplisert traume terapi, da startet jeg opp med og det var bare litt på intuisjon, da startet jeg opp med stabilitetstrening av nakke. Jeg startet helt i feil ende i forhold til psykomotorisk. Sånn kan det være, så kanskje i andre tilfeller kanskje jeg ville startet med skulderen.

S2: Så noen ganger så er det faktisk skulderen du begynner med da, også selv om det ikke er hovedproblemet?

A: Ja det går an å tenke sånn, så du må på en måte se hvor har jeg tilgang til hos den her pasienten. Det er egentlig det som er spørsmålet, hvor er tilgangen når det er en veldig komplisert sammenheng. Ja da skal jeg ikke si noe mer.

S1: Ja tusen takk.

## **Vedlegg 4 – Transkripsjon intervju nr. 2**

S1: Student 1

S2: Student 2

B: Informant

**S1: Kan du begynne med å fortell litt om din bakgrunn, om når du startet som fysioterapeut, spesialisering, kurs og litt sånn?**

XXX

**S1: Har du tatt noen spesifikke om skulder eller lignende?**

B: Ja, jeg har tatt endel skulderkurs, men det begynner vel å bli en stund siden nå. Jeg kan ikke huske helt datoer og sånn, men jeg har tatt endel. I tillegg har jeg tatt endel kurs om muskel og skjelett lidelser og lignende. Jeg har ikke noen formell spesialisering.

**S1: Hvor lenge har du jobbet med pasientgruppen med subakromialt impingement syndrom?**

B: Ja, jeg har jo egentlig hele tiden, eller mesteparten av tiden jobbet med det.

**S1: Bare for å høre hva du legger i begrepet subakromialt impingement syndrom, kan du beskrive det?**

B: Det jeg legger i det er at det er noe som kommer i klem under akromion. Før var de vell mer opptatt av akkurat hva under der som kom i klem, men det er jo egentlig litt mer generelt, og at det er smerte i painfull arch og litt sånne ting tenker jeg om impingement.

**S1: Hvordan er skulderfunksjonen hos en pasient med subakromialt impingement?**

B: Skulderfunksjonen, hva tenker du på da?

S1: Det er litt som du sa med painfull arch.

B: Sant, det er jo en ting. Også er det gjerne litt den rytmen, at den scapulohumorale rytmen ofte ikke er sånn som den skal være. Og så blir det ofte litt andre ting å, at det baller litt på seg synes jeg. Det er litt at jo mer kronisk det er, jo mer sammensatt blir det også.

**S1: Kan du si noe om smerter for denne pasientgruppen?**

B: Det er ofte slik at det kommer til et punkt, så blir det veldig vondt. Det er ulike stillinger hvor det blir vondt. For eksempel å ta på seg jakken, ta på seg sikkerhetsbelte i bilen, strekke seg etter noe. Var det det du var ute etter?

S1: Ja

S2: Men er det slik at de ofte blir sykmeldt eller veldig påvirket i hverdagen i tillegg til det du sa?

B: Ja, det kommer jo an på. Det er mange ulike nivåer av de smertene. Du har de som har veldig problem med å løfte armen i det hele tatt, at de ikke kommer opp. Det kommer litt an på hvilken jobb de har. Har de en jobb som trigger det veldig, det kan være en fysisk eller manuell jobb hvor de for eksempel løfter veldig mye, da sliter de ofte med å holde seg i jobb. Også kontorarbeiderne, men da blir det kanskje ikke like my impingement som er problemet.

**S1: Litt mer over til fysioterapeutiske tiltak, lager du mål for denne pasientgruppen?**

B: Ja, vil du vite hva slags mål?

S1: Ja, og hvordan du kommer fram til målene og hva en typisk målsetning kan være.

B: Smerte er jo ofte pasienten opptatt av da, men jeg liker egentlig ikke å ha smerte som et mål. Jeg prøver å dra det mer funksjonelt, og da kan det være litt spesifikt, noe pasienten ikke klarer å gjøre for eksempel. Jobb kan være et mål, det å komme tilbake i jobb eller delvis i begynnelsen. Jeg ville altså prøvd og lage målene mest mulig funksjonelle. Og så kan en jo lage mål som å kunne utføre enkelte øvelser. I begynnelsen får de det kanskje ikke til, men etter vært så kan de klare det. Så det kan jo være et mål.

**S1: Kan du beskriv hvilke overordnede prinsipper som er viktig ved behandling av denne pasientgruppen?**

B: Om de for eksempel har mye smerte så synes jeg det er viktig å prøve å redusere smertene. Også liker jeg å se på funksjon av skulderleddet i stedet for det jeg gjorde før. Da var jeg kanskje mer opptatt av den ene senen eller et eller annet. Nå er jeg mer opptatt av total funksjonen av nakke og skulderpartiet. Så behandling blir ofte å se på dette. Typisk for slike pasienter synes jeg er at de ofte har overaktivitet i trapezius, og en ser veldig på rytmen at den blir feil. Når du ser på øvelsene og utførelsen, så må en se at de får tak i de riktige musklene som jeg vil at de skal bruke. Dermed klarer en ofte å redusere smertene når de begynner å få det til synes jeg. Mange har mye spenninger, så igjen føler jeg veldig

ofte at vi ser, kanskje ikke helt sånn akutt impingement inn døren, men heller veldig sammensatt med mye muskulære ting rundt nakke og skulder, hele komplekset. Det trekker seg kanskje godt ned i armen og brystmuskulaturen. Det handler om å åpne opp hele skulderpartiet igjen.

**S1: Hvordan kan et behandlingsforløp vær?**

B: Fra dag en?

S1: Ja

B: Det er litt forskjellig. Det handler om hva jeg finner. Det jeg finner behandler jeg. La oss si vi har en som har isolert impingement så kan en jo gjerne bruke nåler for å redusere smerter og spenninger i muskulaturen, massasje av skulder og sånne ting. Samtidig så synes jeg det er viktig å sette i gang med øvelser pasienten kan gjøre hjemme. Gjerne da finne øvelser som helst ikke er smertefulle. Få de i aktivitet igjen og få sirkulasjonen i gang.

**S1: Hvor mange behandlinger og hvor lenge har du vanligvis en pasient med subakromialt impingement?**

B: (Stille)

S1: Det er kanskje vanskelig å svare på.

B: Ja, det er jo det. De er veldig vanskelig, spesielt når det har satt seg i hele skulderkomplekset. Jeg føler som sagt at jeg ser mer av dem, men det er ikke lenge siden jeg hadde en pasient med akutt subakromialt impingement, og da snakker vi gjerne om 10-12 behandlinger. Det kommer litt an på hvor flinke de er på å følge råd og hvor flink jeg er til å gjøre det jeg skal. Hos noen av de mer kompliserte tar det ofte litt lengre tid til å få opp styrken helt og sånn.

**S1: Hvordan er det med prognose og forløp i forhold til funksjon og smerte?**

B: (Stille)

S1: Hvor lang tid tar det, og blir de fleste bra, eller kan en gå med det over en lang periode?

B: Det er mange som ikke blir bra. Det er mange som blir bedre, men så mangler de kanskje den siste lille biten. Så kan en jo diskutere om forkalkninger, plass og alt det. Andre ser du at blir omtrent bra, og med litt mer tid over en periode så blir de bedre.

S2: Hvem er det som kommer til deg og hvor lang tid har de gått med plagene før de kom til deg?

B: Det varierer veldig. Det er veldig sjeldent at noen kommer en uke etter de har begynt å få vondt i skulderen, dessverre. Det som ofte skjer er jo at de har gått og kjent på det, og så har de kjent på det en stund til. Plutselig så har det kanskje blitt litt verre og de har innsett at de må gjøre noe med det. Så de har ofte da gått og kjent på det en god stund.

**S2: Du sa noe om tiltak du brukte i stad, men er det noe mer å tilføre der?**

B: Ja, du har jo de manuelle teknikkene. Jeg bruker sjeldent elektroterapi. Jeg brukte laser før, men vi har ikke det her. Ellers så bruker jeg mye manuelle teknikker, styrkeøvelser, stabiliserendeøvelser, bevegelsesøvelser for å bevege hele thorax, skulder og nakke. Mobilisering av ledd og den slags. Det kommer litt an på. Jeg bruker å behandle det jeg finner så behandlingsvalg varierer.

**S1: Før vi går videre i spørsmålene, vil jeg spesifisere hva vi legger i begrepene.**

**Kunnskapsbasert praksis, er du kjent med det?**

B: Ja

S1: Okei, jeg vil uansett bare forklare hva vi legger i det sånn at vi er helt enige.

Erfaringsbasert kunnskap er kunnskap du har tilegnet deg gjennom erfaring, gjennom praksis og det å praktisere. Forskningsbasert kunnskap, er kunnskap du har tilegnet deg gjennom å les fagartikler, søk i databaser og lignende. Og den siste er brukerkunnskap, pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen. Og det og inviter bruker til å bidra med sin kunnskap og sine prinsipper i valg og utforming av tjenester. Så det er de tre kunnskapskildene vi tenker på når vi stiller de neste spørsmålene.

B: Okei.

**S1: Første spørsmålet er, hvilke kontekstuelle faktorer, altså miljøfaktorer og personlige faktorer er vesentlig å ta hensyn til når du skal velg ulike kunnskaper du skal benytte deg av i behandlingen.**

B: Kan du si det en gang til.

S1: Ja, hvilke kontekstuelle faktorer, altså miljøfaktorer og personlige faktorer er viktig å ta hensyn til når du skal velg ulike kunnskaper du skal benytte deg av i behandlingen.

B: Ja (Pause)

S1: For eksempel miljøfaktorer som arbeidsforhold, familie og venner. Er det noe sånt som er viktig å tenk på?

B: Ja (pause)

S1: Eller er det ganske generelt uansett?

B: Nei, det er jo ikke det. Folk er jo utrolig forskjellige, så tilnærmingen vil være ulik. Det er veldig viktig at du får en relasjon med pasienten. Så det er viktig å prøve å finne den. Så når du sier at det er pasienten som skal bestemme behandlingen eller om det er jeg, så blir det jo ofte en blanding. Jeg synes hvert fall det er viktig at jeg klarer å vinne pasienten over på min side. Klarer jeg det, kommer jeg hvert fall mye lengre. Jeg liker ikke å gjøre det pasienten forteller meg, men noen ganger må jeg kanskje gi de litt av det de har lyst på, og så kan jeg å blande inn det jeg tror er best. Da klarer jeg å vinne dem over, noe jeg tror oppnår bedre resultat enn at en bare kjører på og ikke bryr seg om hva pasienten tenker og mener. Det er også viktig å høre på hva de sier. Om de for eksempel sier at de har blitt mye verre etter forrige behandling, så må jeg jo tenke meg om og gjøre ting litt annerledes. Når du tenker på kunnskap og hvor jeg finner kunnskapen min, så er det jo litt blanding mellom det en leser, ting som en har lært på kurs og ting jeg har gjort før, som jeg kjenner igjen i denne pasienten, og som jeg tenker at kan prøves en gang til. En må likevel hele tiden vurdere. Om dette ikke virker må jeg jo prøve noe annet. Det blir ofte en blanding av min egen erfaring, det jeg har lært, fått med meg fra kurs, forskning og sånne ting. Forskning føler jeg av og til er litt generaliserende. Den tar jo ikke personen inn i bildet i det hele tatt. Det synes jeg er litt av problemet med forskning, for en drar jo da alle under en kam og sier at nå har vi en impingement gruppe her, og så er det jo ofte veldig mange andre ting som spiller inn. Folk kan ha veldig mye stress, psykiske ting også som kan ha noe å si. Da må en på en måte jobbe med det og tenker jeg.

**S1: Bruke du behandlingstiltak som du har god erfaring med, men som ikke har dokumentert effekt eller hvor det mangler tilstrekkelig forskning.**

B: Når det gjelder impingement, så vet jeg ikke hva dere har funnet jeg, men er det ikke trening som de sier er det beste, ikke sant. Jeg liker å blande trening med litt annet fysioterapi som kanskje ikke er like godt dokumentert, dessverre.

S1: Kan du gi noen eksempler på det?

B: Ja, massasje og triggerpunktbehandling for eksempel. Jeg vet ikke hva som sies om det for impingement for tiden jeg, har det noen dokumentert effekt?

S1: Vi har ikke søkt så alt for mye enda, vi har nettopp begynt på bacheloren.

B: Jeg mener at det som kommer best ut i forskningen er trening. Også det å få den kommunikasjonen med pasienten. Jeg føler værtfall at når en går til fysioterapeut, så har en ofte en viss forventning om at en værtfall skal bli tatt på lille granne. Det er jo en viss placeboeffekt i det vi gjør å, det kommer vi jo aldri unna. Om det er det som gjør det litt bedre, så samna det på en måte. Det viktigste er jo at de blir bedre, og at de føler de får en god behandling. Jeg tror for eksempel det å bruke massasje er en god måte å få avspenning i muskulaturen på. Dette er jo noe ofte mange får problemer med når de har mye vondt.

**S1: Er det noen behandlingstiltak som du har brukt tidligere, men som du har endret på eller sluttet å bruk på grunn av kunnskap fra nyere forskning.**

B: Ja, kanskje. Jeg bruker mye mindre ultralyd. Og mye friksjon over senen og slikt, det gjør jeg veldig lite nå. Ultralyd er vel ikke det som kommer best ut?

S2: Nei, det er vel ikke det som er best dokumentert.

B: Laser er vel bedre dokumentert tror jeg, værtfall på sener. Dere har vell sikkert lest litt om impingement. De vet jo ikke alltid hva som er i klem. Om det er den muskelen eller den senen. Det er kanskje derfor jeg har gått mer over på funksjon. Fordi en ser at om en forbedrer funksjonen så kommer en kanskje litt lengre med det.

**S1: Hvordan opplever du at denne pasientgruppen ønsker å involveres i beslutningen av valg av behandling? Er det noe de ønsker å ha innvirkning på eller legger de det over i dine hender?**

B: Det tror jeg personlighetsbestemt. Noen har veldig klare meninger om ting, mens andre ikke har det. Jeg tror egentlig at de fleste stoler på meg når de kommer inn. Men så har du jo enkelte som har mange meninger og som har lest på nettet. De har kanskje satt diagnosen selv, og den kan være litt for spesifikk i forhold til funksjon for eksempel.

**S1: Om pasienten har meninger eller ønsker i forhold til behandlingen. Hva slags meninger og ønsker er da vanlig?**

B: Det er mange som ønsker seg massasje.

**S1: Hvordan kombinere du egne tanker om intervensjon og pasientens ønsker.**

B: Det er jo viktig å forklare hvorfor jeg velger det jeg velger. I hvert fall visst de vil ha noe jeg mener ikke er relevant, men det skjer jo egentlig veldig sjeldent. Ofte så kombinerer en,

men det er jo viktig at min behandling er mest mulig effektiv. Jeg tenker det er viktig å komme med gode forklaringer på hvorfor jeg vil gjøre det akkurat slik jeg vil gjøre det. Forklare slik at de får en bedre forståelse for det enn det de kanskje hadde etter å ha lest på nettet eller hørt fra en de kjenner som hadde akkurat det samme problemet. Få de til å forstå at det kanskje ikke var akkurat det samme problemet.

**S1: Om pasienten ikke har meninger eller ønsker, inviterer du da til brukermedvirkning og eventuelt hvordan gjør du det?**

B: Det går kanskje mer på øvelsene, at jeg vil ha de mer involvert i det. Det er viktig at de tar tak selv og at det ikke bare er jeg som skal gjøre jobben.

**S1: Når du skal balansere mellom de ulike kunnskapskildene, har du noen utfordring med det?**

B: Det er kanskje det som jeg har sagt. Forskning blir ofte litt snevert, slik er ikke alltid den virkelige verden føler jeg. Jeg synes det er viktig at en ser hver enkelt. I forskning så er det kanskje 100 eller 50 som de har sett på. Selv om de har ulike kriterier for at de skal komme inn i disse gruppene så er det ikke alltid at de er likeverd. Hvis vi da gir de en behandling for å se om den ene behandlingen er riktig, så er det kanskje ikke sånn vi gjør det når vi jobber. Noen ganger gjør vi flere ting, men i forskning så skal en kun velge en ting, en type øvelse eller hva de nå er ute etter å se effekten av. Kanskje blander vi sammen flere ting, og da vet vi ikke nødvendigvis hvilken øvelse som var den beste eller mest effektive. Kanskje var det en kombinasjon? I forskning kan en jo ikke kombinere så mye.

**S2: Når du skal tilegne deg forskningsbasert kunnskap, hvordan gjør du det?**

B: Jeg leser artikler og den type ting. Eller fra når jeg er på kurs, men det er jo ikke alle kurs som snakker like mye om forskning som noen gjør. Av og til er det noen som har kommet opp med gode teknikker føler de, men som ikke har blitt gjort mye forskning på. Men det er vell å lese artikler og sånt som er det beste, eller å snakke med kollegaer.

**S1: Kommer du på noe som vi ikke har snakket om, men som kan være relevant for vår oppgave?**

B: Kirurgi. Dere skal vel ikke ha det med, skal dere?



S1: Nei, det er ikke veldig relevant for oppgaven, men vi kommer nok til å nevne det.

Forskning viser jo at det ikke har noen særlig bedre effekt.

B: Nei, det har jo ikke det. Det blir hvert fall operert altfor mange.

S1: Da har vi fått det vi trenger, takk for intervjuet.

## **Vedlegg 5 – Transkripsjon intervju nr. 3**

S1: Student 1

S2: Student 2

C: Informant

**S1: Kan du begynne med å fortell om din bakgrunn? Når du begynte som fysioterapeut, kurs og spesialisering og litt sånt.**

XXX

**S1: Hvor lenge har du jobbet med denne pasientgruppen?**

C: Den har jeg jobbet med helt siden jeg var ferdigutdannet. For da hadde vi poliklinikk i kommunehelsetjenesten, så da fikk jeg jobbet med det i primærhelsetjenesten. Og så har jeg jobbet med pasienter som har blitt operert for det siden jeg begynte her, så det var i XXX. Så har vi nå begynt med forskjellige samhandlingsprosjekt som jeg var med å starte opp, så da fikk jeg igjen den konservative behandlingsbiten. Så både postoperativt og konservativt har jeg egentlig jobbet med det.

S1: Så du noen forskjell mellom kirurgisk vs. konservativt, hva som funket best?

C: Nei, jeg kan ikke si det. Det virker som det er noen pasienter det funker bedre på å operere, visse typer subakromiale plager. Men de fleste har jeg et generelt inntrykk hadde kunne kommet i mål med konservativ behandling.

S1: Kan du gi eksempel på noen særtrekk for de som er mer egnet for kirurgi?

C: Ja. Noen av de som har gått til operasjon har gjerne hatt en type akromion form. Den har en slik spiss ende, og det går da ikke an å trene vekk det strukturelle i leddet. De har vondt hele tiden i treningen, og du klarer ikke å finne noen måter å lindre smertene i begynnelsen av behandlingen. Egentlig uansett hva du gjør så forsterker det smertene. Så ser jeg ofte at de som går til operasjon, er de som ikke har erfaring med trening eller har interesse av det. De har ingen tålmodighet og ingen forståelse av hvor ofte du må trene, type øvelser og lignende. De har på en måte bestemt seg før de har begynt å prøve. Noen klarer du ikke å snu, selv om du gjerne vil det.

**S1: Du var egentlig inn på det, men bare for å avklar hva du legger i det. Kan du beskriv en pasient med subakromialt impingement?**

C: Det varierer jo veldig hvor mye plaget de er, og hva type plager de har. Men de har ofte smerte relatert til å bruke armen over armen eller skulderhøyde. Det kan være verkende

BFY330

Kandidatnummer: 302 & 322 Innleveringsfrist: 21.05.19

smerte, smerte som stråler ut i overarmen. Noen har stråling og prikking helt ut til fingrene. Det er vanskelig å si en viss lokalisasjon på skulderen. Noen peker framme hvis biceps er affisert for eksempel. Ofte peker de oppe på skulderen og utover deltoid, og noen har vondt bak på skulderbladet. Det kan være smerter ved bevegelse, men også etter bevegelse og på natt. Alt etter hvor plaget de er og hva som er årsaken til impingement, for det kan jo være veldig mange forskjellige årsaker til det, og dertil forskjellige typer plager.

S2: Kan du gi eksempel på hva subakromialt impingement er?

C: Årsak eller patologien, er det det du tenker på?

S2: Ja

C: Det kan jo være formingen av strukturene. Acromion kan ha en bue som gjør at beinet ligger ned og irriterer bursaen. Det kan være holdningsrelatert tror man vel fortsatt. Om en har en framover lent holdning, så skaper det dårlige plassforhold under acromion. Det kan være degenerative rupturer i rotatorcuffen som gjør det. Det kan være scapula dyskenesi hvor en ikke har en gunstig bevegelsesmåte som gjør at en får mye belastning på rotatorcuffen og bursaen. Så det kan være veldig mange forskjellige årsaker til det. Vi har vel hvert fall åtte beskrevet, men sikkert flere å.

### **S1: Hvordan er skulderfunksjonen hos en pasient med subakromialt impingement?**

C: Det vil jo igjen variere etter type skade eller hva som er årsaken, men det typiske er jo at de ikke har totalt tap av kraft, med mindre det er en muskelskade. Men de kan ha smerterelatert tap av kraft. Jeg synes ofte det er en diffus smerte over skulderen, og de sier gjerne at de får vondt når de skal helle, vanne planter, ta å hente lommeboka bak for de som har den der. Alt som gjør at du får dårlig plassforhold kan gi smerte. De har også problemer med å få genser over hodet og slike ting når du skal opp og bruke armen.

### **S1: Nå litt over til fysioterapeutisk tiltak, lager du mål for denne pasientgruppen?**

C: I liten grad her inne, for de går videre til fysioterapeut der ute. Så jeg håper jo at det blir gjort der ute, men vi tar det jo med i betraktningen når vi vurderer om de skal til operasjon eller ikke, alt etter hvilke typer mål de har. Skal de tilbake igjen til svømming på høyt nivå, eller skal de bruke hånden til å fiske som en hobby? Er det viktig for dem i jobben for eksempel å jobbe med hendene over skulderhøyde? Det er med i vurderingen der om vi anser det som realistisk om de vil kunne trene seg opp igjen eller om de vil trenge en operasjon. Noen ganger må en ta samtalen om at kanskje målet ikke er realistisk i forhold de plagene de

har. Sånn sett har vi det med, men det er ikke vi som setter målene. Vi spør også om de har oppnådd målene når de kommer tilbake på kontroll.

S1: Hvor lenge har du pasientene her før du sender de videre?

C: Vanligvis når jeg ser de nå, så er de bare inne på kontroll. Enten er de først til vurdering om de skal til fysioterapi eller operasjon. Da ser vi dem i 40min maks. Så har vi de inne til kontroll etter operasjonen. Noen ganger har vi også de inne til kontroll de som kun har vært i konservativ behandling. På sykehuset så ligger de inne i maks en dag, så vi får sett de veldig lite.

**S1: Kan du beskriv noen overordnede prinsipper som er viktig ved behandling av en pasient med subakromialt impingement?**

C: Jeg tenker det er viktig å begynne med å få forklart pasienten hva det er for noe, og hvorfor vi tror de kan komme i mål med trening og ikke operasjon. Det er ofte veldig mange som tenker de må til operasjon. Det tar ganske lang tid. For å få forklart dem at de virkelig må gjøre en innsats selv, og være systematiske, og ikke gi opp hvis det blir veldig vondt den første gangen de har trent. Det er viktig i begynnelsen å få dempet smertene, slik at de får trent noen lunde uten at smertesignal forstyrrer de andre signalene vi vil ha opp til hjernen. Så å dempe smertene, at de kan ha det noen lunde ok, også under trening. Og så er det å finne årsaken til hvorfor de har denne impingementen. Er det dårlig plassforhold? Kan vi jobbe med holdning for å skape bedre plass subakromialt? Er det for eksempel scapula dyskinesi må vi jobbe bak med scapula. Finne gode måter å stabilisere scapula på som er mer gunstig enn det kanskje mange bruker. Er det en stram pectoralis minor som trekker scapula fram i en ugunstig stilling må vi tøyne det og jobbe med dem. Jeg liker å begynne med strikk i lukket kjede, og jobbe med rotatorcuffen for å få den til å stabilisere, samtidig som jeg jobber med scapula. Så det er begynnelsen, og så gradvis legge på mer og mer motstand etter hvert som de aktivt kan få bevegelsesutslag uten smerte.

**S1: Kanskje litt vanskelig å svar på, men hvor mange behandlinger og hvor lenge har du vanligvis en pasient med subakromialt impingement?**

C: Vi ser de jo kun i kort tid, men det vi pleier å forberede pasientene på, er at det kommer til å ta tid. De bør gå til fysioterapeut gjerne to ganger i uken, vært fall i begynnelsen til de har kommet godt i gang med øvelsene. Da vil vi veldig gjerne at fysioterapeuten skal stå der og se på at de trener, slik at de får et ordentlig bevegelsesmønster uten at smertene forstyrrer det. Så

gjernge to ganger i uken, i kanskje 4-6 uker. Så kan man se hvor lenge en har kommet. Vi råder pasientene til å prøve i vært fall tre måneder før de sier at trening ikke virker.

**S1: Hvordan er prognose og forløp i forhold til funksjon og smerte?**

C: Jeg synes at mange blir bedre, men på langt nær alle vil få en god del tilbake som likevel ender med å gå til operasjon. Forløpet kan være ganske frustrerende for pasienten tror jeg. Hvert fall i begynnelsen når en skal finne måter å dempe smerte på og trene med lite smerte. Det kan være at man må prøve seg endel fram, men så tror jeg at når de får erfaring med at det funker, så er forløpet enklere for pasientene da. Når de kjenner at det faktisk går framover. Jeg tror det er veldig tøft for en vektløfter, svømmer eller en hardbarka tømmer å få beskjed om å sitte å gjøre skulderretraksjon, og helt enkle øvelser med strikk som er så enkle at det føles ut som det er en fjær du tar i nesten. Det tror jeg kan være en tøff start på forløpet for mange.

S1: Men er det sånn at de fleste blir bra, eller er det noen som ikke blir det?

C: Det er jo noen som ikke blir det. Og noen får jo på en måte tilbakefall når de slutter å trene igjen og går tilbake til sine gamle vaner og gamle måter å jobbe på. Men det er mange som blir bra er mitt inntrykk i alle fall.

S1: Men for de som ikke blir bra, er det fordi at de ikke følger råd og gjør det som dem skal, eller er det fordi at det er så komplekst?

C: Jeg tror det er litt begge deler. Noen har vi som sånne gjengangere som vi ser på og ortopedene ser på, de blir sendt overalt uten at vi egentlig skjønner hvorfor de ikke blir bedre. Men mange faller jo litt av og følger ikke opp, og vi ser at når vi har dem til kontroll og spør dem hva de har gjort, så innrømmer de at det var kanskje ikke så mye trening og ga litt opp. Ja av og til ser vi at fysioterapeutene slipper dem for tidlig, når smertene har gitt seg så slutter de med behandling, i stedet for å fortsette å styrke på en måte pasienten, sånn at de ikke skal få tilbakefall.

**S1: Du har egentlig allerede snakket om hvordan en behandlingstid kan være og hva du legger til grunn for valg av tiltak, men har du noen andre tiltak du bruker i behandling?**

C: Vi vil jo bruke alt fra, sant det er informasjon, det er tøying hvis det trengs, massasje hvis det trengs for å dempe smerte og løse opp ting som har stått på lenge. Også er det

øvelsesbehandling, det er øvelser for fleksibilitet, for bevegelighet, for stabilitet, styrke og koordinasjon. Vi bruker vel ingen ting av varme, kulde eller elektriske ting og tang.

S1: Fordi det er dårlig forskning på det, eller fordi dere ikke har det?

C: Vi hadde vel skaffet det hvis vi hadde hatt grunn for det, for å si det sånn.

**S1: Så over til litt andre type spørsmål. Bare for å spesifisere hva vi mener med begrepene så kan vi si det. Kunnskapsbasert praksis er du kjent med det?**

C: Ja.

S1: Skal jeg gå igjennom det?

C: Jeg tror ikke det.

**S1: Nei. Så da går vi videre, neste spørsmål kommer til å være litt relevant til det. Hvilke kontekstuelle faktorer altså miljøfaktorer og personlige faktorer er vesentlig å ta hensyn til når du skal velge hvilke kunnskaper du skal benytte deg av?**

C: For eksempel sånn personrettet så tenker jeg det her med å prøve å føle seg fram i forhold til hva de kan om trening og hvilke forventinger de har i forhold til trening, i forhold til fysioterapeuten, i forhold til operasjon er viktig. Er de vant til å trene, har de erfaring med at det funker? Eller som eksempel så har vi hatt noen pasienter som har vært operert privat i den ene skulderen og det har funket. Også sier vi at de skal trene den andre skulderen med samme plage, det er ganske vanskelig. Da vil de ha en operasjon, en quick fix fordi det er har fungert før. Så sånn type erfaringer de har fra før med forskjellige behandlingsmåtene tenker jeg er viktig. Noen har gått til fysioterapeut i flere omganger, i flere år, samme fysioterapeuten, samme øvelser uten effekt. Da har de ikke spesielt mye tro på fysioterapi, så det er jo viktig. I forhold til det kontekstuelle så har jo det en del å gjøre i forhold til hvilken jobb de har, hvilke de klare å gå til fysioterapeut to ganger i uken? Har de tid? Har de motivasjon for å finne tid? Eller jobber de i Nordsjøen og er borte lenge og sånne ting. Og ikke minst påvirker jobb og fritiden skulderplagen din har. Er det stress i forbindelse med familie eller andre ting som er med å opprettholde muskulære plager for eksempel.

**S1: Bruker du behandlingstiltak som du har god erfaring med, men som ikke har dokumentert effekt eller hvor det mangler tilstrekkelig forskning?**

C: Det vil jeg nok tro ja.

S1: Kan du nevne noen eksempler?

C: Nå vet ikke jeg hvor mye nyere forskning det fins på massasje og tøying og sånne ting. Men vi ser jo det at dem som har mye vondt og har mye smertefull muskulatur som har gått med smerte lenge, har utrolig godt av at noen tar på dem og kjenner på dem, og jobber med den muskulære smerten som dem har for å slippe litt av spenningene rett og slett, og få andre muskler til å aktiveres enn de som jobber over tid hele tiden, for eksempel levator scapula eller pectoralis minor er typiske smertefulle og stramme muskulaturer hos disse her. Så da bruker vi jo massasje uten å skamme oss over det. For de trenger det for å slappe av, også prøver vi å komme relativt fort over fra det til mer aktive øvelser. Men det er jo ikke hjelp i å trene stabilisering av scapula hvis det er levator som er den eneste som beveger scapula. Så det gjør vi og tøying i forskjellige grader. Også er det vel også diskutert hvor mye du faktisk kan forlenge muskulatur, der er sikkert dere mer oppdatert på meg nå. Men å jobbe med å tøy muskulatur kanskje bare for å oppnå avspenning i den muskelen, få den til å slippe litt. Ikke nødvendigvis fordi vi forventer en reel forlegning av muskulaturen, men å få den til å slippe for å aktivere annen muskulatur.

**S1: Er det noen behandlingstiltak du har brukt tidligere, men som du har endret på eller sluttet å bruke på grunn av kunnskap fra nyere forskning?**

C: Jeg vil si at jeg har endret valg av øvelser. Jeg har alltid brukt øvelser, men jeg har blitt mye mer bevisst på hvilke øvelser jeg velger. Noen typer øvelser skal ikke den pasientgruppen ha for eksempel, mens andre type øvelser skal du bruke på andre pasienter. Det har jeg blitt mye mer bevisst på takke være forskning.

S2: Synes du det er greit å holde seg oppdatert på forskning?

C: Ja, det synes jeg hvis ikke synes jeg ikke det er kjekt å jobbe som fysioterapeut. Det synes jeg at er noen av det som gir meg inspirasjon til å jobbe videre som fysioterapeut.

**S1: Hvordan opplever du at denne her pasientgruppen ønsker å involveres i beslutning av valg av behandling?**

C: Det variere veldig. Jeg synes noen pasienter, de fleste kommer inn som et blankt lerret, men noen har forhåndsbestemt seg for at det er operasjon eller fysioterapi som skal til. De fleste er lydhøre synes jeg for våre råd og spesielt når vi er, sånn som vi jobber på XXX så er det jo fysioterapeut og ortoped sammen. Så begynner fysioterapeuten å undersøke, også kommer ortoped inn på slutten. Så da blir fysioterapeut, ortoped og pasient sammen enige om behandling, og det synes jeg fungerer veldig bra. Da er pasientene lydhøre for våre

anbefalinger stort sett og noen er litt lettet og sier «gud jeg hadde virkelig ikke lyst på operasjon, så fysioterapi er helt topp», også noen ringer to uker etterpå og sier «du jeg er ikke innstilt på fysioterapi egentlig like vel», og da hører vi jo pasientene at okei det er greit da får du prøve operasjon så lenge du vet risikoen med det.

**S1: Så om pasienten har meninger eller ønsker i forhold til behandlingen hvilke meninger eller ønsker er vanlig? Er det operasjon eller ikke operasjon som du har nevnt, eller er det noe annet?**

C: Ja det, også er det at noen av de tar opp at de har gått til en fysioterapeut lenge som de føler gjerne ikke har fulgt dem tett, eller nok eller at de har gått ett helt år med de samme øvelsene og ikke er motivert for å gå tilbake så da råder vi dem til å bytte fysioterapeut, at de må prøve noe nytt. Så det kan de av og til komme med ønske om at hvis de skal ha fysioterapi så vil de gjerne bytte.

S1: Er det noen som er veldig opptatt av type øvelser dem har lyst til å gjøre, eller legger de det mer i dine hender?

C: Ja det er det lite, har de lite meninger om. De har kanskje tanker om at vondt skal vondt fordrive og at tung styrketrening er det som er i vinden. Så det kan ta litt tid å forklare, at kanskje det gjelder for kne etter en korsbåndsoperasjon, men det gjelder ikke her med den type plage.

**S1: Om pasienten ikke har meninger eller ønsker forhold til behandling, inviterer du da til brukermedvirkning og eventuelt hvordan gjør du det?**

C: Jeg vil jo håpe at jeg gjør det. Det vi ofte begynner med når vi har dem inne til vurdering, er å spørre hvilke forventinger de har, og hvilke plager de kommer med, hva de har prøvd av behandling? Så gjør vi en undersøkelse, og sier hva våre tanker er, også spør vi dem hva de tenker når vi har presentert hva vi anbefaler. Så får pasientene si hva de tenker i forhold til det og ta stilling til det.

**S1: Hva er utfordringen når du skal balansere mellom de ulike kunnskapskildene, forskning, erfaring og brukerkunnskap?**

C: Ja si det.

S1: Er det lett å kombinere de?

C: Ja det synes jeg. Jeg synes det er vanskelig når jeg skal argumentere for det som er erfaringsbasert enn det som er forskningsbasert. For forskningsbasert behandling har fått



veldig status nå, og jeg ser ofte at når du argumenterer for det ovenfor pasienten så slår det godt an. Det erfaringsbaserte blir mer diffust å komme med. Men heldigvis i forhold til ortopedene våre samarbeidspartnere her, så har de veldig lik tilnærming som oss. Så å diskutere med dem hva slags type behandling pasienten skal ha, er ganske lite problematisk. Hvis jeg sier her må vi begynne med tøying og massasje, så blir ikke det diskutert fra deres side, de er helt med på at det er viktig heldigvis. Så jeg har inntrykk av at det etter hvert er mer forståelse for den kombinasjonen. Men jeg synes fortsatt at fysioterapeuter selv synes at det er vanskelig å argumentere for det erfaringsbaserte.

S1: Ja det er jo det, det er mye ytre faktorer som kan spille inn å.

C: Ja.

**S1: Kommer du på noe som vi ikke har snakket om nå men som du tenker kan være relevant for vår oppgave?**

C: Nei ikke sånn umiddelbart. Det tror jeg ikke.