

Vedlegg 4-6

Resterende vedlegg:

Innholdsfortegnelse

Vedlegg 4: Transkripsjon 1	2
Vedlegg 5: Transkripsjon 2	18
Vedlegg 6: Transkripsjon 3	33

Vedlegg 4: Transkripsjon 1

Transkripsjon intervju 1: Psykomotorisk fysioterapeut

Student 1: Intervjuende student

Student 2: Observerende og noterende student

Informant 1: Informanten

Innledende spørsmål: utdanning og erfaring

Student 1: «Sånn, ehm, jeg tenkte å starte med å ehm, gjengi problemstillingen vår, bare sånn at vi har den i bakhånd. Og den er som følgende: Ehm, hvordan forstår fysioterapeuter i ulike praksisfelt pasienter med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettsmerter, og hvordan velger de behandlingstilnærming til den enkelte pasient?»

Informant 1: «Ja.»

Student 1: «Ehm, også tenkte jeg at vi skulle starte litt med litt innledende spørsmål.»

Informant 1: «Mhm.»

Student 1: «Så da lurer vi på, hvor lenge har du arbeidet som fysioterapeut?»

Informant 1: «Ehm, (kremt), jeg var ferdig med turnus i to tusen og, må jeg tenke (latter), to tusen og ti (latter). Ja. Da var jeg ferdig.

Student 1: «Ja.»

Informant 1: «Også har jeg jobbet som psykomotoriker siden to tusen og fjorten.»

Student 1: «Ja, okei. Eh, ja, neste spørsmål var egentlig om du kunne fortelle litt om hvilken utdanning du har. (Informantens mobiltelefon ringer).

Informant 1: «Unnskyld, hva sa du? (Latter).»

Student 1: «Det går fint, eh, om du kunne fortelle litt om utdanningen du har, men det nevnte du jo såvidt.»

Informant 1: «Ja, jeg, ehm, eh, er fysio mensendicker. Også, (kremt), eh, men jeg ville hele tiden bli psykomotoriker da, for at det var liksom målet. Også tok jeg masteren fra '13, til '16. Den er jo treårig deltid.»

Student 1: «Ja, okei. Ehm, hva har du mest erfaring med som fysioterapeut?»

Informant 1: «Ehm, muskel- og skjelettplager, langvarig, uspesifikt.»

Student 1: «Ja. Den er god. Ehm, hvor mange pasienter med langvarige, uspesifikke muskel-/skjelettsmerter har du ca. i løpet av en uke?»

Informant 1: «Hva sa du at?»

Student 1: «Hvor mange i, av disse, i denne pasientgruppen med langvarige, uspesifikke muskel-/skjelettsmerter har du i løpet av en uke?»

Informant 1: «(Kremt). Jeg vil si at de fyller opp hver dag.»

Student 1: «Ja, og hvor mange har du til dagen ca.?»

Informant 1: «Seks stykker.»

Student 1: «Ja.»

Informant 1: «Jobber fem dager i uken.»

Student 1: «Ja, okei. Ehm, hvordan er...» (Student og informant snakker i munnen på hverandre).

Informant 1: «Jeg, jeg har aldri en person kommer med nylig oppstått prolaps eller beinbrudd da, for det er ikke de pasientene jeg får.»

Student 1: «Nei, jeg forstår.»

Informant 1: «Ja.»

Student 1: «Ja, ehm, hvordan er fordelingen mellom kvinner og menn i denne pasientgruppen?»

Informant 1: «Ehm, *betydelig* flere kvinner enn menn.»

Student 1: «Ja.»

Informant 1: «Ehm, jeg er ikke så god på prosent og sånne ting, men, (latter), for å si det sånn, jeg har masse pasienter i behandling, og jeg har, (kort tenkepause), en, to, tre, fi, tre eller fire menn.»

Student 1: «Okei.»

Informant 1: «Av, hele denne hurven, holdt jeg på si.»

Student 1: «Ja.»

Informant 1: «Det er veldig lite menn i forhold.»

Student 1: «Ja. Har du noen, eh, formening om hvorfor det er sånn?»

Informant 1: «Ehh, ja, det har jeg. Jeg tror og opplever, erfarer, at når menn snakker om kropp, jeg kan jo bare ta utgangspunkt i min egen samboer som er en typisk mann da, (latter), ehm, (latter), at det er jo en veldig sånn biomedisinsk forståelse av kroppen, kroppen er en maskin, og, som de skal, ja, forme og jobbes med. Ferdig med det. Mens jeg tror at kvinner, ehm, er mer åpen for, at det er en, en sammenheng mellom levd liv, følelsesregulering og de smertene, plagene eller dysfunksjonen som de har.»

Student 1: «Ja, mhm.»

Informant 1: «Og dette tror jeg henger og sammen med at tradisjonelt at menn syns at dette med følelser, er, et ikke-mannlig tegn. Så de skal ha en biomedisinsk forklaring på sine plager, ehm, i motsetning til kvinner som det er et mindre tabu for da.»

Student 1: «Ja».

Informant 1: «Det er sikkert en haug med kjønnsforskere som ville vært uenig med meg, men det, dette mener jeg». (Latter).

Student 1: «Ehm, hvor lenge behandler du, ehm, pasienter i denne pasientgruppen, sånn ca., før du enten henviser videre eller avslutter?»

Informant 1: «Hvor lenge de går i behandling?»

Student 1: «Ja.»

Informant 1: «Ehm, jeg vil nok si at jeg har de inne et år.»

Student 1: «Mhm.»

Informant 1: «Men da er det gradvis utfasing. Jeg tenker alltid utfasing, jeg går aldri på hver uke og så plutselig slutt. De går ukentlig, så er det hver fjortende dag, så er det hver tredje uke, så er det en gang i måneden, og så er det slutt.»

Student 1: «Ja.»

Informant 1: «Og det er fordi at jeg ikke vil at de skal bare gå videre til en ny behandler. Jeg vil på en måte at vi skal bli enige om at, kanskje dette er endestopp, ikke mer behandling rundt i systemet, ehm, og at de skal bli stadig tryggere på at, eh, de kan stå på egne bein.»

Student 1: «Mhm.»

Informant 1: «Derfor så, eh, blir det en sånn utfasingsdel. Og dermed syns jeg og at en kan forsvare en lenger behandlingstid, fordi at det er ikke ukentlig. Det er stadig sjeldnere. Så, totalt så blir det ikke så masse behandlinger som en, en kan tenke når en hører at «åh, pasienten har gått et eller to år i behandling.». Det er veldig avhengig av hvor hyppig den kontakten har vært.»

Student 1: «Mhm.»

Informant 1: «Ja, for psykomotorisk fysioterapi skal jo være hjelp til selvhjelp, sant. En må hjelpe pasientene til å, ja, tåle, begynne å ja, tåle sine smerter og plager og det livet de står i, men på en annen måte. Sånn jeg ser min rolle da.»

Student 1: «Ja, mhm. Det er interessant. (Latter)».

Informant 1: «Ja, (latter). Ja.»

Informantens forståelse av pasientgruppen

Student 1: «Ehm, da beveger vi oss litt videre til en bolk med spørsmål som omhandler din forståelse av denne pasientgruppen.»

Informant 1: «Ja.»

Student 1: «Ehm, så da lurer vi på, hvordan forstår du pasientgruppen?»

Informant 1: «Ehm, (kort tenkepause), det henger vel sammen med sånn som jeg forstår menneskekroppen. Altså mennesket som er kroppslig vesen. Og det er at vi kan ikke fri oss fra at, at, ehm, kroppen uttrykker levd liv, og vi bruker kroppen, ehm, til å regulere oss. Eller justere oss, følelsmessig. Og det er uansett om folk har en organisk betinget, ehm, plage, sykdom eller ikke. Altså livet, og måten vi forholder oss til bakgrunnen vår, våre erfaringer, og livet vi lever i dag, det vil alltid, ehm, være en del av, eh, ehm, det vil være en del av de smertene og plagene og dysfunksjonen som pasienten viser oss.»

Student 1: «Ja. Ja. Ehm, hvordan forstår du fenomenet «uspesifikke» smerter?»

Informant 1: «Ehm, det forstår jeg som sammensatt. Når det er snakk om sammensatte, ehm, sammensatte plager. Sammensatt liv. Og at det ikke er en klar organisk betinget årsak til at pasienten har de smertene eller plagene, ehm, som han har da. Altså, sett i et biomedisinsk perspektiv.»

Student 1: «Mhm.»

Informant 1: «For, alle, *alle*, (latter), er jo ute etter å finne, eh, et svar på hvorfor de har de smertene de har. At de skal finne en feil.»

Student 1: «Mhm.»

Informant 1: «Fra et bilde, eller en undersøkelse. Ehm, men nå jeg undersøker pasienter så skjønner jo jeg veldig godt hvorfor de har vondt. Men, det er liksom ikke godt nok fordi at de ser jo helt friske ut, sant. De ser jo ut som meg og deg. Men allikevel så kan de har så masse smerte og plager. Og det kan ikke de forstå. Og det er det kanskje også folk i helsevesenet heller som ikke forstår. Vi har hvert fall problemer med, å, å utrykke eller formidle det til pasienten uten at vi bruker begreper som psykisk eller fysisk, ehm, nå kjenner jeg at jeg lett kan snakke meg vekk. (Latter). Du må hente meg tilbake. Ehm, ja, hva var det du egentlig spurte om? (Latter).»

Student 1: «(Latter). Ehm, jeg spurte om hvordan du forstår fenomenet «uspesifikke» smerter?»

Informant 1: «Ja, (kort pause), ja, for det, det er sammensatt, det er ikke klar organisk betinget, ehm, ja, det er ikke klar organisk betinget, ja hva skal jeg kalle det, årsak til at pasienten har de smertene eller plagene han har. Eller at smertene ikke står i, i, det samsvarer

ikke med det et eventuelt bilde viste da. Okei, du har, du har litt slitasje i ryggen, og så har de kanonvondt i ryggen liksom. Så, så, så står det ikke i samsvar. Og da blir det lett den «nei, dette er uspesifisert, vi skjønner ikke hvorfor pasienten har så vondt».

Student 1: «Mhm.»

Informant 1: «Men de glemmer jo å se på pasienten sine belastninger, og liv. Sant?»

Student 1: «Ja.»

Informant 1: «Ja».

Student 1: «Ja. Eh, hva er dine erfaringer med hvordan pasientene ser på sin egen helsesituasjon?»

Informant 1: «(Kort pause) Ehm, (kort pause), jeg opplever at, at pasienter er åpne for at det er en sammenheng mellom, ehm, belastninger de har hatt og plagene de har, men samtidig så uttrykker de og, eller sier sånne ting som; «men jeg lurer på om det egentlig ikke er noe, altså underliggende sykdommer, at det egentlig er noe annet galt her.». Altså de er litt sånn todelt. De er med på det, men så er de litt redd for at det kanskje er noe annet. Og det, ja på en måte blir jeg nesten litt sånn, jeg vet ikke om jeg skal bruke ordet fascinert, men jeg har bare lagt merke til det, og så tenker jeg «ja hvorfor er det sånn?». (Kort pause). Jeg tenker at det er så innlysende, men for de så er det kanskje ikke like innlysende, og det er kanskje ut ifra den kulturen og det språket vi bruker om, om, ehm, kropp og helse da. Altså et eksempel er jo bare alle disse her (latter), propagandaen til Dagbledet, Dagbladet og VG, om at «åh du kan egentlig ha hjertesvikt, Parkinsons, Gud vet hva», også ramser de opp en haug med symptomer som jeg tenker «ja men jeg har jo mange av disse symptomene». Altså det er ikke rart folk blir og litt engstelig for at det egentlig er noe annet.»

Student 1: «Mhm.»

Informant 1: «En annen ting er at pasienter og leter etter et språk å kunne formidle sine plager, eventuelt ikke kunne være i jobb, eller ja, ikke være fullt funksjonsdyktig til sine omgivelser. Å si til en venninne eller, en søster eller bror eller hvem det enn er, at «nei, det er bare livet som har satt seg i kroppen, det er derfor jeg (latter) jeg har så vondt at jeg ikke klarer å være i jobb», eller sant. Altså, jeg kan jo forstå det ut fra pasientens perspektiv at, at det kan virke litt fislete.»

Student 1: «Mhm.»

Informant 1: «Samme om jeg mener at det ikke er fislete. Jeg mener at det, dette er jo så opplagt. Så jeg tror det er to ting, disse to tingene jeg nå har sagt, som gjør at, gir pas, at pasienten på en måte er med på at det er en sammenheng, men de frir seg ikke fra at det er noe annet. Og for Guds skyld, altså det kan jeg godt gjøre, det ene utelukker ikke det andre, men

når de har vært i en, ørten, undersøkelser, og MR, og CT og nevrologer og Gud vet hva de ikke har vært gjennom, også er det fortsatt en liten sånn, en liten stemme som sier til dem at «jamen det *kan* være noe annet». Så, så er det, så har det kanskje sammenheng med de to tingene som jeg sa nå.»

Student 1: «Ja.»

Informant 1: «En vet at, ja».

Student 1: «Mhm. Ehm, hva opplever du er pasientenes forventinger til fysioterapi og behandling?»

Informant 1: «Ehm, (tenkepause), jeg opplever at pas, pasienter kommer til meg, jeg tror ikke alltid de vet hva de går til, for de skjønner ikke helt hva psykomotorisk er. (Tenkepause). Ehm, men de sier jo som oftest at de vil bare bli kvitt sine smerter og plager. De vil bare få det bra.»

Student 1: «Mhm.»

Informant 1: «Ja. Også kan jeg begynne å nøste oppi det. Altså, hva vil det si, hva er bra for noe, ehm, ja, hva er det? Så det, jeg syns ikke alltid det er så lett å avklare forventinger med pasienter. Det er rett og slett fordi at de ikke vet helt hva psykomotorisk er, og de baserer jo sine forventinger fra tidligere terapi. Som kanskje er litt mer biomedisinsk, da.»

Student 1: «Mhm.»

Informant 1: «Ja, så, (sukk), så det, den samtalen om mål og forventinger, den pleier jeg å ta etter at jeg har hatt dem inne noen ganger, sånn at de har fått kjent på egen kropp hva psykomotorisk handler om. Den praten kommer kanskje litt senere.»

Student 1: «Ja.»

Informant 1: «Da har de litt mer forutsetninger for å komme med det de trenger hjelp til. Ja, også må jeg jo si at og at noen pasienter tror at psykomotorisk fysioterapi er å snakke *om* kroppen, altså at det er snakketerapi. Og det avklarer jeg med en gang at det er det ikke. Terapi er del av en kroppslig, ehm, er en del av den kroppslige behandlingen, men det er jo kroppen sin innfallsvinkel hele tiden. Det er ikke samtale om et eller annet, og så gjør vi noe kroppslig etterpå. Dette her skal henge sammen, og den kroppslige behandlingen der pasienten erfarer, ehm, ting kroppslig, det er jo det som er i fokus.»

Student 1: «Mhm, ja.»

Informant 1: «Ja.»

Student 1: «Mhm.»

Informant 1: «Dere må bare spørre hvis jeg ikke, jeg kan glemme litt spørsmålet, jeg går så inn i det, jeg snakker, at jeg, (latter), at jeg glemmer plutselig litt hva spørsmålet var.

(Latter).»

Student 1: «(Latter). Nei, det går bra det. (Latter)».

Informant 1: «(Latter). Ja.»

Informantens tilnærming til pasientgruppen

Student 1: «Ehm, jeg tenkte vi skulle bevege oss litt over på, eh, tilnærming til pasientgruppen. Ehm, så da lurer vi på, hvordan vil du beskrive tilnærmingen din til pasientgruppen?»

Informant 1: «Ehm, (sukk), det viktigste jeg gjør, eller det viktigste jeg og pasienten gjør i lag, det er at pasienter skal få bedre grep på seg selv. Og erfare, (tenkepause), erfare, ehm, ting kroppslig. Nei, her startet jeg i, her ble jeg veldig innfløkt. Altså for å si det sånn, jeg starter alltid med en grundig anamnese og kroppsundersøkelse, det som vi i psykomotorisk fysioterapi kaller prøvebehandling. Og ut ifra det så ser jo jeg, eh, og hører, og kjenner, eh, pasienten sine spenningsmønster som blir uttrykt i, både i pust, og spenning i muskulatur, deres vanemønster og funksjon. Og da må pasienter bli bevisst dette her, og da må jeg spørre etter «kan du merke, kan du legge, kan du legge merke til at du står litt mer på, på den foten enn den, eller at du løfter skuldrene». Altså, en må begynne å gjøre de oppmerksomme på deres strategier som har brukt og som de bruker i dag. Og når de begynner å få det så jeg kaller da denne kroppskontakten, så må jo vi begynne å utforske i lag; er det nye måter å være i verden på? Er det nye måter å stå på, gå på, å sitte på, ligge på? Er det nye måter å, ehm, å være i lag med andre på? Er det nye måter å, ja, trene på, bevege seg på? Nye måter å, å, ehm, behandle seg selv på? Det er jo det vi leter etter. Omstillingen. Altså pasienten sitt endringspotensial. De kommer jo i terapi fordi de ikke har det bra på en eller annen måte, å da vi leter etter, først må de bli bevisst på hva de har holdt på med i livet sitt. Noe som alltid er kroppslig. Også må vi se på om det er mulig å, å gjøre noe nytt nå. Når pasientene har blitt bevisst på disse tingene. Må jeg alltid, eh, trekke meg sammen når jeg møter andre mennesker, eller kan jeg kanskje strekke meg litt i ryggen og slappe av i skuldrene og slippe til pusten litt? Hvordan blir det da for meg å, å være i denne sosiale situasjonen? Så det er en utforskning. Og jeg har *ikke* fasiten.»

Student 1: «Nei.»

Informant 1: «Dette er utforskning i lag med pasienten. Det du leter etter, mening, i det du ser og kjenner, og hører.»

Student 1: «Ja.»

Informant 1: «At du løfter, altså, elevvert, protrauert skulderbue. Ja. Da kan vi gjøre masse øvelser for det i hytt og gevær og massere løst og styre på, men en må jo finne ut av hvorfor det har blitt sånn. For all dysfunksjon har en funksjon. Pasientene har ikke gjort, gått rundt i livet sitt, eller beveget seg, eller, ja, i et vakuum. De har valgt disse kroppslige strategiene ut ifra en, ut ifra tidligere erfaringer og kanskje livssituasjon i dag. Så vi må finne, vi må lete etter meningen i disse kroppslige måtene å regulere seg på.»

Student 1: «Mhm, ja.»

Informant 1: «Latter.»

Student 1: «Også lurer vi på, har du samme tilnærming til kvinner og menn i denne pasientgruppen?»

Informant 1: «(Kort tenkepause). Eh, ja, det har jeg. Eh, det er fordi at kvinner også kan ha en litt sånn holdning til at «nei, men dette her er bare en sykdom som ikke har blitt oppdaget, eller det er et bilde, det er ikke, det burde bli tatt nok et MR og så vil en finne den feilen. Altså det er jo ikke sånn at kvinner ikke kan komme med den holdningen. Og da er jo, eh, da er jo tilnærmingen min det samme overfor dem som menn, som jeg kanskje opplever mer har den holdningen da.»

Student 1: «Mhm.»

Informant 1: «Jeg og begynner å bli litt sånn, eh, ja, utforske det litt, og vise litt sånn «mmm», ja, bli litt sånn nysgjerrig på det da. Så forteller jeg hvordan jeg ser på det, også åpner jeg, det er ikke sånn at jeg avviser dem for at de har den, den holdningen, men, at jeg lager rom for det, og så tenker jeg at dette må vi kanskje gi tid. For da kan jo vi jobbe litt, da har jo vi litt, da har jo ikke vi felles forståelse, jeg og pasienten. Men pasienter, jeg tenker, de trenger jo også å få litt tid på seg da, fordi at då prøver vi litt for å se om dette er liv laget. Hvis ikke får vi jo avslutte, rett og slett fordi vi har ulik forståelse av pasienten sine plager og problem.»

Student 1: «Mhm.»

Informant 1: «Men min erfaring er at, jeg har faktisk ikke opplevd det. Jeg opplever at pasienter, etter hvert som de får kroppslige erfaringer, så åpner de seg opp for den muligheten at det, at det er noe, altså at det er en sammenheng mellom spenningene de har og, og livet de har og reaksjonsmønsteret de har per i dag.»

Student 1: «Ja. Ehm, hvilke tiltak erfarer du som viktigst for denne pasientgruppen?»

Informant 1: «(Tenkepause). Ehm, jeg tror det må være å gi de erfaringer. Kroppslige erfaringer. For eksempel, hvis de har et problematisk ekteskap for eksempel, og så forteller de

meg noe om dette ekteskapet. Og i det de forteller om dette ekteskapet, at de da legger merke til hva som skjer i kroppen. Sant, da legger de jo merke til at de hever stemmen sin, de blir sinte kanskje, de, de spenner seg i armene, eh, de biter kjeven. Altså, de får tak i at det skjer noe med kroppen når de forteller sine historier. Det er ofte en sånn aha-opplevelse for mange. At det som er belastende for dem, at det, at det kjenner de i kroppen der og da.»

Student 1: «Ja.»

Informant 1: «Eh, det ser jeg på som et viktig sånn, at de får opplevelse av den sammenhengen, og, og det å oppleve, ehm, ja at de for eksempel kan få kroppslig erfaring av å, for eksempel noen, jeg har hatt noen pasienter som sier at «ja, jeg, ja men jeg er jo avspent jeg, det er egentlig ikke det som er problemet». Og så ser jo jeg at de er jo kjempeanspent, og stresset, og så kan vi gjøre en prøvebehandling, og vi avslutter på benk, og så reiser de seg opp, og så, det har jeg opplevd flere ganger, så er det noen som har sagt «*nå* er jeg avspent. Jeg som trodde at jeg var det, men det har jo ikke vært. Det er jo nå jeg er avspent. Dette har jo ikke jeg, jeg, jeg husker ikke sist gang jeg kjente meg sånn som jeg gjør nå.» Altså det gir «The Golden Moment» altså. For det er noe de kjenner på kroppen, altså det er, det er nesten sånn at da får jeg lyst å finne frem champagnen og heise flagget, sant.»

Student 1: (Latter).

Informant 1: «Noen bare snakker om at ja, avspenning er viktig og bla bla i all evighet. Nei, de må kjenne det på seg selv. Det er ingenting som er sterkere enn det å kjenne noe på seg selv. At dette er bra for meg, eller dette er ikke bra for meg. Å gjøre de oppmerksomme på det, at det ikke bare, det er jo en rasjonell greie om at, «ja, jeg bør være, bør gjøre avspenning for det er så bra.» De må ha en erfaring med hvorfor det er bra. Og så tror jeg at det å være utforskende i lag med pasienten, at jeg ikke bare skraverer de en exor-ark med øvelser og sier «det skal du gjøre», men at vi i lag erfarer, eh, hvor det ene og det andre er bra for pasienten eller ikke bra for pasienten. Det å gjøre pasienten sine opplevelser gyldig, at det blir førende for terapien, ikke for at jeg mener at, at det skal være sånn, men fordi at jeg ser at det gir mening for pasienten, og jeg ser at det fører pasienten i en gunstig retning. Og der kan du si at jeg motsier meg selv, fordi det er jo ikke sånn, det er jo ikke sånn at alltid pasienten har rett og så skal vi bare følge etter som en slags sånn, eh, ehm, servicefolk. Det er ikke det jeg mener. De kommer jo til oss fordi de ikke har svaret. De trenger hjelp, så vi må bruke vår kompetanse, eh, til å hjelpe dem i en retning vi ser og oppfatter kan være bra for de og som de selv opplever er bra for dem.»

Student 1: «Mhm.»

Informant 1: «Ja.»

Student 1: «Ja. Er det noen tiltak du kommer på som du tenker at dette har hatt effekt, og dette har ikke fungert?»

Informant 1: (Lang tenkepause). «Nei, det synes jeg blir litt vanskelig å si, fordi det er helt avhengig av hvem pasienten er. Men sånn generelt, hvis jeg blir for masse i samtalen med pasienten, ehm, og nå sier jeg generelt, hvis jeg blir for lenge i samtalen med pasienten og snakker om ting, eh, så blir jeg helt sprø. Altså, da blir jeg så frustrert ofte. Eh, (sukk), fordi at det er ikke noe, da snakker vi bare, da snakker vi om ting som kanskje ikke går an å løse. Sant, en vanskelig livssituasjon, og så kan jeg bli frustrert fordi jeg mener at pasienten, (latter), bør bare gjøre sånn og sånn. Ehm, og så er det jo det at jeg er ikke psykolog, sant. En skal passe seg for det. Jeg tror kanskje generelt at vi psykomotorikere, vi kan snakke litt for masse. Det skal vi passe oss litt for, for vi er fysioterapeuter. Ehm, så de gangene jeg føler på frustrasjon, og liksom, kjenner at jeg blir overveldet av alt som pågår og har pågått i pasienten sitt liv, så er det for at det blir for masse snakking om tingene. Vi må, det, ja, generelt sett så er det best å være, eh, i det sammenheng å være fysioterapeut og jobbe med det kroppslige. For det er så konkret, det er noe som er her og nå. Det er noe vi kan utforske, og justere på eller regulere. Altså, det å liksom lete etter andre måter å, å være kroppslig på da. Og det kan gi mer, eh, det kan skape litt sånn større handlingsrom for pasienten. Fordi at, eh, samme om situasjonen, hjemmesituasjonen er kjempe-krevende, så kan en kanskje oppleve at det å faktisk gå i et annet rom og pause litt, eller gjøre øvelser, eller komme seg ut på en, en tur, at det faktisk er utrolig viktig for at pasienten skal tåle den vanskelige livssituasjonen som vedkommende står oppi, og som hun eller han ikke kan gjøre noe med per i dag.»

Student 1: «Mhm.»

Informant 1: «Ja, og så, det er, generelt sett, er å gjøre noe konkret og kroppslig i lag.»

Student 1: «Ja.»

Informant 1: «Ja.»

Student 1: «Ja, flott. Ehm, er det i hovedsak erfaring eller forskning som preger dine valg om tiltak?»

Informant 1: (Tenkepause). «Nei, jeg vil si, (tenkepause), vanskelig å si. Altså, jeg leser jo masse på sånn der, har jo lest masse psykomotorisk, og oppgaver, og masteroppgaver, og doktorgrader, og ehm, men, jeg bruker jo den der menneskekunnskapen min da. Og det er vel den erfaringsnære. Jeg føler jeg bruker hele meg, hele mitt liv og den jeg er. Så, (sukk), vanskelig å si noe sånn prosent, hvis det var det du var ute etter. Jeg tenker at, dette er bare enn sånn, det er bare en sum, det er bare, jeg har stappet alt oppi en verktøykasse og så bruker

jeg det ut ifra sånn, ut i fra den konteksten og den pasienten jeg har, og hvordan jeg er. Jeg er jo ikke alltid lik.»

Student 1: «Mhm.»

Informant 1: «Som at det er noen dager jeg ikke har lyst å gå på jobb, jeg er sur og trøtt og har nok med mitt eget, og, og da kan en merke at jeg er litt, kanskje litt mer sånn, ja, kanskje jeg ikke er like lyttende overfor pasienter. Og andre dager så er jeg ikke der. Da er jeg mer lyttende, veldig på utforskning, veldig engasjert. Alt dette her påvirker jo og hva som skjer i terapirommet. Hva som skjer med pasienten. Altså, hvis pasienten kanskje bare aner at jeg er litt distansert, eller avvisende, selv om jeg prøver å skjule det, så kan det og være at de legger merke til det likevel.»

Student 1: «Mhm.»

Informant 1: «Og det påvirker da, ja kanskje de ikke klarer å slippe så masse spenninger den timen, eller hva enn som er målet. Dette her finner en ikke evidens-basert forskning altså».

Student 1: «Mhm.»

Informant 1: «Så ... disse tingene som jeg nå snakker om er like viktig som RCT, for å si det sånn. Vi påvirker hverandre hele tiden.»

Student 1: «Ja.»

Informant 1: «Og konteksten.»

Student 1: «Mhm. Ja. Eh, hvor mye vektlegger du samtale i behandling med disse pasientene?»

Informant 1: «I og med at jeg er et veldig verbalt menneske selv, det hører dere kanskje, (latter), snakker masse og er intens og har masse på hjertet, så vet jeg at jeg lett kan gå inn i samtalen. Jeg ville på et tidspunkt også bli psykolog, så det at dette er jo og en interesse jeg har. Så jeg må være veldig bevisst på at jeg ikke blir i samtalen om tingene. Så, jeg er veldig opptatt av at, å tenke, «jeg er fysioterapeut, og så er jeg psykomotoriker, og vi skal jobbe kroppslig». Og når vi snakker, så skal det være med utgangspunkt i det som skjer i timen eller det de har opplevd av, ja kroppslige ting, for eksempel det å oppdage at hvis jeg bare trener halvparten av det jeg pleier, så får jeg ikke de vanlige smertene mine. Altså det er viktig å snakke om, å gjøre de bevisste på hva er det det handler om, når du faktisk gjør mindre, når du presser deg mindre, så får du mindre smerter. Hm, interessant. Hva tenker du om det? Altså, det er en viktig samtale å ha. Fordi at da setter pasienter ord på de kroppslige erfaringene de har hatt, og så blir de bevisst disse sammenhengene, og så kan de begynne en, en endringsprosess i livet sitt.»

Student 1: «Ja.»

Informant 1: «Så, det er veldig viktig at, at, vi skal vite hvorfor, eller hva vi bruker samtalen til. Det er ikke om vær og vind og tralala. Den må ha et fokus, og et mål og et tema. Og det er sammenvevd med det kroppslige.»

Student 1: «Mhm.»

Informant 1: «Og av og til så kan den samtalen kanskje ta mer enn det vi gjør i selve timen, men da har den et viktig fokus som handler om for eksempel som å oppdage sammenhenger og snakke om det.»

Student 1: «Ja.»

Informant 1: «Eller et, ja.»

Student 1: «Ja. Eh.»

Informant 1: «Var det svar på spørsmålet?»

Student 1: «Ja, absolutt.»

Informant 1: «Ja.»

Student 1: «Ehm, hvordan snakker dere om smerte?»

Informant 1: «Ehm, for pasienter er jo ofte det litt sånn uforståelig. I begynnelsen. Men så er det jo at etter hvert så oppdager de kanskje at, ja, at for eksempel som jeg nettopp sa, når de trener, når de gjør noe som er på tvers av det som kroppen ber de om, så får de smerte. Og då begynner jeg å, da begynner jeg å snakke om kroppslige tegn. Jeg snakker ikke om symptom. Jeg snakker faktisk om tegn, jeg. At det er tegn på at nå har du kanskje presset deg for hardt, eller tatt for hardt i, eller, eller du har det ikke bra med deg selv. Ehm, altså smerte er et tegn på at noe ikke er som det skal. (Lyd fra informantens PC, får en mail). Og med disse pasientene som jeg møter, så handler det om at tåleevnen deres ofte er blitt overveldet eller, hva heter det? Tålegrenser er, hva heter det da? Gått over ... Hjelp meg.»

Student 1: «Overskredet?»

Informant 1: «Hva sa du?»

Student 1: «Overskredet? Overskride?»

Informant 1: «Ja, åh, det var ordet jeg skulle ha. Ja, overskredet.»

Student 1: «Mhm, ja.»

Informant 1: «Så da prøver kroppen å gi beskjed, via et tegn som smerte. Som igjen pasientene må få en erfaring av den sammenhengen. Jeg kan ikke bare si at sånn er det og vise de at: «åh her er inni hjernen» og et eller annet smerteuttrykk og noen greier. Nei, de må få erfaringen. Jeg sier ikke at det andre ikke er viktig altså, men en må gi pasientene og erfaring på at det er sammenheng mellom å overskride sine kroppslige grenser og de smertene som,

som oppstår. Men nå snakker ikke jeg om akutte smerter, nå snakker jeg om disse såkalte uspesifikke, sammensatte, langvarige, kroniske, og så videre.»

Student 1: «Ja, mhm. Ehm, bruker du undervisning i pasientbehandlingen?»

Informant 1: (Sukk). «Jeg må innrømme at jeg er litt sløv på det der altså. (Latter). Det er et eller annet med når noen sier psyko-edukasjon for eksempel, da går min rullegardin ned. Jeg vet ikke jeg. Kanskje at, det kan godt være at jeg driver med undervisning uten at jeg er klar over det, men jeg kaller det ikke undervisning. Jeg bare gjør det. Vi snakkes masse om ting, vi snakker om sammenhenger, vi snakker om kroppen sitt uttrykk, levd liv. Jo forresten! Av og til, i noen tilfeller, spesielt pasienter som er *meget* traumeutsatte, så viser jeg dem toleransevinduet. Og jeg viser dem den der modellen. (Lyd fra informantens PC, får en mail). Og det gjør jeg for at, fordi de er ofte helt fortvilet over en form som er så svingende. De er kjempeaktivert, og så raser de ned i total utmattelse. Eller en hypo-aktivering da, hvis vi skal bruke traumespråket. Eh, i perioder eller dager eller ukesvis. Og det, det virker som pasient, de pasientene finner veldig mening i det. Og gir de litt forståelse og kontroll over sin egen, eh, situasjon. De forstår seg selv, det er viktig å forstå seg selv. Eller så føler du at du ikke har grep på deg selv, sant, og da, da blir du redd og har det ikke bra. Men, jeg er litt sånn forsiktig og med disse modellene, for jeg vil, det er så lett at en begynner å bruke modeller og forklaringsmodeller som gjør at folk blir mer fremmedgjort til seg selv. Jeg liker helst å bruke et erfaringsnært språk, dagligspråket som folk, som gir folk en nærhet til seg selv. Det å kjenne seg på tuppå, eller gele i beina, altså, når jeg sier det så er jeg sikker på at dere skjønner hva jeg mener, sånn, med en gang. Ha sommerfugler i magen, eh, gråten i halsen. Sant, det er noe som vi alle vet er allmennmenneskelige erfaringer. Vi vet hva det vil si. Jeg tror det er viktigere å bruke et sånt språk i lag med pasienter, enn å drive med noe mer sånn abstrakt skolerte, eh, modeller og språk, som igjen pasienter får mer avstand til seg selv, sin historie og sin kropp.»

Student 1: «Ja.»

Informant 1: «Vi må vite det som fagpersoner, for vår del, men vi skal tenke oss om noen ganger før vi presenterer det til pasienter. Mener jeg. Ikke, aldri en regel uten unntak. Og det er jo mange unntak.» (Latter).

Avslutningsvis

Student 1: (Latter). «Ja. Vi nærmer oss slutten på intervjuet, vi har noen få avslutningsvise spørsmål. Ehm, men før det så vil jeg bare høre med min medstudent om hun har noe hun vil tilføye?» (Latter).

Student 2: «Nei, det var bare, jeg lurte bare på en ting som du sa helt innledningsvis om hvor mange pasienter du har i uken. At du har seks til dagen?»

Informant 1: «Ja.»

Student 2: «Har du noen av de samme pasientene flere ganger i uken, eller?»

Informant 1: «Nei, aldri.»

Student 2: «Nei.»

Informant 1: «Det er nok. De må få tid til å la ting synke inn. Jeg er veldig kritisk til overbehandling i dag, og det er et problem. Det er for masse behandling.»

Student 2: «Ja.»

Informant 1: «Så kjempe-nøye på det. Og at de ikke går i parallellbehandling. Det er noen få tilfeller der jeg sier at det er greit, de får gå til kiropraktor eller manuellterapeut, men som oftest sier jeg nei. Da må de velge.»

Student 2: «Okei.»

Informant 1: «Ja.»

Student 1: «Ja. Ja. Da lurer vi, sånn helt på tampen på, hvilke råd du ville gitt til to nyutdannede fysioterapeuter før de skal møte denne pasientgruppen?»

Informant 1: (Latter). «Ja. Si det. Ehm, dere vet ikke alt etter å ha gått tre år på bachelor. For å si det sånn, jeg jobbet tidligere med rehabilitering, det var før jeg hadde tatt psykomotorisk, jeg jobbet på rehabilitering. Jeg jobbet i stor grad med overvekt og uspes, eller, muskel-/skjelett. Og hadde jeg visst det jeg vet i dag, eh, så tror jeg i en del tilfeller at de tiltakene og rådene jeg ga hadde vært litt annerledes. Eh, jeg tror det er veldig, eh, dere, dere vil ikke, eh, generelt sett så tror jeg ikke dere vil kunne hjelpe denne pasientgruppen med litt sånn standard fysioterapi. Veldig mange av disse pasientene har gått i, det som jeg kaller konvensjonell fysioterapi, uten å få noen langvarig hjelp ut av det. Og det er fordi at vi sier at «nei det er ikke biomedisinsk, dette er biopsykososial modell vi jobber ut ifra, og vi tar hele pasienten sin, eh, situasjon, eh, i betraktning». Ja, vi sier det, men hva gjør vi i praksis? Jo, vi masserer vonde skuldre, vi gir øvelser. Og så tror jeg at fysioterapeuter, og studenter, også kjenner på at det er noe de ikke helt har fått tak i, det er noe med den vanskelige livssituasjonen, men de vet ikke hvordan de skal, hva de skal gjøre med det i praksis. Sant?»

Student 1: «Mhm.»

Informant 1: «Det er noe, men hva skal jeg gjøre med det, annet enn at jeg kan massere og gi de noen råd om å ta det litt rolig, sant. En mangler det konkrete verktøyet med å, med å begynne utforskningen som jeg snakker om. Dette med å gi pasienter kroppslige opplevelser, erfaring, i disse her psykomotoriske timene. Nå kan det høres ut som at jeg liksom mener «åh

psykomotorisk er det beste på jord og det er det eneste verktøyet». Nei, det er det ikke, eh, men det er helle ikke det motsatte. Denne tilnærmingen, og denne tradisjonen, ehm, ehm, ja, har egentlig gitt meg det jeg trenger for å kunne møte denne gruppen her på en, ehm, ja, kunne hjelpe dem faktisk.»

Student 1: «Ja.»

Informant 1: «Så skaff dere mer, om dere ikke tar utdannelsen, så skaff dere mer kunnskap om det.»

Student 1: «Mhm.»

Informant 1: «Det er mitt råd.»

Student 1: «Takk! (Latter). Det er bra!»

Informant 1: (Latter). «Gjerne ta utdanningen også!»

Student 1: «Ja (latter).»

Informant 1: «Det er i hvert fall kjempespennende, jeg vil aldri lei denne jobben! Det er kjempespennende fordi at det er ikke noe standardisert, det er ikke tre ganger tolv, og gjør fem øvelser av den, eller og så litt massasje. Det er utforskning, det er kjempespennende og krevende.»

Student 1: «Ja, det høres spennende ut. (Latter).»

Informant 1: «Det pleier det!»

Student 1: «Også lurer vi på om det er noe du ville ha spurt om, som vi ikke har tenkt på?»

Informant 1: (Lang tenkepause). «Nei, tror ikke det. Jeg vil bare si at det som folk sier, det kan være noe annet enn det som viser seg i praksis. Altså, når dere intervjuer fysioterapeuter, sa kan en si at «ja, jeg forstår at livet setter seg i kroppen og la la la», men viser det seg igjen i praksis? Det er bare en sånn, jeg vet ikke, hvorfor sier jeg det? Det ble bare et litt sånn tankekors, at det vi sitter og sier ikke alltid er det som viser seg. Så prøv å undersøke praksis. Nå skal jo dere snakke med tre stykker om, om, eh, ja dere skal jo snakke med tre forskjellige, eh, terapeuter som representerer på en måte, ulike greiner av, holdt jeg på si, ja, av fysioterapi da.»

Student 1: «Mhm.»

Informant 1: «Så, ja, det får bli eventuelt neste prosjekt, at dere ser på forskjellig praksis. (Latter)».

Student 1: «Ja. (Latter)».

Informant 1: «Ja, nei, jeg har ikke noe».

Student 1: «Nei.»

Informant 1: «Jeg synes dere har stilt gode spørsmål, jeg.»

Student 1: «Ja, så bra. Da lurer vi bare på om du har en sluttkommentar, før vi skrur av båndopptakeren?»

Informant 1: «Nei, ikke annet enn at jeg synes det er veldig, det er veldig utviklende for meg og. Jeg merker jo at jeg famler med ord og litt sånne ting, men sånn er det jo. Og det er alltid vanskelig å, jeg synes det er utfordrende dette med å snakke om kropp og psyke, fordi at det er jo egentlig, på en måte er det jo ikke to forskjellige ting. Fordi at det henger sammen, og det er veldig vanskelig å snakke om det».

Student 1: «Mhm.»

Informant 1: «På en måte som ikke deler opp. Jeg mener at når vi sier biopsykososial modell, så er det også en oppdeling. Ja. Nei, jeg har ikke noe annet å si.»

Student 1: «Nei, da tar jeg bare av båndopptakeren».

Informant 1: «Ja.»

Vedlegg 5: Transkripsjon 2

Transkripsjon intervju 2: Manuellterapeut

Student 1: Intervjuende student

Student 2: Observerende og noterende student

Informant 2: Informanten

Innledende spørsmål: utdanning og erfaring

Student 1: «Sånn. Eh, så tenker jeg at vi starter med noen innledende spørsmål. Hvor lenge har du jobbet som fysioterapeut?»

Informant 2: «Jeg har jobbet i 20 år. Jeg var utdannet i «nevnt land» og var ferdig med det egentlig i 99, men, der, der, har det er sånt ekstra forsknings-år, så de har en såkalt bachelor med honours, sånn at de har et fjerde år i tillegg. Så jeg var ferdig i 2000 der, og så fikk jeg autorisasjon i Norge i 2000 i mai. Så da har jeg jobbet i 20 år.»

Student 1: «Ja, så neste spørsmål var egentlig om du kan fortelle litt om utdanningen du har, men du nevnte det jo så vidt, men.»

Informant 2: «Joda, ehm, jeg tok grunnutdannelsen min fra 96 til 2000, og så tok jeg videreutdannelsen, formell videreutdanning i manuellterapi og der var jeg ferdig i 2004. Så det er den formelle utdannelsen jeg har innenfor fysioterapi. Jeg har også to år med psykologi, fra tidligere, også har jeg også jobbet som befal i Saniteten i militæret. Så, litt bred, bred bakgrunn der sånn.»

Student 1: «Ja.»

Informant 2: «I tillegg til spesiell kursing og sånn som har kommet underveis, men det er sikkert ikke det dere vil ha.»

Student 1: (Latter). «Nei, ja. Det er bra. Eh, så lurte vi på hva du har mest erfaring med som fysioterapeut?»

Informant 2: «Altså jeg har hele tiden hatt en stilling på sykehus, og den har jeg egentlig beholdt helt siden jeg begynte, så jeg jobber «nevnt»% på «nevnt» sykehus. Så det er der jeg har kontoret mitt, så det er der jeg har jobbet de siste 20 årene. Men i løpet av denne tiden også så ble jeg ganske sterkt involvert med blant annet en del av indremedisinen på gastroavdelingen, så jeg jobber også veldig tett opp mot mage/tarm-problematikk, så jeg har

masse IBS-pasienter blant annet. I tillegg til det så har jeg vært veldig delaktig i en kollega sin doktorgrad, så jeg har altså vært tidig med på å få, ehm, både på behandlersiden men også forskningssiden i forhold til de prosjektene han har hatt, og da spesielt for langvarige, kroniske, uspesifikke ryggsmertesmerter. Så, så hovedbakgrunnen min er kompliserte, sammensatte smertepasienter, det er det jeg har mest, mest erfaring med, og det jeg jobber mest til daglig også. Men med element av også funksjonelle mage/tarm-lidelser, som, som passer veldig godt inn i gruppen med langvarige smertetilstander.»

Student 1: «Ja, eh, hvor mange pasienter med, med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettsmerter har du ca. i løpet av en uke?»

Informant 2: «I løpet av en uke? Tja, et sted mellom 30 til, 30 til 40 kanskje.»

Student 1: «Ja.»

Informant 2: «Ja. Så mye. Det, det, hovedtyngden av, av pasientene vi har, har langvarige, uspesifikke, sammensatte smerteproblemer, så, så det, det vi ser absolutt desidert mest av.»

Student 1: «Ja. Hvordan er fordelingen mellom kvinner og menn blant disse pasientene?»

M: «Ehm, jeg har ikke akkurat tallet, men jeg vil si at det er en liten overvekt mot kvinner. Så, 70/30, 60/40, kanskje.»

Student 1: «Ja. Har du gjort deg noen tanker om hvorfor det er sånn?»

Informant 2: «Ja, mange. (Latter). Jeg gjorde meg tanker om det. Men, men det, det er nok sannsynligvis kompliserte, sammensatte svar på det. Men det, det har lite granne med terskel for, for noen å oppsøke hjelp, det er det ingen tvil om. Kvinner er flinkere til å oppsøke hjelp for denne typen problemstillinger. Ehm, også er det nok også mer av sosiologiske bakgrunn, at, at, den typen pasienter som sliter med sammensatte problemstillinger, har ofte også, ja, multifaktorielle, ehm, årsaker til at de, at de får dette her. Og vi ser nok en over-representering innenfor den type yrker som er, er tunge, som er innenfor statisk, repetitive arbeid der det er liten grad av autonomi, spesielt, en gjerne innenfor pleie- og omsorg, innenfor, for, den type jobber som man mindre grad av autonomi i. Så, så det har nok lite granne med at, at, en stor andel som kommer fra kvinnedominerte yrker, og der ser vi også *mer* av denne typen problemer. Det er ikke å utelukke det at menn ikke har akkurat de samme problemene, men det er færre menn som oppsøker hjelp.»

Student 1: «Ja. Hvor lenge behandler du sånne pasienter før du henviser videre eller avslutter?»

Informant 2: «Nei det er veldig individuelt. Eh, det er det. Men tradisjonelt sett så ser vi det både med, med den tilnærmingen vi har, ehm, og, og, og måten vi jobber på, så, så pleier vi nok å se at, at, at man har tre-måneders perspektiv på å kunne si noe om, om, om fremdrift i

hvert fall. Sant, så litt avhengig av pasientgruppen, så, så, så et typisk behandlingsforløp kan være alt ifra, holdt på si, et par konsultasjoner til tre måneder, og så er den liten andel av de som da man følger opp over lang, lang, lang tid. Sant, og da er det litt spesielt i forhold til den roller vi har som manuellterapeuter, der vi er primærkontakt også, så, så det er ikke sånn at man har et behandlingsforløp og så avslutter man det. Man, man har pasienten gående, med, med åpen kontakt, så det at de tar kontakt ved behov, ettersom at vi er primærkontakten deres, altså de vil nok oftere da ta kontakt med oss enn med fastlegen. Så, så på den måten blir vi brukt som fastleger for, for mange av disse pasientene, både for i forhold til sykemeldinger, til dokumentasjon, til henvisninger, og rekvirering av en del undersøkelser. Sånn at, at, at det blir en litt annen måte å holde pasientene på. På grunn av den rollen som vi har da.»

Student 1: «Ja.»

Informant 2: «Men ved et typisk forløp, ehm, vil jeg si, ja ca. tre måneder er ikke uvanlig.»

Informantens forståelse av pasientgruppen

Student 1: «Okei, ja. Eh, da går vi litt videre til en bolk med spørsmål som omhandler din forståelse av pasientgruppen.»

Informant 2: «Ja.»

Student 1: «Så, vårt første spørsmål er; hvordan forstår du pasientgruppen?»

Informant 2: «Nei altså du kan si det at, at, at dette er jo som, som ordet uspesifikk tilsier, så, så er det en gruppe med pasienter som har multiple faktorer, variable symptombilder som, som, som påvirker dem. Ehm, det er der vi ser at det er sammensatt, i forbindelse med at det kan være biologiske, fysiske, sosiologiske, kognitive, psykiske miljøfaktorer som er med å påvirke situasjonen deres. (Hoster). Men hvis det er en ting jeg skal si, er det at det er en fryktelig heterogen gruppe. Sant, det er veldig lite homogenitet i gruppen, sånn at hver pasient er ulik, og hver pasient er unik, som gjør at det er fryktelig vanskelig å finne én type tilnærming som passer for alle. Dette er kjempe-frustrerende både for, for pasientene, selvfølgelig, men også for oss som klinikere, fordi at det finnes ikke en løsning som passer for alle. Men det er det der med å kunne skreddersy da en, en pakke med, med intervensjoner, om du vil, ehm, som, som da kan adressere det multi-dimensjonale med, med problemstillingene vi møter. Eh, og det, det er aldri likt, men det vil ofte ha elementer av, av de samme tingene, ehm, det, det vil det.»

Student 1: «Ja.»

Informant 2: «Men, så, den type tilnærmingen vi, vi benytter oss mest av, for det finnes ikke én, men, men det er nok i retning av kognitiv funksjonsrettet behandling. Sant, og det kan innebære veldig mye. Men, men, vi ser etter, eh, et element, med, med, med kognitiv tilnærming, ehm, eller biopsykososial tilnærming, er nok det største paradigmeskiftet vi har sett innen fysioterapien over de siste 15-20 årene. Sånn at, at, at, hands-on behandling er, er, ikke avlegg på noen som helst måte, men det har blitt en mye mindre del av den pakken. Det er noe vi har sett veldig tydelig nå i disse dagene når vi ikke kan ha pasienter, men der da etterspørselen med, og muligheten til å jobbe via videokonsultasjon slik som vi gjør nå, er definitivt tilstede. Så jeg har ikke så mye mindre å gjøre nå, etter at vi stengte, for å si det sånn. Jeg jobber hver dag med videokonsultasjoner for pasienter. Og det sier jo lite granne om at, at, at måten vi jobber på har endret seg veldig mye.»

Student 1: «Ja.»

Informant 2: «Men for å konkludere så vil jeg si det at, at hver pasient er ulik, hver pasient er unik, og, og er påvirket av multiple faktorer som vi har mulighet å adressere i denne pasientgruppen.»

Student 1: «Ja.»

Informant 2: «Selv om smerte veldig ofte er det dominerende trekket da, men det er et uttrykk for veldig mye.»

Student 1: «Ja. Eh, hvordan forstår du fenomenet uspesifikke smerter?»

Informant 2: «Per definisjon så er uspesifikke smerter noe som, eh, er et uttrykk vi bruker der man ikke kan relatere smertene til en spesifikk bakgrunn eller årsak. Typisk så er jo dette noe som kommer fra mer en medisinsk modell, eller en patologisk modell, der man tenker at, at smerte skal ha bakgrunn i patologi, en eller annen anatomisk, pato-anatomisk, eh, tilstand, men, men med uspesifikke smerten så kan man altså ikke relatere smertene til en spesifikk anatomisk struktur nødvendigvis, eller patologisk prosess. Det, der er det jeg tenker at uspesifikk kommer inn.»

Student 1: «Ja. Eh, hva er dine erfaringer med hvordan pasientene ser på sin egen helsesituasjon?»

Informant 2: «Tenker du da denne gruppen med pasienter, eller?»

Student 1: «Ja.»

Informant 2: «Ja. Ehm, veldig mange kommer med, med, det kommer litt an på i hvor lang tid de har hatt det. Men det vi kan si er at jo lenger tid pasienter har problemet sitt uten å egentlig fått noe bedring eller funnet den hjelpen de trenger, jo mer frustrasjon er det. Og det dreier seg veldig ofte om at disse pasientene har en liten eller fraværende eller feiloppfatning,

om du vil, av en del sånne nøkkelspørsmål, som, som er viktig for hver pasient å kunne få svar på. Og det kan du få på et så banalt nivå som å vite hva, hva er det som er problemet, til spørsmål om hvorfor har de ikke blitt friske ennå, til om de har tro på at de kommer til å bli friske, og til om de har noen oppfatninger eller ideer om hva de tenker må til for å bli frisk. Så det vi kjennetegner disse pasientene med, det er at de har ikke gode svar på de spørsmålene. Sånn at, at, de sitter veldig ofte med, med uklarheter rundt disse nøkkelspørsmålene om hva som, som faktisk foregår. Sant, og det kan både være at de rett og slett aldri har fått svar på det, til at de har fått faktisk svar som jobber imot, sant, det er ikke helt uvanlig at vi ser hos denne pasientgruppen at vi finner det jeg nesten vil kalle iatrogen årsak til problemet. At det er påført av helsevesenet, sant, enten av våre kolleger som fysioterapeuter, leger, eller annet helsepersonell. Ehm, og spesielt så ser vi dette i ryggtipe-gruppen da, som er en veldig stor andel av de som har langvarige smertetilstander. Mer der, der ser vi ofte at de sitter med grunntanker, ideer, beliefs, som vi kaller det på engelsk, sånn om hva som pågår, uten at det nødvendigvis er korrekt da. Så det, det er en av de største kjennetegnene med denne pasientgruppen her, at de har ikke fått gode nok svar på hva som faktisk foregår.»

Student 1: «Ja.»

Informant 2: «Vet ikke om det er greit nok svar?»

Student 1: «Jo!»

Informant 2: «Ja.»

Student 1: «Eh, hva opplever du er disse pasientenes forventninger til fysioterapi og behandling?»

Informant 2: «Igjen, like ulikt som det antallet pasienter. Men, der er fellestrekk ehm, som, som ofte kommer frem, og det er fellestrekk som går på å få svar. Det går på å, å få svar på en del spørsmål de sitter med. Hos noen så er det jo bare å få bekreftet de svarene som de allerede tenker er riktig. Hos andre er det jo å få noen nye svar, ettersom at de det har fått beskjed om tidligere ikke har fungert så godt. Men, men det å få klare, tydelige svar og føringer for, for enten en prognose, eller en retning, eller å få verktøy for å kunne hjelpe sin egen situasjon. Og dette har nok endret seg betydelig over de siste 10-15 årene. Ehm, men samtidig, her jeg gikk til behandling og forventet egentlig at noen kunne legge seg på benken og bli behandlet, så sitter ikke folk med den forventningen lengre. De, de, de går til fysioterapeut med en veldig tydelig og klar opplevelse av at, at, at man skal få noe verktøy eller hjelp til å kunne bidra på egenhånd. Det, det, det er jo gledelig å se. Samtidig så det vi det at det er ganske stor mismatch mellom akkurat det, og hva som faktisk blir gitt av behandling ute blant en del kolleger, og det, det, det er trist å se. Ehm, det foregår nok enda i

veldig stor grad udokumenterte behandlinger, og ikke minst for mye passiv behandling. Det, det ser vi enda litt av. Men, men det er i ferd med å stoppe opp.»

Informantens tilnærming til pasientgruppen

Student 1: «Ja. Da skal vi gå litt videre over mot, eh, tilnærming til pasientgruppen.»

Informant 2: «Ja.»

Student 1: «Hvordan vil du beskrive tilnærmingen din til denne pasientgruppen?»

Informant 2: «Ehm, jeg vil beskrive den som åpen, søkende, ehm, det er veldig sterkt fokus på motiverende intervju. Jeg legger veldig mye vekt på å bruke masse tid første gang for å spare tid senere. Så det er ikke uvanlig at, at jeg bruker opptil to timer på førstegangskonsultasjon på denne pasientgruppen. Ehm, og det ser vi er nødvendig på å få kartlagt hele historien. Og så et nøkkelbegrep vi bruker ofte oppi dette her så er det det å få tak i historien til, til pasienten, altså narrative. Gjerne bruke mer sokratiske type samtaleteknikker der du bare stiller spørsmål, men, men prøver å lytte mest mulig. Ikke ha så veldig sånn type manuskript på det, men la pasientene fortelle historien sånn at, at du kan avdekke egentlig det multifaktorielle med det. Men, det viktigste for meg det er å allerede fra første gang ha veldig tydelig og klar idé om hva pasientens egenforståelse av sine problemer er. For det forteller oss så mye om hvilken, hvilken vei vi er nødt å gå videre. Ehm, og igjen som jeg sier da, tiltakene vil bli valgt veldig mye ut fra det, sant. Men vi er ute etter å identifisere barrierer for å bli bedre, vi er ute etter å identifisere funksjonsnivå selvfølgelig, vi er ute etter å utelukke selvfølgelig at det ikke er noe annet som krever noen andre tilnærminger eller undersøkelser. Men hvis vi snakker om at vi har kommet til et punkt der vi kan konkludere med at dette er en såkalt uspesifikk, langvarig smertetilstand, som ikke har rot i noe annet, så, så går det veldig mye på å, å tilrettelegge for at pasienten gjør de endringene som må til for at de skal komme seg ut av det. Men, og da vil det som sagt være elementer innenfor veldig mange variabler. Sant, det vil være alltid et element med kognitiv type atferdsbehandling, ehm, det vil være et element med fysiske faktorer som går alt ifra trening til ergonomi, til funksjonstilpasning i, i hverdagen spesielt. Sant, det vil være det å se nærmere på alle arenaer denne pasienten jobber i, enten om det måtte være hjemme eller på jobb, eller med familie eller venner eller hvor det måtte være. Ehm, det vil være å se mer på medisiner, om, om det er noe som kan endres der. Det vil være mer å se opp imot sosiale faktorer, deltakelse. Ehm, så vil det være mer psykologisk behandling gjennom samtaleterapi. Sant, så dette er veldig forskjellig fra pasient til pasient. Ehm, men det der med ganske tidlig hvert fall, få klargjort forventningene, som du var inne på tidligere, for å matche det, ehm, eller utfordre eventuelt. Å, å prøve og gi en

relativt avgrenset periode der, der man tenker at vi skal ha kontakt med pasienten. LITTLE granne for å fremme dette med compliance, altså etterlevelse. Så, så det er ikke uvanlig at vi sier det at «nå skal vi prøve ut dette for en tre-måneders periode, ehm, og så må vi fortløpende se om vi når målene». Så målsetning er også en viktig del av tiltakene, å finne riktige, riktige mål. Men, men, det å, det er ikke noen oppskrift på hver enkelt pasient, på hva man gjør. Men det vil også være elementer med, med tradisjonell fysioterapi eller, eller manuellterapi, som er verktøy vi bruker også, ofte i forbindelse med smerte, smertebehandling.»

Student 1: «Ja.»

Informant 2: «Ja.»

Student 1: «Eh, har du samme tilnærming til kvinner og menn i denne pasientgruppen?»

Informant 2: «Ja.»

Student 1: «Ja.»

Informant 2: «Ja, det har jeg. Igjen som jeg sier, det er ikke kjønns-, ehm, bestemt, hvilke typer tiltak man velger. Ehm, men igjen, det, det å møte pasienten med de problemene de har. Sant, og da vil jo i noen tilfeller kjønnsrollen være avgjørende, sant. Og det er noe man fint vil bare få bekreftet, om man trenger å legge vekt på det, men sånn tradisjonelt sett så, så opplever ikke jeg at, at, at tiltakene mine er tilpasset da ved at det er forskjellig kjønn. Det, det, det er svært, svært sjelden.»

Student 1: «Mhm.»

Informant 2: «Men det er jo klart at det er noen tilfeller det er, det er nødt å gjøres, spesielt hvis vi ser på, på innvandrere, som kanskje i utgangspunktet er mer ukomfortabel med å jobbe med en mann, som i mitt tilfelle da. Men, men, men det er sånne ting man egentlig prøver å, å, å avklare egentlig fra første gang. Men gjerne før det og, gjerne før de, før de kommer, kommer hit.»

Student 1: «Ja.»

Informant 2: «Men i utgangspunktet er det ikke er noe som, ja, er et problem.»

Student 1: «Ja. Så har du en mal du følger, når det gjelder å finne tiltak?»

Informant 2: «Nei, på ingen måte. Men det, det tror jeg også er noe som, det er litt viktig å poengtere det at det har jeg hatt. Altså, en mal i utgangspunktet er viktig i forbindelse med at, at, når man lærer. Sant, så, så når vi skal bli flinke til et eller annet, så er det viktig å være litt pedantisk i tilnærmingen, sant, for å huske. Det er jo for å kunne lage et erfaringsgrunnlag, eller en database, om du vil, i hodet, for å ha en rekkefølge på ting som gjør at det er lettere å, å komme gjennom alle de tingene man trenger. Sant, så, så, jeg vil ikke si at jeg har en mal, men grunnen til at jeg jobber på den måten som jeg gjør i dag, som jeg gjør, er jo fordi at jeg

har hatt noen maler. Sant. Sånn at, at, at det er viktig å i, i, i begynnelsen av forløpet til å få erfaring, sånn som når man gjør ting på samme måte for at det skal sitte. Sant, så det er overhode ingen tvil om at jeg ikke har en mal, men jeg, jeg har nok en rød tråd gjennom det.»

Student 1: «Ja.»

Informant 2: «Sånn at det er noen sjekkpunkter der, på listen, men ikke som jeg skriver ned. Men, sånn, mentalt, sånn som jeg vet at jeg må gjennom. Men rekkefølgen, den vil veldig ofte være forskjellig. Sant. Men det er nok en del sånne stasjoner jeg er innom på hver pasient, hver gang, men ikke en mal.»

Student 1: «Ja. Eh, hvilke tiltak erfarer du som viktigst for denne pasientgruppen? Vil tenker litt på effekt.»

Informant 2: «Effekt, ja. Det kommer an på hvilken effekt du skal måle selvfølgelig, men jeg vil si at, at noe av det som jeg synes er viktigst på, på, på å kunne skape effekt, eller for å kunne skape en endring eller en forandring da, så er det terapeut-pasient-relasjonen er nok kanskje absolutt desidert det viktigste. Kommunikasjon er nok definitivt viktig. Det har noe med det at, at, at, man må kunne spille på lag, ehm, og, og, du må føle deg trygg på at pasienten stoler på det du sier, og tar det til seg. Ellers så blir det ikke etterlevd. Og så må man enes, altså pasienten og terapeuten må være enig om fremdriften. Sant, med, for det er klart at, hvis, hvis jeg bare kommer med et enkelt eksempel da. La oss si «pasient Johnsen» kommer til meg og har langvarige korsryggssmerter. Uspesifikke sådan. Og jeg spør vedkommende: hva tror du det er som feiler deg? Og han eller hun sier det: jeg har prolaps i ryggen min. Og jeg spør videre: hvorfor tror du at du ikke har blitt frisk ennå? Og pasienten sier: fordi jeg har prolapsen der. Og hvis jeg spør: har du tro på at du kan bli bedre? «Ikke før prolapsen er borte». Eller, hva skal til for at du skal bli bedre? «Jo, jeg må ha vekk prolapsen». Og hvis da vedkommende tenker på sin side det at «jeg må ha operasjon», mens jeg tenker på min side at «nei, det trenger du ikke», ut ifra de tingene vi vet om denne pasientgruppen og langvarige, uspesifikke smerter. Så kan ikke jeg gå videre i behandlingen før vi enes om det. Så det er derfor jeg sier det, at det er så viktig at, at, at man har skapt en terapeut-pasient-trygghet, eller relasjon da, der man enes om veien videre. Ellers så kan vi ikke få pasienten bedre. (Hoster). Det er et veldig enkelt eksempel, men dette er noe vi ser i klinikken hele tiden. Altså pasientenes grunnantakelser om hva de tenker, eh, eh, foregår, eh, er det absolutt desidert viktigste å få en klarhet i og for å kunne få en endring. Så jeg vil si kommunikasjon, terapeut-pasient-relasjonen, ehm, målsetningsarbeidet, ehm, prognose, ehm, og som sagt ehm, evne til å kunne, til, til å kunne øke pasientens egen forståelse av sitt problem, slik at de kan gjøre grep selv. Det, det vil jeg si er de viktigste tiltakene.»

Student 1: «Ja».

Informant 2: «Også har du masse andre tiltak som vil være med å, å modulere smertesymptom.»

Student 1: «Ja. Har du noen tiltak som ikke har fungert?»

Informant 2: «Mange ganger! Men, det er ikke de samme tiltakene fra gang til gang.»

Student 1: «Nei.»

Informant 2: «Sant, og igjen som sagt, det har, det sier jo litt om kompleksiteten og dette som går på unikheten med hver enkelt pasient. Sant, men, det er klart at ser man på forskning, og det er dette som er problemet med forskning, så, så vil man i en typisk forskningssetting, gjerne ta å, å, å måle et tiltak opp mot et annet. Sant, eh, og det er problematisk for denne gruppen, og det har rett og slett med denne heterogeniteten i gruppen å gjøre. For det er klart det, normalt sett hvis jeg bruker et tiltak, la oss si passiv manuellterapi på langvarige rygg smerter, og så tar jeg og ser på det opp mot aktiv slyngetrening, eh, med redcord eller noe sånn. Så, så, så vet jeg på forhånd hva svaret blir. Det vil si, det ene funker litt, det andre funker litt. Det er ingen av tingene som funker bedre enn det andre, og det er ikke noe særlig bedre enn å ikke gjøre noen ting. Og det har rett og slett med det at i en stor gruppe så vil du alltid treffe på noen som vil, vil, vil da respondere på det tiltaket du gjør, så, så det er veldig vanskelig å forske på enkelttiltak, altså i fysioterapi, opp mot en stor heterogen gruppe. Altså, det går ikke. Sant, så derfor kan ikke jeg si på ene siden det at passiv behandling, massasje eller manipulasjonsbehandlinger eller sånt noe, har effekt eller ikke har effekt, fordi at det har noe med hvordan du bruker det og i hvilken kontekst du bruker det. Fordi at jeg kan få det til å funke på alle pasienter, men det vil aldri være noe jeg tenker som et enkeltstående tiltak som vil ha en effekt, eller ikke ha en effekt.»

Student 1: «Nei.»

Informant 2: «Sant, så det jeg kan si er at hvis du bare bruker ett tiltak, så vil du aldri ha effekt på tiltaket, så det kan jeg si på denne pasientgruppen. Men det er ikke et tiltak som, som jeg sier at det kan jeg ikke bruke.»

Student 1: «Nei.»

Informant 2: «For, det er konteksten det sitter i.»

Student 1: «Er det i hovedsak forskning eller erfaring som har betydning for dine valg?»

Informant 2: «Ja, det er, det er jo klart at jeg er jo fargete litt granne av bakgrunnen jeg har, eh, helt fra tilbake fra mastergraden der jeg, holdt jeg på si, vi var under lære av noen av de fremste ryggforskerne og smerteforskerne i verden. Sant, altså jeg har jo jobbet masse direkte med kanoner innenfor feltet. Sant, så, så det er klart at det preger jo faglig litt granne hvor

jeg står. Sant, og, og forskning vi har gjort selv gjennom kollega sitt doktorgradstudie, så, så vi har vært deltakende i store studier, internasjonale studier, som, som har veldig sterkt fokus på kognitiv funksjonsbasert behandling, der vi er veldig vant til å tenke multi-dimensjonalt. Så det er klart at joda, der er, den type forskning ehm, er det definitivt at jeg er preget av. Men, spør du meg, så er det også den type forskning som, som virker å ha mest lovende resultater. Det er den multi-dimensjonale til, eller holdt jeg på si, eller tilpasningen til behandling da. Så det er nok der mitt ståsted er.»

Student 1: «Ja. Hva tenker du om forholdet mellom forskning og erfaringsbasert kunnskap når det kommer til konkrete behandlingssituasjoner?»

Informant 2: «Heh, hva kan jeg si. Jo, det jeg sa, jeg nevnte litt om det i sted, eh, jeg tenker det at man må finne en metode, altså, som, som matcher pasienten sine spørsmål. Men det der er vanskelig når det gjelder forskning, men det man prøver på er å se at, at det er ikke tiltaket man skal forske på. Sant, det er tilnærmingen man skal forske på. Egentlig så kunne man sagt det at det kunne vært en god idé å forske på enkeltterapeuter, fremfor tiltakene de bruker. At vi kan se på, fungerer fysioterapi for denne gruppen? Ikke på tiltakene de bruker. For det at det er så vanskelig å trekke ut effekt fra, fra enkeltstående behandlingsmetoder. Sånt at, så at du får et typ problem med forskning der altså, at det er vanskelig å designe forskningen godt nok for å matche da, som sagt da praksisfeltet, opp mot erfaringsbasert kunnskap. Sant, men det er på mange måter det som er evidensbasert behandling. Det er det å trekke det beste ut fra begge verdener. Sant, men, jeg vil si det som så at barrieren så langt, er det at, at vi ikke har, at vi har prøvd å, å fokusere for mye på enkelttiltak og forsket på det. Det, det, det tror, det går ikke på denne gruppen med pasienter, for man får ikke med det multi-dimensjonale. Men det nærmeste vi har kommet er å se på da kognitiv funksjonsrettet behandling ettersom at det innehar egentlig alle disse dimensjonene. Ehm, og jeg håper og tror at det er den type forskning som, som vil komme mer i fremtiden da. Og det er klart det at, at en annen måte å se på det, er at vi blir nødt til å prøve og undergruppere eller subgruppere denne store sekkebetegnelsen som heter uspesifikke, langvarige smertetilstander. For den, det er en altfor heterogen gruppe. Så, så det, man må gjøre det mer homogent, ved å tørre og trekke ut subgrupperinger eller undergrupperinger da, som matcher hverandre. Så det er det som blir den største utfordringen.»

Student 1: «Ja. Eh, hvor masse vektlegger du samtale i behandlingen av disse pasientene?»

Informant 2: «Nei det er alfa omega. Det er, det er, eh, sannsynligvis det ene enkeltstående tiltaket som er viktigere enn alt annet. Det er samtalen som er vårt fremste verktøy til å kunne fremme kunnskap hos pasientene, eh, og ikke minst å fremme da endring. Sånn, at, at, at uten

samtale så kommer du ikke noe sted, sant, men denne gruppen. Og det er derfor, som jeg sier det at, at jeg føler det at nå i disse tre ukene vi har måttet bruke videokonferanse med pasientene, så har jeg ikke dårligere resultater, sant. Tvert imot, så forsterker det kanskje til og med viktigheten av, sant, ettersom at man ikke har noen andre muligheter. Sånn at, at, at samtalerapien, eller samtale som behandlingsverktøy, er, er kanskje, det, det sterkeste verktøyet vi har.»

Student 1: «Ja.»

Informant 2: «Jeg, jeg vil ikke gi noen prosenter her, for igjen, det, det der også varierer fra pasient til pasient. Sant. Hos noe, noen pasient, vil ikke ha det. Sant, men da er det min påstand det at da er det ikke sikkert jeg kan hjelpe dem. Sant, men da kommer vi tilbake til den første konsultasjonen igjen med at jeg sier det at de tingene må være avklart allerede fra starten av. Sånn at, at, hvis jeg ikke kan matche pasientens forventninger, så, så, så er det heller ikke noe fruktbart å fortsette det arbeidsforholdet. Så, så, så det, det så derfor vil jeg si, det er jo kommunikasjon igjen det og, det er samtale det og. Så, så, ja. Det er alfa omega.»

Student 1: «Hvordan snakker dere om smerte?»

Informant 2: «Til pasientene?»

Student 1: «Ja.»

Informant 2: «Nei, det, det er igjen også veldig forskjellig fra pasient til pasient. Men de aller fleste pasienter vil ha, ha godt av, og føler selv at det er ganske viktig å få en, en ganske basic innføring i smertefysiologi. Så det er ikke uvanlig at, at, at man kan starte med, med å, å gi en, en innføring i hvordan nervesystemet fungerer. Og ikke minst hvordan da smerte moduleres. Eh, så vi bruker egentlig en god del tid på å gi en økt forståelse for hvordan systemet, smertesystemet, fungerer. Ehm, og ikke minst hva som kan være med å påvirke da moduleringen i smertesystemet. Det, det, det, det vil de aller fleste pasienter med langvarige smerter ha godt av, og, og de aller fleste setter pris på få en grundigere innføring i det. Ehm, og det har jo noe med, og dette er et utsagn som jeg bruker ganske ofte, og det er det at «enhver situasjon hjernen din tolker som trussel, vil endre din opplevelse av smerte». Og det ligger veldig mye i akkurat det utsagnet. Sånn, at, at, hvis man kan endre på trusselbildet, og, og det å endre på trusselbildet eller ta vekk trusselen, gir en økt forståelse for faktisk hva smerte er. Det er å ta ned trusselen. Sånn at, at, at smerteundervisning er en veldig viktig del av det å jobbe med pasienter med langvarig smerte. Da må de ha en basic innføring i smertefysiologi. Og det er ikke helt og delt få pasienter som kunne hatt godt å lese Explain Pain, og det er mange som gjør det. Sant, ehm, hvis de, hvis de har da engelsk-kunnskapene, ehm, den kan jo, den er jo oversatt delvis til norsk også. Men, men, det, det er mange som

(hoster) hadde hatt godt av å, å gjøre det. Og mange som setter pris på det å gjøre det. Så det, det er det jeg tenker.»

Student 1: «Ja. Eh, du nevnte det jo nå, men vi hadde egentlig tenkt å spørre om du bruker undervisning i pasientbehandlingen, og hva du eventuelt legger vekt på i den undervisningen?»

Informant 2: «Ja, det er det som jeg sier, jeg bruker undervisning *hver* eneste dag, hver eneste pasient. Hele tiden. Men, og, og vi bruker virkemidler som ehm, whiteboard der vi tegner, vi bruker video, vi bruker samtale, vi bruker referanser til bøker, altså ehm, vi gjør en, vi bruker mye eller ofte det vi kaller atferds-eksperiment. Som har med smerte å gjøre. Sant, der man kan demonstrere at bare ved enkelt endring i atferd, så kan man endre på smerteopplevelse. Så det å, å, å bruke en, smerte-atferds-eksperiment da, det er også en del av undervisningen. Sant, det er et virkemiddel gjennom da egentlig belønning og straff, om du vil, på hvor sterk en, en, en kunnskap eller forståelse av hva som skjer. Så ja, undervisning bruker jeg hver eneste gang.»

Avslutningsvis

Student 1: «Ja. Eh, da vil jeg bare høre med deg medstudent om du har noe du vil spørre om?»

Student 2: «Eh, ja, jeg har et spørsmål.»

Informant 2: «Okei.»

Student 2: «Eh, jeg tenkte på det du sa med at, siden du er primærkontakt, så har du ansvar for videre oppfølging.»

Informant 2: «Ja.»

Student 2: «Eh, hvor ofte, eller hvordan gjør du det med den oppfølgingen?»

Informant 2: «Den, du, du kan si hvis jeg har avsluttet et behandlingsforløp, fordi at, at man kan kommet i mål med det som man tenkte å gjøre, så vil oppfølgingen være det å ta kontakt ved behov. Ikke være redd for å ta kontakt ved behov. Ehm, med å gi en forklaring på at, at, hva slags problemstillinger som vi, vi normalt sett ser. Ehm, og at, at det ikke er uvanlig at de kanskje kan være, til og med mer komfortable med å ta kontakt med oss enn, enn fastlegen på visse punkter. Men samtidig må vi være veldig tydelig på hvor grensene våre går for hva, ja, som er innebefattet av vår praksis da. Ehm, men, som sagt, hvis du ser på en typisk hverdag hos en fastlege, så, så består 70% av den hverdagen av ting som vi allikevel ser. Sant, sånn at, at, at det er veldig mye av de tingene fastleger ser som vi som fysioterapeuter ser også. Så, så det, det er hos noen så er det det bare å ta kontakt ved behov. Hos andre, som jeg tenker at, at

det vil være hensiktsmessig at jeg tar de inn på en kontroll, for og egentlig da ehm opprettholde compliance da, eller, eller etterlevelse, så, så kan det fint være sånn at «okei, nå setter jeg deg opp på en kontroll om tre måneder, også tar du kontakt hvis det skulle være noe i mellomtiden, eller så kan du avbestille dersom du ikke skulle føle behov for det. Sant, så det å bruke det som et virkemiddel at, at du faktisk sier det at «jeg bryr meg om deg, jeg ønsker at du skal komme tilbake hit på en kontroll om tre måneder» det, det er for mange viktig. At, at de vet at de følges opp. Spesielt denne gruppen her, sant, som ehm, der det er så multifaktorielt. Eh, så, så det er måten vi følger dem opp. Sant, også har vi jo dem i systemet, så, at, at folk ringer bare og så kan vi ta dem inn. Nå trenger man jo ikke henvisning lenger til noen fysioterapeuter som jobber ute i primærhelsetjenesten. Sant, så de har jo mye lettere for pasienten å ta kontakt på den måten på egenhånd.»

Student 2: «Ja.»

Informant 2: «Sant, tidligere så måtte de ha henvisning, sant, eller vi har aldri trengt det som manuellterapeuter da, men for fysioterapeuter generelt.»

Student 2: «Ja.»

Informant 2: «Svarte jeg på det? Ja.» (Hoster).

Student 1: «Eh, då har vi bare noen få spørsmål sånn helt avslutningsvis, og det første er, hva slags råd vil du gi til to nyutdannede fysioterapeuter som, før møte med denne pasientgruppen?»

Informant 2: «Ja, altså jeg kan jo si at det dere gjør nå er jo et veldig godt steg på veien da. Nå vet jeg jo at dette har med, med bacheloroppgaven, og dere ønsker bare å bli ferdige med den, men, men jeg må jo si det at det å ha kontakt med, med da erfarne terapeuter som er vandt til å behandle, det, det er utrolig viktig. Men, sant, det er ikke alle som er like heldige å komme i praksisperioder der man får innblikk i, i dette her, sant. Men, så, så det å ta kontakt, også det, det å hospitere hvis det er muligheter for det. Sant, suge til seg informasjon og erfaring fra, fra mer erfarne terapeuter, det, det er utrolig viktig. Ehm, og gjerne få sett forskjellige personer, sant. For da vil man fort kunne se likheten og ulikheten mellom dem. Nå får dere litt innblikk her, med, med fra tre forskjellige, selv om jeg har en mistanke om at, at det jeg sier vil være ganske likt det psykomotorikeren og den på smerteklinikken kommer til å si. Fordi at vi tenker nok mer dit, sant, selv om man kanskje har litt forskjellige innfallsvinkler. Men, jeg vil si det, at, at du får nok mye bedre innblikk i denne pasientgruppen ved å hospitere hos noen som ofte behandler det, enn det å gå på kurs. Fordi at det å gå på kurs, ja, det kan være Eureka-øyeblikk, men, men det er ikke der, der man lærer å jobbe med denne pasientgruppen. Sant, jeg ville sagt det som så, ha praksisen først og så gå

på kurs for å få den praksisen til å stemme med det, det som du lærer på kurset. Det er en mye bedre måte å gjøre det på. Men hospitering, det vil jeg si er kanskje det desidert viktigste, eh, virkemiddelet man har.»

Student 1: «Ja.»

Informant 2: «For å få erfaring. Det, også, litt som jeg sa tidligere, at, at, at man må huske på at på veien til å få god erfaring, så begynner man veldig ofte med, med litt sånn pedantisk oppskriftsmessig type tilnærming. Sant, et manuskript, om du vil, som, som du skal, skal følge. Sant, det er jo dette man lærer på studiet, du lærer det når du er i praksis på sykehuset og skal skrive journal og så videre, sant, men du vil jo mer og mer trekke deg vekk ifra det etter hvert som du får erfaring. Sant, det blir litt som å lære og spille gitar. Sant, altså, man må lære grepene først. Og da gjør du det på, i en rekkefølge, sant, før du kan lære å spille sant, eller høre, lytte til musikken. Så det er litt på samme måte her med denne pasientgruppen. Ehm, men det er jo klart at dere har valgt den vanskeligste nå. Det er det ingen tvil om.»

Student 1: (Latter).

Informant 2: «Ehm, men, det er jo også den mest spennende gruppen å jobbe med. Ehm, det, det er her det er størst behov for fysioterapeuter, det, det er det ingen tvil om.»

Student 1: «Ja.»

Informant 2: «Yes.»

Student 1: «Er det noe du ville ha spurt om som vi ikke har tenkt på?»

Informant 2: «Ehm, nei, jeg tror, tror dere egentlig har dekket det meste. Sant, som, det, det tror jeg. Jeg tror dere vil sitte igjen med, som sagt den følelsen av at, at de aller fleste er litt vage i, i svarene sine, nettopp på grunn av at det er så, holdt på si, ehm, heterogen gruppe. Sant, denne pasientgruppen da. Det er en ting jeg som, som har litt med min bakgrunn å gjøre da som jeg savner hos de aller fleste som jobber med ehm, langvarige smertepasienter, og det er denne linken, og det har vi ikke snakket så mye om her nå idag heller, for det, det ville ikke vi hatt tid til, men, men den linken som går opp mot de andre kroppssystemene, og da spesielt da fordøyelsesapparatet. Sant, mageproblematikk, hos mennesker med langvarige smertetilstander. For der, der vil dere se og erfare at dere kommer i kontakt med pasienter som dette, at her er det en ekstremt sterk link. Sant, og det er ikke noe vi som fysioterapeuter i utgangspunktet har så god kjennskap til gjennom grunnstudiet, sant, det som går på indremedisin, fordøyelsessykdommer, fordøyelsesproblematikk, hvordan fungerer det, sant, alt som går på kosthold, ernæring, og ja, indremedisin generelt. Så, så, så det er nok noe som jeg håper vil komme mer inn i grunnstudiet etter hvert. For mageproblemer *må* man spørre langvarige smertepasienter om. Det må man. Det er kjempeviktig.»

Student 1: «Ja. Har du en sluttkommentar, eller?»

Informant 2: «Ehm, en, en kommentar til hva? Altså en siste kommentar tenker du på?»

Student 1: «Ja.»

Informant 2: «Ja, ehm, nei. Altså, jeg syns, jeg tror vi har fått dekket det meste. Det syns jeg absolutt. Det å ta det via sånn videokonsultasjon mister nok noe, sant, på det, men, men, jeg tror, tror dere gjerne sitter igjen med masse på det.»

Student 1: «Ja.»

Informant 2: «Ja, jeg tror ikke jeg har noe særlig å tilføye.»

Student 1: «Nei.»

Informant 2: «Ehm, annet enn sånn, hvis jeg skulle oppsummere, du må bruke god tid på disse pasientene. Sant, ehm, og det er ikke alltid det er forenelig med praksis, sant, sånn at litt avhengig av hvordan man har lagt opp praksisen, om man vil ha mer eller mindre tid, ehm, men det nytter ikke å ha kvarters konsultasjoner på denne typen pasienter. Ehm, det er klart det at, at i en setting der man jobber på smerteklinikk for eksempel, så, så er det en helt annen ting enn å jobbe med pasienter ute i primærhelsetjenesten. Men bruke god tid, god kommunikasjon, ehm, veldig viktig å avklarere tidlig i forløpet forventninger, ehm, og, å ha en relativt klar plan på forløpet. Ellers så vil denne pasientgruppen gå igjen, og igjen, og igjen, og igjen, og igjen, og igjen, til deg, ut karrieren din. Så, det, det er viktig at man har en plan. Det er det jeg tenker jeg vil avslutte med.»

Student 1: «Ja, da skrur jeg bare av båndopptakeren.»

Vedlegg 6: Transkripsjon 3

Transkripsjon intervju 3: Fysioterapeut fra smerteklinikk

Student 1: Intervjuende student

Student 2: Observerende og noterende student

Informant 3: Informanten

Innledende spørsmål: utdanning og erfaring

Student 1: «Da tenker jeg at vi kan starte med litt sånn innledende spørsmål.»

Informant 3: «Mhm.»

Student 1: «Så da lurer jeg på, hvor lenge har du arbeidet som fysioterapeut?»

Informant 3: (Latter). «Hva tror dere? (Latter). Skal vi se. Jeg var ferdig i 1981.»

Student 1: «Ja.»

Informant 3: «Og jeg har jobbet som fysioterapeut hele tiden. Så da er jo det noen år etter hvert.»

Student 1: «Ja.»

Informant 3: (Latter). «Ja. Mhm.»

Student 1: «Ehm, kan du fortelle litt om (intervjuer og informant snakker samtidig).

Informant 3: «I mesteparten av, av, av de årene der så har jeg jobbet på smerteklinikk. For det vet dere selvfølgelig, at jeg jobber på smerteklinikk på «nevnt sykehus».

Student 1: «Mhm.»

Informant 3: «Der har jeg jobbet siden 1993 med diverse avbrekk på andre ting.»

Student 1: «Ja.»

Informant 3: «Før det hadde jeg, hadde jeg jobbet i kommunehelsetjeneste, på sykehus, i psykiatri, jeg har jobbet med veldig mye forskjellig.»

Student 1: «Ja. For mitt neste spørsmål var om du kunne fortelle litt om hvilken utdanning du har?»

Informant 3: «Mhm. Eh, jeg er spesialist innen onkologisk fysioterapi. Så det er jo litt merkelig at jeg jobber på en seksjon på en poliklinikk med langvarige smerter, ikke-maligne smerter. Ehm, men jeg har den spesialiteten da. Jeg har veldig mye kompetanse på TENS.»

Student 1: «Okei.»

Informant 3: «På smertebehandling.»

Student 1: «Hva har du mest erfaring med, vil du si, som fysioterapeut?»

Informant 3: «Det er å jobbe med pasienter med langvarige, ikke-maligne smerter. Så, så jeg har jo en litt rar spesialitet i forhold til det jeg jobber med, så. Jeg kan jo aller mest om pasienter med muskel- og skjelett, og andre type smerter.»

Student 1: «Ja.»

Informant 3: «Mhm.»

Student 1: «Eh, hvor mange pasienter med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettsmerter har hatt ca. i løpet av en uke?»

Informant 3: «Ehm, (sukk), nå, nå jobber, eh, altså på smerteklinikken så er det ikke en sånn vanlig «undersøke pasienten og behandle pasienten»-poliklinikk. Det er en poliklinikk der vi undersøker pasienter som kommer fra primærhelsetjenesten, henvist av fastlege, så vi gjør nesten bare vurderinger, og vi er tverrfaglige, sant. Vi er leger, og psykologer og fysioterapeuter som jobber der. Sant, så det er en litt annerledes måte å jobbe på og vi har veldig lang tid på hver pasient. Så jeg bruker halvannen time på hver pasient som jeg vurderer. Ehm, og det er omfattende vurderinger, og de pasientene har veldig sammensatte problemstillinger, så når man ser på antallet pasienter, så er det ikke veldig mange jeg har i løpet av uka. Så i full jobb så tipper jeg at med stort og smått så kan jeg ha ... 10 pasienter i uka kanskje.»

Student 1: «Ja.»

Informant 3: «Eller, mellom 10 og 15 pasienter i uka.»

Student 1: «Mhm. Ehm, hvordan er fordelingen mellom kvinner og menn blant disse pasientene?»

Informant 3: «Hva tror du? (Latter). Det er aller flest kvinner. Det er jo mellom 70 og 80% av de som blir henvist for langvarige muskel- og skjelettsmerter er kvinner. Mhm.»

Student 1: «Har du gjort deg noen tanker om hvorfor det er sånn?»

Informant 3: «Ja, opp igjennom livet har jeg jo det. Og det er jo, det er jo sammensatt, og det er sikkert veldig mange årsaker til det. Ehm, for det første så er det vel, sånn er det jo i primærhelsetjenesten forøvrig og, altså de som oppsøker fastlege, det er jo først og fremst kvinner. Ja, altså flest kvinner. Ehm, jeg kan tenke, i noen perioder så har jeg lurt på om kvinner har litt lavere toleranse for ubehag. At det kan være at man går fort til legen. Det kan være at mange har mye stress i livene sine, det er, de har mye, ehm, det handler, fremdeles er det jo sånn at kvinner har hovedansvaret for barn. Det har faktisk blir mer sånn enn da jeg var

ung. Vi hadde, og det er faktisk sant, det var mye mer sånn likt fordelt ansvar hjemme sånn enn det det er nå, har jeg inntrykk av.»

Student 1: «Åja.»

Informant 3: «Ehm, ehm, det kan være at kvinner har andre typer smerter, andre typer sykdomstilstander enn det menn har. Ehm, det kan være at menn har, ehm, høyere terskel for å oppsøke helsevesenet. Det vet vi jo noen ting om, at menn trekker det litt lenger ut. Men det er, det er mange, jeg tror det er veldig, veldig sammensatt. Kanskje er det noe så ur-aktig som at kvinner, kvinners viktigste oppgave, sånn sett helt fra urmennesket, at vi skal ta vare på barn. Vi skal ta vare på den oppvoksende slekt, vi må være friske for å skal passe på at ting ikke går galt. Jeg vet ikke.»

Student 1: «Ja.»

Informant 3: «Men, man gjør seg mange tanker om det.»

Student 1: «Mhm, ja. Ehm, hvor lenge behandler du sånne pasienter før du eventuelt henviser videre eller avslutter?»

Informant 3: «Ja, nå, det er, det er det som er litt vanskelig å svare på, fordi at vi behandler veldig få pasienter. Ehm, men hvis, hvis jeg skulle ha, jeg har, jeg har noen få i behandling. Og det er de som jeg, heh, jeg tar gjerne de som jeg tror det er noen mulighet for, at det kan skje noen endring. Men så har ikke vi så veldig fokus på smerte, men mye mer fokus på funksjon. Ehm, så, hvis jeg sier at jeg følger opp pasientene da og gir de, jobber med dem, jobber mye sammen med de om hjemmeoppgaver, ehm, aktivitet og hva de skal gjøre, følger de opp både på telefon og at de kommer til en type kontroll av og til for å se på hvordan de gjør ting og sånn. Det er vanskelig å svare på spørsmålet dere altså, men jeg, kanskje, kanskje jeg følger de opp 10 ganger.»

Student 1: «Ja.»

Informant 3: «Og det jeg veldig ofte gjør, det er at jeg henviser dem direkte til primærhelsetjenesten. Det gjør jeg veldig ofte. Henviser dem til fysioterapeut ute i primærhelsetjenesten.»

Student 1: «Ja.»

Informant 3: «Mhm.»

Informantens forståelse av pasientgruppen

Student 1: «Okei. Eh, da går vi videre til en bolk som omhandler din forståelse av pasientgruppen.»

Informant 3: «Ja vel.»

Student 1: «Så da er mitt første spørsmål: hvordan forstår du pasientgruppen?»

Informant 3: «Ja, de med uspesifikke smerter? Ja. (Latter). Ja, det er, for det første så er jeg ikke så veldig glad i det uttrykket «uspesifikke». Jeg liker ikke det uttrykket så godt. Ehm, eh, og det neste er, det, det neste er at jeg har, jeg har oppgaven, eller det der foran meg, det som dere har skrevet. Ehm, men det jeg forstår det som, hvis en skal tenke sånn biomedisinsk da, det er pasienter som, det det ikke er radiologiske funn, der det ikke er funn på noen såkalte objektive vurderinger, som gjør at man kan si at det er det ene eller det andre. Også, med en gang jeg har sagt det, så er det et dilemma om at det, det er jo ingen radiologiske funn, som da en kan si at dette har en klar sammenheng med smertene. Det er jo ingen sammenheng mellom radiologiske funn og smerte. Så dette her, det syns jeg faktisk er ganske vanskelig. Og til tross for at jeg jobber med de pasientene der hver eneste dag, for det er de med såkalte uspesifikke smerter som kommer til oss, som har kanskje generaliserte smertetilstander, finner ikke ut hva det er. De har vondt i magen, finner ikke ut hva det er. Og så begynner vi å nøste, og da kan jeg begynne å skjønne det. (Kremt). Hva uspesifikk er for noe. Og det skal vi kanskje komme tilbake til? Eller?»

Student 1: «Ja, heh.»

Informant 3: (Hoster). «Fordi det er så veldig sammensatt.»

Student 1: «Mhm.»

Informant 3: «Mhm.»

Student 1: «Ehm, det var faktisk mitt neste spørsmål (latter).

Informant 3: «Ja.»

Student 1: «Hvordan forstår du fenomenet uspesifikke smerter?»

Informant 3: «Mhm. Nei, det tror jeg er akkurat det jeg sa nå, at det er veldig mange mennesker som får smerter. Det, dere vet sikkert at det er rundt 30% av den norske befolkningen som til enhver tid har smerter. Så det er en veldig stor andel av befolkningen som er plaget. Og uspesifikke smerter, eh, altså jeg tror jo veldig ofte at det har et utgangspunkt, eller kan ha utgangspunkt, i en skade, i en påvirkning av vevet, av et eller annet som var en eller annen gang. Det kan være en muskelspenning og for den saks skyld. Men at det har satt seg, og at etter hvert så har dette her blitt påvirket av veldig mange forskjellige forhold. Og det vet dere sikkert, hva som kan påvirke smerter. Som, det har med angst og

usikkerhet og spenninger og bekymringer, dårlig søvn, altså det påvirkes av veldig mange forhold. Også til slutt så er det en dårlig sirkel som gjør at disse smertene opprettholdes.

(Kremter).

Student 1: «Mhm, ja.»

Informant 3: «Var det svar nok syns dere?»

Student 1: «Ja, det var det. (Latter). Eh, hva er dine erfaringer med hvordan pasienter ser på sin egen helsesituasjon?»

Informant 3: «Mhm. Ehm, veldig mange beskriver seg selv som syke. De sier at de har en sykdom. Ehm, det pleier jeg ofte å ta opp med pasientene, jeg. Hvis jeg opplever at de er et sted der det går an å snakke om akkurat det, om de er syke eller om de er friske men med smerter i kroppen. For meg er det en forskjell. Eh, for de som har et sånn syn på seg selv at jeg egentlige er frisk, men at jeg har plager, men det at jeg er frisk, det gjør at jeg faktisk kan få det bedre. Jeg kan gjøre ting som gjør at jeg får det bedre. Ehm, (kremt), ehm, kan ikke du gjenta spørsmålet? (Latter).

Student 1: «Jo. Hva er dine erfaringer med hvordan pasientene ser på sin egen helsesituasjon?»

Informant 3: «Ja, ja, ja. Ehm, og så er det veldig mange som, eh, som har en forventning om at det er helsevesenet som skal finne ut av dette her. Ehm, mange er ikke fornøyd selv om de har gjennomgått masse undersøkelser og vurderinger i alle sammenhenger, så er, har de en usikkerhet, som gjør at de tror ikke helt, det må være noe der. Og at de ser på seg selv som litt, ja, litt dårlig behandlet i helsevesenet. Fordi at mange, veldig mange sier at de føler at de ikke blir trodd, fordi at det er ingen som finner ut av det, og da sier de at «dette må du bare leve med». Og det kan være veldig vanskelig. Og så, etter hvert som årene går og, for de pasientene der, og det blir vanskelig, så tror jeg at de får et ofte et veldig dårlig selvbilde. Og det er jo, det er, vet en jo at det gjør de, fordi at de blir, de begynner etter hvert å føle seg inkompetent som menneske, fordi at en klarer ikke å være i jobb, klarer ikke å være en, en god ehm, samboer, mor, far, hvem og hva som helst. Og at det gjør noe med selvbildet til de pasientene, det er jeg helt sikker på. Jeg har hatt mange som har sagt noe om det, og da er jo depresjonen og angsten rett rundt hjørnet. Så den, det å, som jeg, nå foregriper jeg kanskje litt, men jeg syns at fysioterapeuters aller viktigste arbeid for disse pasientene her, eller det er å hjelpe de og unngå at de skal miste helt sånn troen på seg selv. Som et menneske med funksjon altså.»

Student 1: «Mhm.»

Informant 3: «Nå, jeg får jo veldig lyst å komme innpå det med fair-avoidance og sånn men jeg, det gjør vi kanskje senere? (Hoster).»

Student 1: «Ja. Ehm, du var jo så vidt inne på det, men hva opplever du er pasientenes forventninger når de kommer til fysioterapi og behandling?»

Informant 3: «Ehm, det tror jeg er veldig forskjellig. Jeg syns at det har forandret seg i løpet av de årene jeg har jobbet. For, for mange år siden så var det jo veldig mye sånn at å legge seg på benken og få behandling, og så bli bra. Det syns jeg veldig mange har endret på, for når jeg spør «hva er det du ønsker med å komme til meg?», så sier de veldig ofte at «jo, jeg ønsker at du skal vise meg noen øvelser, eller jeg har lyst til at jeg skal bli i bedre fysisk form, jeg føler meg i dårlig form». Altså de har noen andre typer forventninger syns jeg enn det de hadde før. Og det syns jeg er en stor lettelse.»

Student 1: «Mhm.»

Informant 3: «At det har blitt sånn. Og det tror jeg handler veldig mye om presse, og altså informasjon og sånt. At, kanskje fysioterapeuter og har blitt bedre til å unngå benke-, altså jeg sier ikke at benkebehandling er feil altså, det sier jeg ikke, men for mange pasienter som har langvarige smerter, og som har dårlig funksjon, så er det ikke massasje på benken som er tiltaket, tror jeg.»

Student 1: «Nei.»

Informant 3: «Mhm.»

Informantens tilnærming til pasientgruppen

Student 1: «Eh, da skal vi bevege oss litt mer over mot tilnærming.»

Informant 3: «Ja.»

Student 1: «Ehm, så hvordan vil du beskrive din tilnærming til denne pasientgruppen?»

Informant 3: «Ehm, det aller viktigste som vi gjør som behandlere, det er å møte pasientene på en okei måte. Og det vet dere sikkert. Det er den første hilsningen. Det er hvordan vi møter folk på venterommet. Da har du bygd, da begynner du å bygge alliansen. (Hoster). Unnskyld. Og det, det viktigste for oss det er å ha en god allianse, for hvis du ikke har det, da kan, da må du faktisk si, sende pasienten videre. For jeg tror ikke at en kommer noen vei hvis en ikke har det. Så det er det første. Og alliansebygging det kan vi gjøre på mange måter. Det er alt fra det lille, spørre «hvordan var turen din hit?» og til, å undersøke pasienten grundig. Og det tror jeg veldig på. En skikkelig kroppsundersøkelse. Og dere har lært på skolen om, eh, holdning, som kanskje ikke er så viktig når det kommer til stykket. Det er hvert fall ikke gjort noen særlige studier som viser at holdning betyr så veldig mye for smerte. Men dere kan noe om

avspenning, om pust, om hvordan en beveger seg, om generell, eh, ehm, fleksibilitet, hvordan vi kjenner på muskulatur og hud. Hvordan vi vurderer hele pasienten, og hvilke reaksjoner pasienten kommer med underveis. Det er jo en psykomotorisk undersøkelse. Ehm, men, og å gjøre spesifikke tester og selvfølgelig, men de, ehm, på det området pasienten oppgir som smertefullt. Så det tror jeg er det aller viktigste. Og så, det neste, det er å gjenforklare. Gi pasienten en forklaring. Og det kan en gjøre på mange måter, og hvordan en gjør det, det, tror jeg lager seg en sånn egen stil jeg på hvordan en forklarer smertene til pasienten. Spørre de, ikke minst. Spørre, spørre, spørre.»

Student 1: «Ja.»

Informant 3: «Hva, hva er det, når, når er det du har det best, for eksempel. «Når er det du har mest smerter, hva gjør du selv for å lindre disse her, er det noen andre som kan gjøre noen ting, ehm, er du redd for å, hvordan er det for deg når du bøyer deg framover, syns du det er ubehagelig, er du redd for det?» Det er helt utrolig hvor mange forskjellige svar en kan få på det. At folk er redde for å bruke den kroppsdelen som er vond, for eksempel.»

Student 1: «Mhm.»

Informant 3: «Og at fysioterapeuten også er redd. Kanskje vi kommer tilbake til det, for det, det må jeg si til dere i hvert fall helt til slutt om vi ikke kommer inn på det, akkurat det med fysioterapeutens redsel.»

Student 1: «Ja, det er bra! (Latter). Eh, har du samme tilnærming til kvinner og menn i denne pasientgruppen?»

Informant 3: «Det håper jeg da virkelig, at jeg har! (Latter). Men, altså, det, ja det håper jeg. At jeg har. Men det vet jeg ikke. Det kan godt hende at hvis jeg hadde blitt observert at det ikke hadde vært det samme. Men det møte, der kommer det veldig an på den andre personen også. Og noen få kan en få en veldig god kontakt med umiddelbart, og andre må en, liksom, jobbe med den der alliansebyggingen ganske lenge for en får det til. Så, det er, jeg håper det, at jeg gjør det.»

Student 1: «Ja. Eh, hva legger du vekt på når du skal velge tiltak til denne pasientgruppen?»

Informant 3: «Mhm. (Kremt). Eh, jeg legger veldig stor vekt på hva pasienten selv sier. Hvis, hvis de sier, og det er det en del som gjør, at «jeg har aldri vært vandt til å gjøre øvelser, jeg har aldri trent, jeg hater å være i fysisk aktivitet». Da er det kanskje ikke det en skal starte ut med. Så det å sjekke ut med pasienten «hva er det, hva tror du skal til for at du skal få det bedre? Hva er viktig for deg? Nå har du veldig dårlig funksjon i den armen din, det jeg finner, det er at det er mye muskelspenninger, og det kan hende at det er fra den skaden du hadde for mange år tilbake», altså, eller, bla bla bla, sånn, «men det som skal til for at den armen din

skal bli bedre, det er du må, du må få til normal funksjon. Du må bruke muskulaturen på en normal måte. Kanskje gjennom avspenning, øvelser, kanskje TENS til og med.» Men at jeg kan komme med noen forslag, også er det veldig mye opp til pasienten å velge selv, men jeg er veldig tydelig på hva jeg tror som skal til. Og det er, ja, nesten alltid er det trening. Eller øvelser. Nesten alltid. For å normalisere funksjonen. Til tross for smertene. Og jeg driver ikke og holder meg under smertegrensen, for hos pasienter med langvarige smerter så går ikke det an. For da har de smerter hele tiden. Så det går ikke an å holde seg under den, det er ved akutte smerter, sant. Men det å ikke presse på selvfølgelig, ikke, ikke kjøre på fullt, man må jo dosere det på en okei måte som gjør at pasienten holder litt ut, men vondt kommer det til å gjøre. Og det sier jeg alltid til pasientene. «Du kommer til å få mer vondt en periode og så blir det bedre.»

Student 1: «Ja. Eh.»

Informant 3: «Var det, var det, altså, jeg kjenner, jeg, jeg, jeg hører selv at jeg kan snakke om dette her kjempe-lenge og så kommer jeg meg litt ut på viddene, så dere må stoppe. (Latter).»

Student 1: «Ja, men det er veldig fint. (Latter). Det er det. Eh, følger du en slags mal i undersøkelse eller i, når du skal velge tiltak?»

Informant 3: «Ja i undersøkelsen så følger jeg en mal. Jeg bruker global fysioterapiundersøkelse 52, kjenner dere til den?»

Student 1: «Ja.»

Informant 3: «Ja. Den bruker jeg. Pluss selvfølgelig at jeg føyer til noen spesifikke tester. Hvis pasienten kommer med vondt i skulderen, i høyre skulder, så kan ikke jeg gjøre GMF'en uten å gjøre, se på den høyre skulderen. Spesifikke tester i tillegg.»

Student 1: «Ja.»

Informant 3: «Mhm.»

Student 1: «Eh, hvilke tiltak erfarer du som viktigst? Der var du jo inne på.»

Informant 3: «Fysisk aktivitet, spesifikke øvelser, trening, avspenning, avspenning.»

Student 1: «Ja.»

Informant 3: «Mhm.»

Student 1: «Eh ...».

Informant 3: «Og av og til, i noen spesielle tilfeller, jeg har jo noen kjempe-gøye eksempler på bruk av TENS da, med nevrologiske smerter, der pasientene blir smertefrie. Og det er jo, men det er liksom spesielle ting, men med nevrologiske smerter så prøver jeg alltid ut TENS.»

Student 1: «Ja.»

Informant 3: «Mhm.»

Student 1: «Eh, har du noen tiltak som du tenker ikke har fungert?»

Informant 3: «Av de jeg har, av de jeg har foreslått?»

Student 1: «Nei, med pasientgruppen generelt.»

Informant 3: «Ja, altså, jeg tror ikke at passiv behandling har effekt på langvarige smerter. Jeg tror det har effekt en liten stund. Jeg tror at mange typer, eller det vet vi jo, det er det jo gjort studier på, som viser at en del type elektroterapi, og TENS, er heller ikke godt dokumentert, eh, men, det er en del elektroterapi som brukes sånn som jeg forstår de, veldig mye, og som ikke har effekt på langvarige smerter. Sånn har det vært i alle, alle år. Ultralyd for eksempel var jo brukt i årevis som smertebehandling. Jeg tror heller ikke at enkle, altså bare massasje eller bare det ene eller bare det andre. Jeg tror det er sammensatt, å gjøre flere forskjellige ting, og at en sammen med pasienten finner ut av hva det er som fungerer. Men i prinsippet så tror jeg/vet jeg at det er trening og å normalisere funksjon som har effekt. Jeg er veldig opptatt av normalisering. Jeg liker det ordet veldig godt.»

Student 1: «Ja. Eh, er det i hovedsak forskning eller erfaring som har betydning for dine valg?»

Informant 3: «Det er veldig blandet. Det er veldig blandet. Jeg håper det er en god blanding. Men, på den klinikken jeg jobber i, jeg underviser veldig mye rundt omkring, og da, da er det ikke nok å komme med bare det en har erfart selv. Og alle studier.. (telefonen til informantene ringer). Bare et øyeblikk, jeg skal bare stoppe denne. Ehm, alle studier som er gjort på pasienter med langvarige smerter, der er det jo trening som har effekt altså. Eller, alle, i hvert fall veldig, veldig mange studier som gjøres på dem, så er det jo trening og aktivitet. Og unngå bevegelsesangst. Gjøre ting til tross for at det gjør vondt. Normalisere. Være i aktivitet. Og det er, det er studiene, og erfaringen min er akkurat sånn som det. De pasientene som virkelig får lyst til å, å være i aktivitet og gjøre ting og liksom endre litt på stilen sin, de får det ofte mye bedre altså. Men, så må en også huske på den der dårlige sirkelen med veldig, altså, veldig stor andel av disse pasientene her har angst, de er deprimerte, eller i hvert fall nedstemte, de har kanskje mistet jobben sin, de har dårlig økonomi, og dere vet sikkert også at hos pasienter med langvarige smerter, så er, er også utdanningsnivået lavere enn hos andre. De har dårlig døgnrytme, de sover dårlig, de spiser dårlig. Altså, de scorer jo på alle den typen parametere som er med på og opprettholder smertene deres. Så det er, det er veldig sammensatt altså.»

Student 1: «Mhm.»

Informant 3: «Spør dere pasientene om søvn, for eksempel? De som ikke sover om natta, de som sover to-tre timer om natta, hvilken energi har de da til å gå på tur i skogen eller trene eller være i aktivitet? Og i tillegg er de deprimerte.»

Student 1: «Mhm».

Informant 3: «Sånn at ting er veldig sammensatt altså. For mange.»

Student 1: «Ja. Eh, hvor mye vektlegger du samtale i behandlingen av disse pasientene?»

Informant 3: «Ja, selv om jeg ikke er psykolog så, (latter), så er det jo en viktig del av det altså. Spørre, ehm, det, det er, det er en viktig del av det for meg. Det har blitt mer og mer og fordi at jeg har jobbet sammen med psykologer i over 25 år, så blir det, blir jeg veldig påvirket av de altså. Så det er en viktig del av det. Mhm.»

Student 1: «Ja. Hva dreier samtalene seg om?»

Informant 3: «Ja det kommer an på hva pasienten kommer med fordi de kan komme med de helt utroligste ting. Og det må dere vite når dere skal ut i verden (latter) altså fordi pasienter kan si veldig mye altså. Alt fra at de forteller om, det kan være overgrep de har vært utsatt for, eller mobbing i skolen, det er også noe vi har opplevd hos pasienter med langvarige smerter. Eh, ehm, muskel- og skjelettsmerter med mobbing i skolen. Det kan være vanskelige oppvekster, det kan være utrolig mye forskjellig altså.»

Student 1: «Mhm.»

Informant 3: «Men ofte er det, ofte er et jo selvfølgelig, og nå har jeg jo ikke alltid kjempegod tid, men ofte er det også det som er min del av, av oppgaven syns jeg da hos oss, det er å snakke om betydningen av fysisk aktivitet og det det bidrar til. Også sånn generell helse.»

Student 1: «Ja. Eh, hvordan snakker dere om smerte?»

Informant 3: «Ehm, jeg spør pasienten hva de vet om smerter. Og mange vet jo ganske mye. Det har jo kommet ut veldig mye litteratur, og folk leser jo veldig mye så folk vet jo ganske mye. Men, eh, når jeg har pasienter til vurdering, eller når vi også har fått pasienter til det vi kaller for tverrfaglig vurdering, og de har vært hos både lege, psykolog og fysioterapeut, så lager, tegner vi alltid på tavla. Og da tegner vi sirkelen. Da starter vi med det som er ut, utgangspunktet for smerten, det kan kanskje ha vært en skade, hvem vet. Det, det kan ha vært en prolaps, det kan ha vært et eller annet. Også lager vi, tegner vi sirkler for eksempel hvis det var, ehm, hvis det har gitt en smerte. Og det har det jo da siden de er hos oss. Og så kan vi tegne en pil videre der det kan stå «nedsatt funksjon», og så en pil videre der det står «nedsatt fysisk aktivitet». Også, også tilbake til smerte for det fører til mer smerte. Og så har vi en sirkel. Og så fører vi på angst, og så fører vi på dårlig søvn, og så kan vi føre på diverse sanne

ting. Og veldig mange av pasientene hos oss har brukt *mye* medikamenter, og ikke veldig hensiktsmessige medisiner. Det vet dere sikkert. Det problemer som er i USA for eksempel med overforbruk av opiater, som er, som også er i Norge. Ikke så stort problem, men som kan være veldig problematisk. Og så snakker vi om medikamenter, og så tegner vi inn de sirklene der, og pasientene sitter liksom og nikker og «ja, det der er meg». Også drøfter vi gjennom den med pasienten. Og det vil jeg anbefale dere at dere bruker når dere skal ha pasienter. Dere hjelper de å lage sånne sirkler, for da ser de det. Det å visualisere livet deres på et vis, så, så ser de selv hva det handler om altså. Og ta, ta med dere det med, spør ut; «hvordan er det med angst for deg? Hvordan er det med humøret, føler du deg nedstemt?». For det er veldig vanlig når en har langvarige smerter. Ta det med altså. Spør hva de spiser. Jeg har pasienter jeg som spiser bare grøt fordi at de har ikke penger til noe annet.»

Student 1: «Mhm.»

Informant 3: «Og nervesystemet vårt trenger, og det er også sånn; nervesystemet trenger normale input, nervesystemet vårt trenger ernæring, nervesystemet vårt trenger, og dere kan mye mer om nervesystemet enn det jeg gjør, men dere vet jo også at de siste årene så har det skjedd veldig mye på forskning på, på nervesystemet, og smerter og nervesystemet, og hvordan det henger sammen. Eller alt i livet og nervesystemet. Og hele det nettverket, som har betydning. Og at mat også faktisk har betydning altså.»

Student 1: «Ja.»

Informant 3: «Så det blir mange temaer å snakke om. Også, også, syns jeg også at fysioterapeuter skal sjekke ut medikament, hva, hva pasientene bruker av medisiner. For hvis det er noen som bruker, dere vet jo sikkert at det kan gi, hodepine, at det kan fordi en bruker altfor mye Paracetamol. Eller andre typer medisiner som kan gi vondt i hodet. Og hvis vi ikke vet de tingene der, så kan vi behandle til vi blir blå, og det skjer ingenting. Så vi må ha kunnskaper om alle de sammensatte årsakene til smerte.»

Student 1: «Mhm.»

Informant 3: «Åh dere må glede dere til å komme ut! Jeg blir nesten litt, (latter), nesten litt misunnelig. Dere skal begynne på dette her nå! Det er kjempegøy! (Mer latter).»

Student 1: (Latter). Ja. Bruker du undervisning i pasientbehandlingen?»

Informant 3: «Ja, det gjør jeg. Veldig mye. Akkurat det jeg fortalte nå, sant. Ved å tegne, å fortelle, jeg bruker alt som undervisning. Mhm. På, på enkelt vis. Jeg kan ikke så veldig, det er ikke så avansert det jeg kan heller, så jeg bruker veldig enkle, på enkle måter.»

Avslutningsvis

Student 1: «Ja. Eh, jeg vil bare høre med min medstudent her om hun har noe hun vil spørre om?»

Student 2: «Eh nei, jeg tror ikke, det var ikke noe behov for det.»

Informant 3: «Nei.»

Student 1: «Vi har noen få spørsmål til, litt sånn avslutningsvis, eh, og da lurer vi på: hvilke råd du ville gitt til to nyutdannede fysioterapeuter før møte med denne pasientgruppen?»

Informant 3: «Ja. Ehm. Det har vell kanskje veldig lite med faget fysioterapi å gjøre, men det er å være åpen, og empatisk, møte pasientene på en god måte og *aldri* si at «jeg kan ikke hjelpe deg noe mer, eller, dette forstår jeg ikke noe av». Ehm, være trygg, være sikker på, fordi at hvis man blir utrygg som fysioterapeut, så vet dere, da er det speiling rett over til pasienten, som også blir utrygg. Eh, prøv å være, følge pasienten, og hvis dere er usikre, så, så sjekk ut med fastlegen, eller få en kollega, hvis dere har det, til å være med på å vurdere pasienten. Men, selv om, og pasientene kommer til å si at de får mer vondt, og dere får en med langvarig, uspesifikke smerter, så er det veldig ofte muskelsmerter. Og hvis, når dere begynner med behandling, hvis det er trening for eksempel, så får pasientene mer vondt. HELT sikkert. Si det til dem; «du kommer sannsynligvis til å få mer vondt, men det går over. Og jeg skal være med deg på den veien der. Du kommer til å få det bedre». Ikke smertefri, må ALDRI love noen å bli smertefri. Men funksjon, bedre funksjon. «Du kommer til å klare mer». Hvis en får til det, så tror jeg, da har man gjort en super jobb. Veldig.»

Student 1: «Det var et fint råd! (Latter).»

Informant 3: (Latter). «Ja.»

Student 1: «Ehm, er det noe du ville ha spurt om som vi ikke har tenkt på?»

Informant 3: «Det var et veldig godt veiledningsspørsmål, du. (Latter). Nei, dere har spurt om veldig mye altså. Jeg hadde satt opp noen punkter her, (ser i egne papirer), nei, dere har vært inne på veldig, veldig mye og veldig mye som angår denne pasientgruppen her. Virkelig. Veldig bra.»

Student 1: «Ja».

Informant 3: «Dette hadde vært gøy og fått lest oppgaven deres.»

Student 1: «Ja, vi skal, vi kan sende den til deg når den er ferdig sensurert.»

Informant 3: «Mhm.»

Student 1: «Men, du nevnte i sta at du ville ta opp det med at fysioterapeuter ofte var redde?»

Informant 3: «Ja.»

Student 1: «Ja. Vil du ...»

Informant 3: «Ja, for det jeg sa, ofte vet jeg ikke, jeg vet ikke ofte. Men det var det jeg sa akkurat nå sant, det å være en trygg fysioterapeut som ikke blir redd på pasientens vegne. Hvis pasienten får mer vondt må du ikke bli så redd at du ikke tør å fortsette. For det gjør pasienten veldig utrygg. Heller undersøke pasienten en ekstra gang, hvis du lurer og ikke helt finner ut av det, sjekk ut med fastlegen. De vil veldig gjerne samarbeide med fysioterapeuter. Selv om det ikke en henvisningsplikt og sånn lenger, eller altså, rekvisisjonsplikt, er det det det heter? Så, så liker fastlegene det. Så det å være en trygg fysioterapeut altså, det tror jeg hjelper pasienten veldig mye. For hvis, for jeg har hatt pasienter som har sagt til meg at «fysioterapeuten sa at han turte ikke å ta i meg mer». Og da, da tenker jeg at det er med på å gi en utrygghet som er dumt for pasienten altså. Da tør de i hvert fall ikke å bevege seg. Jeg tror kanskje det er det. Være en støttende, og være en trygg terapeut.»

Student 1: «Ja.»

Informant 3: «Det viktigste.»

Student 1: «Da vil jeg bare spørre om du har en sluttkommentar?»

F: «(Latter). Ja, altså jeg må jo si, lykke til til dere. Også, det, dere skal ut i et spennende liv altså. Virkelig. Når Koronaen nå er over, så er det bare å kjøre på og være fysioterapeut. Ehm, det blir veldig gøy! Virkelig. Det er veldig moro. Og det er et fag det skjer jo veldig mye, både på forskning og samarbeid og sånn, og det er veldig gøy å jobbe med, med folk altså. For det er det dere skal altså, dere skal jobbe med folk uansett hva slags mennesker det er og hva slags aldergrupper og alt mulig, så. Lykke til!»

Student 1: «Tusentakk!» (Latter).

Informant 3: (Latter).

Student 1: «Da tar jeg bare av båndopptakeren».