



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BFY330-O-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	07-05-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	14-05-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BFY330 1 O 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	304
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7998
----------------------	------

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

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	10
Andre medlemmer i gruppen:	341

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



BACHELOROPPGAVE

“Fysioterapi for eldre pasienter med
vertebrale kompresjonsbrudd som følge av
osteoporose”

“Physiotherapy for Older Patients with
Vertebral Compression Fractures as a Result
of Osteoporosis”

Kandidatnummer: 304 & 341

Bachelor i fysioterapi

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse og funksjon

Innleveringsdato: 14.05.21

Antall ord: 7998

Forord

Arbeidet med denne bacheloroppgaven har vært både lærerikt og krevende. Vår faglige kunnskap og annen kunnskap ervervet gjennom disse tre årene på fysioterapiutdanningen har blitt satt på prøve, og vi kommer sterkere ut av arbeidet. Bachelorprosjektet har gjort oss mer ressurssterke, og forberedte på å møte eldre pasienter med vertebrale kompresjonsbrudd i fremtiden. Vi føler oss nå tryggere i møte med rollen som fysioterapeut, og bedre rustet til å yte god helsehjelp i årene som kommer.

Vi ønsker å uttrykke en spesiell takk til våre tre informanter for at de ønsket å dele av sine erfaringer for å berike oss med sin kunnskap. Bachelorprosjektet, slik vi så det for oss, hadde ikke blitt realisert uten dem. Vi ønsker i tillegg å takke vår fantastiske veileder, som gjennom hele prosjektets varighet har banet vei og gitt gode tilbakemeldinger. Varme tanker sendes også til medstudenter og lærere ved fysioterapiutdanningen ved Høgskulen på Vestlandet for en fantastisk tid de siste årene. Sammen har vi utviklet et inkluderende læringsmiljø, og vi har fått venner for livet. Avslutningsvis ønsker vi også å takke hverandre, for et partnerskap bygget på gode samtaler, faglige diskusjoner og mye kjærlighet.

Bergen, 11.mai 2021

Sammendrag

Tittel: Fysioterapi for eldre pasienter med vertebrale kompresjonsbrudd som følge av osteoporose

Problemstilling: *“Hvilke erfaringer har fysioterapeuter i primær- og sekundærhelsetjenesten i Norge med behandling av eldre pasienter med vertebrale kompresjonsbrudd som følge av osteoporose?”*

Metode: Problemstillingen er besvart ved bruk av kvalitativ metode.

Datainnsamlingen ble gjort med semistrukturerte intervjuer. Vi intervjuet tre spesialistfysioterapeuter. En jobber på sykehus kombinert med privat institutt, en bare på sykehus og en på privat institutt med driftsavtale. Intervjuene ble transkribert ord for ord og analysene ble gjort med systematisk tekstkondensering.

Resultat: Vi har funnet likheter og forskjeller angående tilnærming og forståelse av pasientgruppen hos de ulike informantene. Fysioterapeutenes hovedmål er å fremme funksjon, forebygge nye brudd, og forhindre tap av livskvalitet som følge av vertebrale kompresjonsbrudd og osteoporose. Helhetlig tilnærming med individuell tilpasning til hver enkelt pasient er viktig. Kartlegging av skademekanisme, fysisk funksjon og tidligere aktivitetsnivå går igjen som grunnsteinene i undersøkelsen, uavhengig av nivå av helsetjenestene. Informantene er enige om at samtale og trygging inngår som en sentral del av behandlingen. Det overordnede målet er at fysio terapeutene ønsker å gjøre pasientene trygge i egen livssituasjon og ressurssterke møte med verden.

Konklusjon: Informantenes forståelse og tilnærming til pasientgruppen baseres på deres kunnskapsgrunnlag og tidligere yrkeserfaring, samt deres personlige verdier og holdninger. Ettersom vi bare har intervjuet tre fysioterapeuter er det vanskelig å si noe om hvor overførbare resultatene er for andre fysioterapeuter. Resultatene i oppgaven, diskutert opp mot teoretisk kunnskap, tilsier at informantene arbeider kunnskapsbasert. Vi har ingen klar fasit på beste behandling for denne pasientgruppen, men vi har fått god kunnskap om hva som må vektlegges i den individuelle tilnærmingen av pasienter.

Abstract

Title: Physiotherapy for Older Patients with Vertebral Compression Fractures as a Result of Osteoporosis.

Research Question: *“What experience does physiotherapists in the primary- and secondary health services in Norway have with treatment of older patients with vertebral compression fractures as a result of Osteoporosis?”*

Method: The research question was answered using a qualitative method. The data was collected using semi-structured interviews. We interviewed three specialist physiotherapists, where one is working at a hospital combined with working at a private institute, one is working solely at a hospital and one is working at a private institute with operating agreement. The interviews were transcribed word for word and the analysis was done using systematic text condensation.

Results: We have found similarities and differences between the informants, considering approach and understanding of the patients. The physiotherapist's main goal is to promote function, prevent new fractures and prevent loss of quality of life as a result of vertebral compression fractures and osteoporosis. A holistic approach with individual customization for each patient is important. Assessment of injury mechanism, physical function and former activity levels are repeated as the foundation of the patient examination, independent of level of health services. The Informants agree that conversation and insurance is included as an integral part of treatment. The overall goal is that the physiotherapists wish to make their patient safe in their own life situation and resourceful facing daily life.

Conclusion: The Informants' understanding and approach to the patient group is based on their knowledge and former work experience, as well as their personal values. Due to the fact that we only interviewed three Physiotherapists, it is hard to say anything about how transferable the results are to other Physiotherapists. The results in the project, discussed against relevant theory, say that the Informants are working knowledge-based. We do not have a clear answer about what the best

treatment for this patient group is, however we have acquired great knowledge about what to focus on in the individual approach to patients.

Innhold

1.1	Bakgrunn for valg av tema	8
1.2	Hensikt med oppgaven og problemstilling	9
1.3	Disposisjon	9
1.4	Begrepsavklaring	9
2.0	Teori	10
2.1	Osteoporose	10
2.1.1	Risikofaktorer for osteoporotiske brudd	10
	Ikke-påvirkbare risikofaktorer	11
	Påvirkbare risikofaktorer	11
2.1.2	Symptomer og plager	11
2.1.3	Anbefalinger og retningslinjer	12
2.2	Vertebrale kompresjonsbrudd	12
2.2.1	Symptomer og plager	12
2.2.2	Anbefalinger og retningslinjer	13
3.0	Metode	13
3.1	Valg av metode	13
3.2	Valg av informanter	14
3.3	Forberedelse til intervju	14
3.4	Gjennomføring av intervju	15
3.5	Bearbeiding av datamateriale	16
3.6	Analyse	17
3.7	Etiske aspekter	18
3.8	Vitenskapsteori	19
3.8.1	Det fortolkende paradigme	19
3.8.2	Forforståelse	19
4.0	Resultat	20
4.1	Presentasjon av informantene	20
4.2	Informantenes forståelse av pasientgruppen	20
4.2.1	Det kliniske bildet	21
4.2.2	Smertebilde hos pasientene	21
4.2.3	Frykt, usikkerhet og livskvalitet	22
4.3	Informantenes tilnærming til pasientgruppen	22
4.3.1	Kartlegging av pasientens funksjon	22
4.3.2	Behandling	23
4.3.3	Informasjon og trygging	24
4.3.4	Tverrfaglig samarbeid	25
4.4	Forebygging	25

4.4.1 Forebygging av nye brudd	25
4.4.2 Forebygging av osteoporose	26
5.0 Diskusjon	27
5.1 Informantenes forståelse av pasientgruppen	27
5.1.1 Osteoporose - en kvinnesykdom?	27
5.1.2 Eldre og smerter	27
5.1.3 Livskvalitet, trygging og informasjon	28
5.2 Informantenes tilnærming til pasientgruppen	29
5.2.1 Kartlegging og behandling	29
5.3 Forebygging av osteoporose og nye brudd	30
6.0 Metodediskusjon	31
6.1 Valg av metode	31
6.2 Valg av informanter	31
6.3 Forberedelse og gjennomføring av intervjuer	32
6.4 Bearbeiding av data	32
6.5 Analyse	33
6.6 Refleksivitet og overførbarhet	33
7.0 Konklusjon	34
8.0 Litteraturliste	36
Vedlegg 1 - Forespørsel om deltakelse i bachelorprosjekt	40
Vedlegg 2 - Samtykkeerklæring	43
Vedlegg 3 - Intervjuguide	44
Vedlegg 4 - Orientering om bacheloroppgaven	46
Vedlegg 5 - Transkripsjon - Informant 1 / Pilotintervju	47
Vedlegg 6 - Transkripsjon - Informant 2	58
Vedlegg 7 - Transkripsjon - Informant 3	71
Innholdsliste for tabeller	
Tabell 1 - Eksempel på analyseprosessen	s.18

1.0 Innledning

Oppgaven vår omhandler eldre personer med vertebrale kompresjonsbrudd som følge av osteoporose. Fysioterapeuter har spesiell kompetanse når det gjelder undersøkelse, behandling og forebygging av plager knyttet til muskel- og skjelettsystemet, deriblant osteoporose (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2004, s.5). I oppgaven vår har vi derfor valgt å fokusere på eldre personer med vertebrale kompresjonsbrudd, som er den vanligste osteoporoserelaterte bruddtypen (Parreira et al., 2017).

Beinmassemålinger viser at 240 000-300 000 mennesker har osteoporose i Norge, og av disse har anslagsvis 250 000 personer over 50 år forandringer i ryggstølen som kan være forårsaket av vertebrale kompresjonsbrudd (Meyer, 2016).

Osteoporose er en medvirkende faktor ved de fleste brudd hos eldre (Meyer, 2016). I Norge er det forventet en betydelig økning i andel eldre i årene som kommer, samtidig som levealderen øker (Folkehelseinstituttet, 2018). Dette medfører flere personer med osteoporose som vil ha økt bruddrisiko.

Osteoporoserelaterte brudd koster det norske samfunnet i overkant av 1,5 milliarder kroner per år (Vaagen & Eriksen, 2010), og vertebrale kompresjonsbrudd er en viktig del av dette. Vi anser temaet i oppgaven som aktuelt ettersom vi tar for oss en stadig voksende pasientgruppe med behov for fysioterapi, og som samtidig utgjør store samfunnsøkonomiske kostnader.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi har valgt å skrive om eldre personer med vertebrale kompresjonsbrudd som følge av osteoporose fordi det er en stadig økende pasientgruppe som vi som fremtidige fysioterapeuter sannsynligvis vil møte. Selv har vi lite erfaring og kunnskap om denne pasientgruppen, og vi ser på dette som en mulighet for stort læringsutbytte om temaet. Fra tidligere praksisperioder har vi erfart at det ikke alltid finnes en fasit i møte med pasienter. Selv om det finnes retningslinjer for behandling av personer med kompresjonsbrudd i ryggen stemmer ikke alltid disse for den enkelte pasient, og vi ønsker derfor å undersøke hvilke erfaringer fysioterapeuter som arbeider med

denne pasientgruppen har når det gjelder behandlingstiltak. Vi ønsker å undersøke om fysioterapeuter, fra primær- og sekundærhelsetjenesten, har lik eller ulik tilnærming til pasientgruppen. Som fremtidige fysioterapeuter ønsker vi å være ressurssterke i møte med denne pasientgruppen, for å kunne yte best mulig helsehjelp.

1.2 Hensikt med oppgaven og problemstilling

Hensikten med oppgaven er undersøke hvilke erfaringer fysioterapeuter fra ulike nivå i helsetjenesten har når det gjelder tiltak for pasienter med kompresjonsbrudd i ryggen som følge av osteoporose. Dette er en relativt stor pasientgruppe, og fysioterapeuter møter disse pasientene i ulike deler av helsetjenesten. I tillegg til de samfunnsmessige kostnadene, påfører kompresjonsbrudd den enkelte mye smerte og funksjonstap. I denne oppgaven ønsker vi derfor å sette søkelyset på fysioterapeuters erfaringer i møte med denne pasientgruppen. Basert på hensikt og bakgrunn har vi valgt denne problemstillingen:

“Hvilke erfaringer har fysioterapeuter i primær- og sekundærhelsetjenesten i Norge med behandling av eldre pasienter med vertebrale kompresjonsbrudd som følge av osteoporose?”

1.3 Disposisjon

Kapittel 2 består av teori som er relevant for tema og problemstilling. I kapittel 3 gjør vi rede for metoden i oppgaven. Kapittel 4 består av resultat. I kapittel 5 diskuterer vi resultatene og knytter dem opp mot relevant teori. Avslutningsvis kommer metodediskusjon og konklusjon. Til slutt presenteres litteraturliste og vedlegg.

1.4 Begrepsavklaring

Eldre personer: Internasjonalt brukes 65 år som grense for den eldre befolkningen. I litteraturen defineres ofte eldre som personer mellom 65 og 74 år (young-old).

Internasjonalt defineres også personer mellom 75 og 84 år som gamle eldre (old-old) (Østerås et al., 2016, s.20). I vår oppgave har vi valgt å slå sammen disse gruppene og definere eldre som personer fra 65 til 84 år.

2.0 Teori

2.1 Osteoporose

Beinvev dannes og brytes ned kontinuerlig i skjelettet. I ung alder lager kroppen nye beinceller raskere enn gamle forsvinner, og beinmineraltettheten øker. Med økende alder vil beinvevet brytes ned raskere enn kroppen produserer nytt, denne utviklingen begynner omtrent ved 35 års alder. Når beinmassen reduseres, slik at lavenergibrudd blir mer sannsynlig, kalles det osteoporose (Helsebiblioteket, 2019). Denne svekkelsen i beinstrukturen er en risikotilstand og gir ingen symptomer før et eventuelt brudd oppstår. Bakgrunnen for diagnosen kan være lav beinmasse i utgangspunktet, eller at tap av beinmasse skjer raskere enn normalt (Meyer, 2016). Osteoporose innebærer at beinmassen er redusert til et nivå under en definert grenseverdi, og dette nivået bestemmes av beintetthetsmålinger. For å kunne vurdere beintetthetsmålingene til en person, sammenlignes beintettheten med den som unge, friske personer av samme kjønn har. Dette kalles T-skår. En T-skår mellom 0,0 og -1,0 regnes som normalt, og $<-2,5$ defineres som osteoporose (Helsebiblioteket, 2019). Tilstanden er mest vanlig hos eldre kvinner (Vaagen & Eriksen, 2010). Det finnes ingen behandling som kan kurere osteoporose, men det er mulig å bremse og forebygge utviklingen (Helsebiblioteket, 2019).

2.1.1 Risikofaktorer for osteoporotiske brudd

Det kliniske endepunktet for osteoporose er brudd, og etiologien for brudd er multifaktoriell. En kombinasjon av flere risikofaktor vil øke sannsynligheten for brudd (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s.34). Risikofaktorene for osteoporotiske brudd

kan deles inn i påvirkbare og ikke-påvirkbare faktorer (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s.28).

Ikke-påvirkbare risikofaktorer

Økt alder og høyde, og genetiske faktorer øker risiko for brudd. I tillegg har skandinavere høyere risiko for brudd, sammenlignet med asiater og afrikanere (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s.29). Kvinner har høyere risiko enn menn for å utvikle osteoporose, og har derfor høyere bruddrisiko (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s.29). Tidligere brudd kan også være en indikator for osteoporose og derfor en risikofaktor for nye brudd (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s.28).

Påvirkbare risikofaktorer

Mangel på fysisk aktivitet og skjelettbelastning henger tett sammen med utvikling av osteoporose, og dermed brudd i spesielt ryggvirvler, hofter og bekken (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s.30). Lav kroppsmasseindeks er en risikofaktor for osteoporotiske brudd (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s.31). Mangelfulle verdier av kalsium og vitamin-D i kosten kan være en risikofaktor for å utvikle osteoporose (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s.31-32). Andre påvirkbare risikofaktorer som kan nevnes er sigarettøyking, høyt alkoholforbruk og medikamenter som kortikosteroider (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s.35). De fleste osteoporotiske brudd forekommer ved fall, og risikofaktorene for fall er mange (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s.33-34).

2.1.2 Symptomer og plager

Personer som har fått diagnosen osteoporose er ofte usikre på hvor mye kroppen deres tåler, og blir dermed mer inaktive. Selv personer som ennå ikke har fått diagnosen kan være bekymret for hvor mye kroppen tåler av belastning, på grunn av det de har hørt og lest i media om konsekvenser av osteoporose (Barker et al., 2016). Barker et. al viser også at konsekvenser som nedsatt livskvalitet, frykt for fall og sosial isolering går igjen hos pasientgruppen (Barker et al., 2016).

2.1.3 Anbefalinger og retningslinjer

Generelle treningsråd for personer med osteoporose er at det må utføres vekt bærende aktiviteter for å oppnå best mulig effekt på skjelettet. Belastningen skal påvirke skjelettet ved torsjon, kompresjon og skjærkrefter. Gunstige aktiviteter kan være raske spaserturer, jogging eller styrketrening (Bahr, 2015, s.460). Effektive intervensjoner som medikamenter, livsstilsendring eller fallforebyggende trening, reduserer også bruddrisiko. (Bahr, 2015, s.457).

For enkelte personer med smerter og nedsatt funksjon etter brudd, kan det være tilstrekkelig med enkelttiltak som smertebehandling, treningsterapi og informasjon- og mestringsopplæring. Det er imidlertid flere som har behov for en mer omfattende behandling i form av tverrfaglig rehabilitering (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 56).

2.2 Vertebrale kompresjonsbrudd

Som nevnt tidligere er vertebrale kompresjonsbrudd den vanligste osteoporoserelaterte bruddtypen (Parreira et al., 2017). Kompresjonsbrudd, som er sammenfall av anteriore corpus vertebrae, betegnes vanligvis som stabile, ufarlige og med lav risiko for nerveaffeksjon. (Solheim, 2020). Ved uttalt osteoporose kan vertebrale kompresjonsbrudd oppstå ved utførelse av dagligdagse aktiviteter, som forflytning eller løft, og i noen tilfeller etter et kraftig nys (NHI, 2019).

2.2.1 Symptomer og plager

Pasienter med osteoporoserelaterte symptomgivende vertebrale kompresjonsbrudd har ofte nedsatt livskvalitet på grunn av vedvarende smerter og funksjonstap. I tillegg vil frykt for nye, smertefulle brudd kunne føre til inaktivitet og ytterligere tap av funksjon og livskvalitet (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s.56). De første symptomene etter et kompresjonsbrudd er smerter lokalt i skadeområdet. Langvarige smerter og stivhet kan utvikles på grunn av redusert kraft i kompenserende muskulatur (Helsebiblioteket, 2019). Smertetilstander i ryggen fører ofte til økende inaktivitet, og for eldre, funksjonstap. Nedsatt funksjon kan videre føre til et økt

hjelpebehov og mindre selvstendighet i hverdagsaktiviteter. Kompresjonsbrudd gir også økt kyfosing, da fremre del av corpus vertebrae komprimeres. Dette fører til at brystkassen “siger ned” mot hoftekammen, noe som igjen fører til redusert pustefunksjon (NHI, 2019).

2.2.2 Anbefalinger og retningslinjer

I følge Sosial- og helsedirektoratets retningslinjer for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd er det gunstig med rask og effektiv smertelindring. I akutfasen kan dette være gode hvilestillinger, lett massasje og generelle smertestillende medikamenter. Deretter kan veiledet treningsterapi tilbys for å unngå utvikling av langvarige smerter (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s.19-22).

3.0 Metode

I dette kapittelet gjør vi rede for valg av metode, innsamling av datamaterialet og analyse. Vi gjør også rede for etiske aspekter ved metoden, samt vitenskapsteori og forforståelse.

3.1 Valg av metode

I vår oppgave ønsket vi å sette søkelyset på hvilke erfaringer fysioterapeuter fra ulike nivå i helsetjenesten har med behandling av vertebrale kompresjonsbrudd hos eldre som følge av osteoporose. Siden vårt forskningsspørsmål omhandler menneskelige erfaringer, opplevelser, tanker, motiver og holdninger, er kvalitativ fenomenologisk tilnærming godt egnet (Malterud, 2017, s.31). For å belyse problemstillingen valgte vi å gjennomføre individuelle semistrukturerte intervjuer med fysioterapeuter som hadde erfaring med pasientgruppen. Ved å bruke denne tilnærmingen kunne vi innhente erfaringsbasert kunnskap hos de ulike fysioterapeutene. Erfaringsbasert kunnskap erverves og utvikles gjennom refleksive prosesser der klinikerne lærer fra erfaring gjennom sin arbeidskarriere (Jamtvedt et al., 2015, s.26). Vi ønsket informasjon om hvordan fysioterapeuter tilnærmer seg pasientene, hva de vektlegger

i undersøkelse og anamnese, og hvilke erfaringer de har når det gjelder tiltak til den enkelte pasient.

3.2 Valg av informanter

Vi ønsket å intervju tre fysioterapeuter fra ulike nivåer av helsetjenesten for å belyse problemstillingen vår. "Hvis materialet er svært homogent, kan det være vanskelig å få frem data og nyanser som gir ny kunnskap eller åpner for nye spørsmål" (Malterud, 2017, s.59). Vi tilstrebet derfor å gjøre et strategisk utvalg for å få kunnskap om ulike erfaringer når det gjelder behandling av disse pasientene, og antok at fysioterapeuter fra primær- og spesialisthelsetjenesten ville gi en bredde i erfaringer. I samråd med veileder ville vi i første omgang å kontakte én fysioterapeut i spesialisthelsetjenesten, én i kommunehelsetjenesten og én i privat praksis.

Kontakt med informantene ble opprettet via nøkkelpersoner, som fysioterapifaglig ansvarlig i kommunen og enhetsleder i spesialisthelsetjenesten. I tråd med etiske retningslinjer tilstrebet vi å unngå å ta direkte kontakt med potensielle informanter slik at de ikke skulle føle seg presset til å delta (Helseforskningsloven, 2018, § 13). Nøkkelpersonene gav oss kontaktinformasjon til fysioterapeuter som sa seg villige til å delta, som de mente kunne gi oss rik informasjon vedrørende problemstillingen.

Vi sendte med orientering om bacheloroppgaven (Vedlegg 4), samt relevant informasjon om oss og tema for bachelorprosjektet (Vedlegg 1). Skjema om informert samtykke ble også vedlagt (Vedlegg 2).

3.3 Forberedelse til intervju

I forkant av intervjuene utarbeidet vi en semistrukturert intervjuguide som skulle fungere som en "veileder" i intervjusituasjonen. Intervjuguiden skulle hjelpe oss å sikre at temaer vi ønsket informasjon om ble belyst (Malterud, 2017, s.135). Vi har forsøkt å stille mest mulig åpne spørsmål som inviterer informanten til å dele sine erfaringer og kunnskap, og dermed åpne opp informasjon om tema vi på forhånd ikke hadde tenkt på (Malterud, 2017, s.34-35). Vi ønsket å stille utdypende og

oppfølgende spørsmål for å få mest mulig informasjon om temaene. Den endelige intervjuguiden (Vedlegg 3) ble revidert én gang i samråd med veileder i forkant av pilotintervjuet, og én gang etter det første ordinære intervjuet. Som følge av et nytt relevant tema som fremkom, ble dette fulgt opp i det neste intervjuet.

Vi gjennomførte et pilotintervju med en fysioterapeut som hadde erfaring med pasientgruppen for å teste intervjuguiden når det gjaldt tidsbruk og innhold. Intervjuet av denne fysioterapeuten viste seg å gi verdifull kunnskap, og vi valgte derfor å inkludere pilotintervjuet i oppgaven. I forkant av hvert intervju testet vi det tekniske utstyret - PC, opptaksfunksjonen på Zoom, lyd og mikrofon, opptaksfunksjon på mobil og internettilkoblingen. Vi hadde bestemt oss på forhånd hvem av oss som skulle lede intervjuet og hvem som skulle være observatør. Observatøren hadde underveis i intervjuene mulighet til å komme med innspill og oppklaringsspørsmål. Vi har byttet på hvem som er intervjuer og observatør. Mellom hvert intervju diskuterte vi gjennomføringen for å optimalisere til neste.

3.4 Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble gjennomført som videosamtale via Zoom, og egen PC ble benyttet. Kun lydopptaket ble overført til PC, ikke videoopptaket, og ble lagret på lokal harddisk. Vi valgte å gjennomføre intervjuene på Zoom for å imøtekomme nasjonale og lokale smitteverntiltak i forbindelse med den pågående COVID-19-pandemien. Som back-up for lydopptak, benyttet vi mobiltelefon innstilt på flymodus. Lydopptak er godt egnet for å fange opp samtalens/intervjuets språklige og nær-språklige elementer, men ikke for å fange opp nonverbal kommunikasjon (Malterud, 2017, s.73). Observatøren hadde derfor som oppgave å notere gestikulering og kroppsspråk av betydning for innholdet i svarene. For å unngå forstyrrelser under intervjuet satt vi på samme PC-skjerm inne på et lukket rom. Ved gjennomføring av intervjuene forsøkte vi etter beste evne å la informantene snakke fritt, ved å unngå avbrytelser og gi god tid til hvert svar. Vi lot i første omgang informantene svare på sin tolkning av spørsmålene, men vi så det tidvis hensiktsmessig å stille oppklaringsspørsmål for å ikke spore helt av tema.

Avslutningsvis fikk informanten muligheten til å komme med supplerende innhold eller forklare enkelte temaer dypere.

Samme intervjuguide ble brukt i pilotintervjuet og Intervju 1, og revidert versjon ble brukt i Intervju 2. Intervjuene tok mellom 25-40 minutter, gjennomført i tidsrommet uke 15-16. Hovedtemaene vi ville dekke i intervjuene tok for seg tiltak, pasienterfaringer og forebyggende tiltak for pasientgruppen.

3.5 Bearbeiding av datamateriale

Ved å bruke semistrukturerte intervjuer, transkripsjon og bearbeiding av materialet, har vi omgjort erfaringer og meninger hentet fra samtaler til meningsbærende tekst (Malterud, 2017, s.77). Ved endt intervju ble lydopptak umiddelbart lagret på passordbeskyttet PC, og lydopptaket på mobil ble slettet med en gang vi hadde undersøkt at PC-opptaket fungerte. Alle lydopptak ble slettet umiddelbart etter transkribering. I første omgang transkriberte vi intervjuene ord for ord, og inkluderte lydord, latter og gestikulering notert av observatøren. Ved å transkribere på egenhånd kunne vi, med god kunnskap om intervjuet, oppklare uklarheter underveis og inkludere momenter av betydning for teksten, for eksempel kroppsspråk. I tillegg var dette en god mulighet for oss å bli kjent med materialet (Malterud, 2017, s.79-80). Etter transkripsjonen av intervjuene bearbeidet vi materialet ved å fjerne gjentakelser, unødvendige ord, samt anonymiserte identifiserbar informasjon, som navn, arbeids- og utdanningssted. Vi har tilstrebet å ikke fjerne noe fra teksten som kunne forstyrre meningsinnholdet i formidlingen, eksempelvis "pauseord" og nøling. Vi så oss likevel nødt å fjerne en pasienthistorie fra teksten fordi vi vurderte at denne pasienten kunne bli gjenkjent. Denne historien var dessuten ikke relevant for problemstillingen. Avslutningsvis leste vi grundig gjennom de bearbeidede transkripsjonene, sidestilt med de ordrette transkripsjonene, flere ganger, for å kontrollere at ingen vesentlig informasjon fra informantene gikk tapt.

3.6 Analyse

Vi har analysert transkripsjonene ved å bruke systematisk tekstkondensering (STK), som beskrevet i kapittel 11 av Kirsti Malteruds bok *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (Malterud, 2017, s.97). STK er en tverrgående analyse, det vil si at likhetstrekk, forskjeller og variasjoner i erfaringer sammenfattes og fortolkes (Malterud, 2017, s.97). Analysen gjennomføres i fire trinn, 1) få et helhetsinntrykk - omgjøre teksten fra kaos til temaer 2) identifisere meningsdannende enheter - fra temaer til koder 3) trekke ut innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene - fra koder til mening, og 4) å sammenfatte betydningen (Malterud, 2012).

Vi startet med å lese nøye gjennom transkripsjonene hver for oss, for å danne oss et helhetsinntrykk og bli kjent med materialet (Malterud, 2017, s.99). Vi noterte oss noen aktuelle temaer, og kom i fellesskap frem til fire hovedtemaer, også kalt kodegrupper. Eksempel på et tema er "Informantens forståelse av pasientgruppen". I det andre analysetrinn leste vi grundig gjennom transkripsjonene sammen, og identifiserte meningsbærende enheter som kunne brukes for å belyse vår problemstilling (Malterud, 2017, s.101). Vi sorterte så de meningsbærende enhetene i de ulike kodegruppene.

Videre sorterte vi de meningsbærende enhetene i subgrupper under de aktuelle hovedtemaene. Subgruppene er sortert etter hvilke hovedaspekter i temaene våre datamaterialet best kunne fortelle noe om (Malterud, 2017, s.106). Deretter sammenfattet vi de meningsbærende enhetene fra hver subgruppe til kondensater i jeg-form som "skal bære med seg det konkrete innholdet fra de enkelte meningsbærende enhetene ved å omsette dem til en mer generell form" (Malterud, 2017, s.107). Underveis i prosessen markerte vi såkalte "gullsitater", som best mulig illustrerte og representerte det vi har abstrahert fra kondensatene (Malterud, 2017, s.108). I det fjerde analysetrinn har vi rekontekstualisert - sammenfattet kondensatene til analytiske tekster under hver sub- og kodegruppe. Tekstene er illustrert med passende gullsitater som kan konkretisere våre hovedfunn. "Denne analytiske teksten utgjør et utvalgt og relevant aspekt av ett av hovedfunnene i vårt forskningsprosjekt" (Malterud, 2017, s.109). De analytiske tekstene utgjør grunnlaget for resultatene og diskusjonen i oppgaven.

Tabell 1 - Eksempel på analyseprosessen:

Trinn 1: Hovedtema	Trinn 2: Subgruppe & Meningsbærende enhet	Trinn 3: Kondensat	Trinn 4: Analytisk tekst
Informantenes forståelse av pasientgruppen	Det kliniske bildet: Hvis jeg bare kan si det som jeg tenker når jeg ser navnet på en pasient som skal komme, som kanskje har hatt mange kompresjonsbrudd i ryggen, så ser jeg for meg en tynn, liten dame.	Jeg ser for meg den typiske pasienten med kompresjonsbrudd som følge av osteoporose som en tynn, lav, eldre kvinne. Når de kommer til meg ser jeg ofte at de går med forskjellige avvergestillinger, som for eksempel litt fremoverbøyd, eller med hoftegrep.	Alle informantene er enig i at pasientgruppen har en tydelig overvekt av eldre kvinner, og at det som oftest er slanke og små kvinner som kommer med kompresjonsbrudd.

3.7 Ethiske aspekter

I all forskning er det viktig å bevare personvern og anonymitet hos deltakerne. I Helseforskningslovens kapittel 2 (2008, § 7), som omhandler taushetsplikt, står det at “Enhver som får tilgang til helseopplysninger og andre personopplysninger som blir behandlet i et forskningsprosjekt skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysningene”.

Ved å følge retningslinjene for forskningsprosjekter, utarbeidet av Høgskulen på Vestlandet og godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD), kunne vi sikre at taushetsplikten ble overholdt (Vedlegg 4). Vi har anonymisert alle identifiserbare opplysninger i transkripsjonene (Vedlegg 5-7), ved å bruke fiktive navn, anonymisere arbeidsplass og annen gjenkjennbar informasjon.

I Helseforskningslovens kapittel 4 (2018, § 13) står det at “Det kreves samtykke fra deltakere i medisinsk og helsefaglig forskning, med mindre annet følger av lov”. Informantene har i forkant av intervjuene signert skjema om informert samtykke

(Vedlegg 2). Informantene har i tillegg blitt gjort kjent med hvordan vi vedlikeholder deres personvern og at de når som helst kunne trekke seg fra prosjektet.

3.8 Vitenskapsteori

3.8.1 Det fortolkende paradigme

Vår oppgave hører hjemme i det fortolkende paradigme som vektlegger subjektivitet fremfor objektivitet, der verden kan oppfattes ulikt avhengig av forskerens ståsted, og der kunnskap utvikles med forskeren sammen med informanten som en viktig bidragsyter (Malterud, 2017, s.27). Hermeneutikk og fenomenologi hører inn under det fortolkende paradigmet. Vår oppgave hører inn under begge disse tradisjonene ettersom vi fortolker det informantene har fortalt oss, og at resultatene våre er basert på fysioterapeuters erfaringer og meninger. Ettersom oppgaven baseres på erfaringsbasert kunnskap, vil den ha et fenomenologisk perspektiv (Garsjø, 2001, s.138).

3.8.2 Forforståelse

De subjektive forutsetningene, som oppfatninger, innstillinger, holdninger og motiver, kalles forforståelse (Garsjø, 2001, s.125-126). Forforståelsen vår, som blant annet bygger på tidligere erfaringer med pasientgruppen, teoretisk perspektiv og faglig kunnskap, vil dermed være med oss i arbeidet med prosjektet. Til tross for vår forforståelse har vi tilstrebet åpenhet og nøytralitet under arbeidet med prosjektet, for å unngå at vår forståelse i for stor grad har påvirket analysene/resultatene, samt at vi har fulgt metodiske regler og rammer for å få svar på problemstillingen. Kravet om nøytralitet kan best imøtekommes ved at vi erkjenner forutsetningene for vår forforståelse i størst mulig grad og tar hensyn til dem (Garsjø, 2001, s.126). Når det gjelder denne pasientgruppen har vi liten praktisk erfaring, da ingen av oss har møtt pasienter med vertebrale kompresjonsbrudd. Vi har dog arbeidet med eldre pasienter med andre problemstillinger og lest faglitteratur om kompresjonsbrudd, som danner grunnlaget for vår forforståelse.

4.0 Resultat

I dette kapittelet skal vi presentere resultatene fra intervjuene vi har gjennomført. Analysen av datamaterialet har munnet ut i hovedtemaene: Informantenes forståelse av pasientgruppen, tilnærming til pasientgruppen, og forebyggende tiltak.

4.1 Presentasjon av informantene

Informant 1 (Informant fra pilotintervjuet): Mannlig fysioterapeut med mange års erfaring som spesialfysioterapeut i ortopedi/revmatologi. Har arbeidet på rehabiliteringsinstitusjoner, sykehus og i privat praksis uten driftsavtale. Informanten kombinerer i dag jobb ved ortopedisk avdeling, og privat praksis. Han møter hovedsakelig den aktuelle pasientgruppen i akutfase på sykehuset.

Informant 2: Kvinnelig fysioterapeut med spesialisering i rehabilitering, med fordypning i revmatologi. Har over 30 års erfaring som fysioterapeut og jobber daglig med pasienter med osteoporose både i subakutt og kronisk fase ved revmatologisk avdeling på sykehus.

Informant 3: Kvinnelig spesialfysioterapeut med over 30 års erfaring, hovedsakelig som privatpraktiserende fysioterapeut med driftstilskudd. Har tatt flere ulike universitetsfag og kurs innen helse, psykologi og sosiologi. Møter hyppig pasienter med osteoporoserelaterte kompresjonsbrudd i både akutt- og rehabiliteringsfase.

4.2 Informantenes forståelse av pasientgruppen

“Eldre små damer er på en måte bildet man får i hodet”

4.2.1 Det kliniske bildet

“...så ser jeg for meg en tynn liten dame... ..litt fremoverbøyd”. Slik gir informant 2 sin umiddelbare beskrivelse av hvordan den typiske pasienten med osteoporoserelaterte kompresjonsbrudd i ryggen ser ut. Alle informantene er enige i at pasientgruppen har et flertall av eldre kvinner, og at de som oftest små og slanke. Alle informantene uttrykker at pasientene ofte har en fremoverbøyd og sammensunket holdning. Det er også enighet om at de osteoporoserelaterte bruddene ofte har en lavenergisk skademekanisme og hovedsakelig sees hos eldre pasienter. Informant 1 forteller at han hovedsakelig møter pasienter med kompresjonsfraktur i ryggen i forbindelse med andre brudd, relatert til fall. Informant 3 har erfart at bruddet ikke nødvendigvis oppstår som følge av et fall, men etter enkle aktiviteter som en forkjært vridning. Informant 2 nevner at det er stor bredde i skademekanismene hos pasientgruppen, hvor alt fra fall til å reise seg fra sengen kan være utslagsgivende.

4.2.2 Smertebilde hos pasientene

Informantene forteller om individuelle forskjeller i smertebildet hos pasientene. “Vet du hva, det er forbausende mange som ikke har smerte”, svarer informant 2 på spørsmål om pasientenes smertebilde. Hun har erfart at mange eldre med vertebrale kompresjonsbrudd ikke er smertepreget eller kan stadfeste når og hvordan de pådro seg bruddet. Disse pasientene ble gjerne henvist til beintetthetsmåling grunnet et underarmsbrudd, hvor kompresjonsbruddet ble oppdaget. Pasientene informant 1 møter, både på sykehus og institutt, beskrives som mer smertepreget. Denne erfaringen deler informant 3, som bare møter pasienter med uttalt smerte.

“De fleste har vondt, og når de har vondt blir de begrenset, og da blir de inaktive” sier informant 1. Han forteller videre at pasientene gjerne har tilegnet seg avvergereaksjoner som lindrer smerte i en periode, men at disse avvergestillingene etter hvert også blir smertefulle. Dette fører til inaktivitet blant pasientene. Informant 3 deler lignende erfaringer hvor pasienter med intense smerter “låser seg” og beveger seg mindre fleksibelt, som fører til økt smerte. Hun forteller at pasienter beskriver smertene som kniver i ryggen, og har erfart at noen ikke klarer å sette og reise seg.

Informant 3 fortalte at smertene ofte er hovedårsaken til at pasientene ikke tør eller klarer å bevege seg. Informant 1 og 3 er enige om at smertene fører til frykt og usikkerhet rundt egen kropp.

4.2.3 Frykt, usikkerhet og livskvalitet

“Bare ordet høres jo skremmende ut”, sier informant 2 om osteoporose. Hun uttrykker at pasienter blir livredde av beskjeden om beinskjørhet. Hun er bekymret for at diagnosesettingen går utover livskvalitet, og blir en begrensende faktor for pasientenes fysiske utfoldelse. Hun erfarer stadig at pasienter kommer engstelige fra beintetthetsmåling, med beskjed om at de er beinskjøre og *“kan knekke når som helst”*. Hun har erfart at dette resulterer i inaktivitet og engstelse for å pådra seg nye brudd. Informant 1, som har mest erfaring med fallrelaterte kompresjonsbrudd, understreker at pasientene er spesielt redde for å falle igjen. Informant 3 støtter opp om informant 1 og 2, men vektlegger frykten av å være i sin egen kropp. Hun har møtt pasienter som sier de er redde, og usikre på hva kroppen tåler og hva de kan gjøre. *“Det er jo ingen livskvalitet hvis du på en måte er helt låst i en situasjon. Det blir jo en slags kroppsangst det”,* legger hun til.

4.3 Informantenes tilnærming til pasientgruppen

“...livet det slutter ikke her og nå”

4.3.1 Kartlegging av pasientens funksjon

Hva som vektlegges i undersøkelsen av pasienter med osteoporoserelaterte kompresjonsbrudd er informantene stort sett enige om. Alle er opptatt av å kartlegge skademekanismen, aktivitetsnivå før skade og hva pasientene skal rehabiliteres tilbake til. I tillegg vektlegger de generell funksjonsundersøkelse hvor bevegelsesmønstre og oppgaveløsning kartlegges. Informant 2 trekker frem at hun tidvis inspiserer holdning og tar standardmål av pasienten. Eksemplene hun trekker frem er å måle fra tragus til vegg, eller fra nederste ribbe til crista iliaca, for å måle pasientens kyfosing. Informant 3 er spesielt opptatt av bildediagnostikk for å vite

omfanget av skaden. Hun forteller også at hun bruker VAS-skalaen for å kartlegge smerte. Informant 1 forteller at hans rolle i kartleggingen av pasienter på sykehuset ikke er like omfattende som på instituttet. Dette begrunner han med at han kan hente mye bakgrunnsinformasjon fra innkomstjournaler på sykehuset - denne muligheten har han ikke på instituttet. Han sier dessuten at han i stor grad kartlegger de samme aspektene på sykehus og institutt, og at han bruker en funksjonell tilnærming til pasientgruppen. Dette innebærer at han fokuserer på å undersøke generelle funksjoner fremfor, for eksempel spesifikk testing av muskelstyrke.

4.3.2 Behandling

Alle informantene er enige om at trygging og informasjon til pasienten er det viktigste tiltaket, dette kommer vi mer inn på i avsnitt **4.3.3**. Utover dette har informantene forskjellige tilnærminger til behandling.

Informant 2 arbeider poliklinisk med pasientgruppen, og har derfor sjelden konsultasjon med pasientene mer enn én gang. I løpet av konsultasjonen gir hun dem tilstrekkelige ressurser, i form av informasjon, gjennomgang av tilpassede øvelser og treningsveiledning. Hun trekker frem at hovedmålet med behandlingen er å unngå fall og nye brudd, hvor balanse- og styrketrening er sentralt. Informant 1 og 3 deler dette synspunktet. Hun fokuserer også på viktigheten av å stimulere skjelettet på riktig måte, med riktig intensitet, for å motvirke den osteoporotiske nedbrytningen og forteller: *“Det å forklare dem det at skjelettet er et levende organ som trenger stimuli, det er en av våre oppgaver”*.

Informanten 1 og 3, som jobber med smertepregede pasienter, er klare på at smertene er det første som må tas hånd om - *“...for smerten hemmer”*, som informant 3 sier. Hun har erfart at pasientene får god smertelindring av å bruke TENS. Informant 1 fokuserer på å kartlegge hvilke smertestillende medisiner som lindrer best, for å unngå at smertene blir begrensende i behandlingssituasjonen. I tillegg er han opptatt av å instruere i mindre smerteprovoserende mobiliseringsteknikker.

Informant 1 og 3 trekker frem at de bruker funksjonell tilnærming i møte med pasientene. Informant 1 prioriterer først og fremst at pasienten skal mestre alle dagligdagse aktiviteter, som å reise og sette seg. Han anser det som spesielt viktig at pasienter med kompresjonsbrudd etter fall, blir veiledet i hvordan de skal komme seg ned og opp igjen fra gulvet. Dette begrunner han med at pasientene opplever en enorm trygghet ved at de klarer å komme seg opp dersom de skulle falle. Informant 3 setter også mestring av hverdagslige aktiviteter i fremste rekke. Hun jobber ofte praktisk med pasientene, simulerer at de er på jobb eller i hjemmet, og løser ulike bevegelsesoppgaver.

Alle informantene utøver også øvelsesbehandling. De trekker fram at det er viktig å være selektiv i utvelgelsen av øvelser, og tilpasse dem den enkeltes behov. Informant 3 forteller at det kan være strategisk å tilnærme seg med forsiktighet, se at pasienten mestrer et lavdosert øvelsenivå, før hun gradvis øker doseringen. Informant 2 legger til at så lenge fysioterapeuten klarer å tilpasse programmet til hver enkelt, fungerer som regel det meste. Hun evaluerer kontinuerlig responsen fra pasienten på de ulike øvelsene, og endrer dersom pasienten ikke responderer som ønsket. Informant 1 har erfart at det er viktig å ikke dosere for høyt for tidlig. Han understreker at det viktigste er at pasienten forstår hensikten med øvelsene:

“Stort sett hvis ting ikke funker er det fordi jeg selv har hatt en tanke om at “dette er kjempebra og nå skal du få gjøre dette”, uten at de selv har et ønske om å gjøre det. Da gjør de stort sett enda mindre, og da blir det at de trener med meg, og så går de hjem og gjør ingenting. Og så opplever de at de ikke blir bedre i ryggen heller, fordi at vondten sitter der og de skjønner egentlig ikke hva de holder på med”.

Det som går igjen i intervjuene er at alle erfarer at en må tilpasse tiltak til den enkelte pasienten, og at det ikke finnes en standard behandling som fungerer for alle.

4.3.3 Informasjon og trygging

Alle informantene trekker fram samtalen som en viktig del av behandlingen. De beskriver at denne pasientgruppen er engstelige, og at det derfor er viktig å bruke god tid på trygging og informasjon. Informant 1 forteller at det handler om å “avdramatisere smerten”. Da må han forklare pasienten hva smerten er, hvor den

kommer fra og hva som kan gjøres for å oppnå bedring. Han lar pasienten få tid til å fortelle om sin egen livssituasjon og dermed få kunnskap om hvilke konsekvenser smerten/skaden har i hverdagen. Det gir også mulighet for pasienten til å stille spørsmål. Han informerer pasientene om viktigheten av bevegelse for å forhindre nye plager som følge av skaden. Dette vektlegger også informant 2 når hun snakker med sine pasienter. Hun forsøker å forklare hva som er bra for beinhelsen, at skjelettbelastning er trygt, ufarlig og gunstig. Hun opplever at pasientene er takknemlige for tryggheten hun gir dem i forhold til hva de kan gjøre av fysisk aktivitet og trening. Informant 3 forteller at trygging gjennom samtale bidrar til å roe ned pasientens situasjon. Hun informerer blant annet om hva pasienten kan unngå for ikke å utfordre skaden ytterligere, eksempelvis unngå å løfte tunge handleposer.

4.3.4 Tverrfaglig samarbeid

Angående tverrfaglig samarbeid har informantene ulike erfaringer. Informant 1 forteller at han på sykehuset er med på revisitt med postlege, ortoped og sykepleier, mens på instituttet foregår kommunikasjonen med pasientens fastlege. Informant 2 samarbeider med sykepleiere og leger. Hun opplever at de andre faggruppene er takknemlige for fysioterapeutenes arbeid. Informant 3 arbeider lite tverrfaglig, unntaksvis dersom pasienten har et mer utfyllende støtteapparat.

4.4 Forebygging

“Forebygging er jo alfa-omega!”

4.4.1 Forebygging av nye brudd

Det å forebygge nye brudd, hindre bevegelsesfrykt, unødvendig tap av funksjon og livskvalitet er det fysioterapeutene først og fremst kan bidra med, sier informant 2. Hun forteller om prosjektet NoFRACT, som gjorde beintetthetsmålinger av alle eldre som kom med underarmsbrudd til legevakt eller ortopediske avdelinger. Dette avdekket mange “stumme” osteoporosetilfeller, som da fikk utredning og tiltak for å forebygge nye brudd. Praksisen fra prosjektet ble videreført ettersom nytten av tidlig

kartlegging for å forebygge nye brudd ble tydeliggjort. Hun krediterer denne praksisen mye av det forebyggende arbeidet som foregår i dag. For å forebygge nye brudd hos pasientene sier informant 1 at han må tenke bredere enn den aktuelle problemstillingen. Dersom han får inn en pasient med et osteoporotisk brudd, henviser han ofte til kommunale gruppetreningstilbud, i tillegg til å behandle det aktuelle bruddet. Han beskriver gruppetrening som motiverende og bærekraftig for deltakerne. *“...skulle jeg satt alle pengene ett sted, så ville jeg lagt dem i den gruppeoppfølgingen...”*. Informant 3 er opptatt av å stimulere pasientene til fysisk aktivitet, og inkluderer fallforebyggende trening som tiltak mot nye brudd. I tillegg ser hun det hensiktsmessig for pasienten å forsøke å unngå aktiviteter som tidligere kan ha ført til et kompresjonsbrudd.

4.4.2 Forebygging av osteoporose

“...jo tidligere en begynner å tenke på beinhelsen, jo bedre er det” oppsummerer informant 2 sine tanker om forebygging av osteoporose. Fokus på fysisk aktivitet og kosthold blant barn og unge er viktig for å bygge opp en *“beinbank”* til det senere liv, sier hun. Når det gjelder eldre mennesker mener hun at tidlig kartlegging med beintetthetsmålinger er nøkkelen for å forhindre skade. Informant 1 møter pasientene i en *“skaden-skjedd-situasjon”* og trekker frem viktigheten av å forebygge negativ utvikling av osteoporose hos pasientene. Dette mener han kan gjøres ved å synliggjøre de arenaene fysioterapeuter bidrar, blant annet kommunale trenings- og turgrupper. Informant 3 tenker at for å kunne forebygge osteoporose hos befolkningen, må vi se på de store sammenhengene. Hun eksemplifiserer med den lave forekomsten av artrose i afrikanske land versus den høye i Norge. Hun mener det trengs en årsaksforklaring på hvorfor det er så store forskjeller globalt. På et mer individrettet nivå trekker hun frem generell fysisk aktivitet som den viktigste forebyggende faktoren.

5.0 Diskusjon

Vi har valgt å diskutere de mest interessante funnene fra hovedtemaene i kapittel 4.0, og beholder derfor hovedoverskriftene, men har organisert dem videre i nye underkategorier.

5.1 Informantenes forståelse av pasientgruppen

5.1.1 Osteoporose - en kvinnesykdom?

Det er enighet blant informantene om at pasientgruppen har et flertall av eldre kvinner. Dette samsvarer med statistikk som viser at 90% av pasienter med osteoporose som oppsøker fastlegen er kvinner over 60 år (Mundal, 2018). Osteoporose anslås å være 2-4 ganger vanligere hos kvinner enn menn. (Jacobsen & Toverud, 2017, s.361). En forklaring på dette kan være at kvinner er mer utsatt for å utvikle osteoporose grunnet hormonell påvirkning (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s.11). En annen forklaring kan være at osteoporose ofte beskrives som en kvinnesykdom. En systematisk oversikt beskriver hvordan menn kjenner skam og forlegenhet ved å ha osteoporose da det forbindes med behov for helsehjelp og svakhet, og derfor ikke oppleves maskulint (Barker et al., 2016). Dette fører til at menn sjeldnere oppsøker helsevesenet. Oppfatningen av osteoporose som en kvinnesykdom og at menn sjeldnere oppsøker helsehjelp, kan bidra til å skape en barriere for at menn med osteoporose oppdages, og får videre oppfølging.

5.1.2 Eldre og smerter

Informantene har ulik erfaring med hvor smertepregede pasientene med kompresjonsbrudd er. Informant 1 og 3 som arbeider i primærhelsetjenesten møter ofte pasienter i akutfasen når de er smertepregede, og er derfor opptatt av å lindre pasientens smerter innledningsvis. Smertelindrende behandling er i tråd med anbefalinger som vektlegger at smertene skal dempes for å redusere faren for kronifisering (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s.63). Informant 2 uttrykker

forbauselse over hvor mange med kompresjonsbrudd i ryggen som er lite smertepreget, ettersom dette er i strid med beskrivelsene presentert i teorien (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s.56). Dette kan ha flere årsaksforklaringer. Kompresjonsfrakturere oppstår ofte ved lavenergisk skademekanisme, og vekker sjelden mistanke hos personen om at det kan ha oppstått brudd (NHI, 2019). Dessuten har mange eldre utviklet mestringsstrategier for smerte. Det er heller ikke uvanlig at eldre personer har flere langvarige smertetilstander, som kan gjøre det vanskelig for dem å skille smerteårsakene fra hverandre (Østerås et al., 2016, s.179). Dessuten oppdages, ifølge informant 1, kompresjonsbrudd ofte i forbindelse med at pasienten behandles for andre osteoporoserelaterte brudd.

5.1.3 Livskvalitet, trygging og informasjon

Negative konsekvenser av smerter og funksjonstap hos denne pasientgruppen er frykt, usikkerhet, kroppsangst, og dermed inaktivitet, konstaterer informantene. Barker et. al. (2016) peker på at pasienter med osteoporose også lenge etter bruddtilheling kan oppleve nedsatt livskvalitet grunnet frykt for å falle, og sosiale konsekvenser som isolering og tilbaketrekking (Barker et al., 2016).

Noen pasienter blir bekymret bare av å få diagnosen. Informant 2 forteller at dette går utover livskvaliteten til pasientene. Flere pasienter hadde foretrukket å ikke vite at de var beinskjør på grunn av at diagnosen er frykttremkallende (Barker et al., 2016). Pasienter beskriver det å leve med frykt for fall som årvåkenhet av å leve i en farlig verden og uroe seg for aktiviteter som vanligvis ikke utgjør en fare (Barker et al., 2016). Dette stemmer overens med informant 1 sine erfaringer, at personer som har falt, er redde for å falle igjen. Informantene peker på flere konsekvenser som fører til nedsatt livskvalitet, dog nevner ingen av dem sosiale konsekvenser som følge av smerter og frykten for nye brudd. Pasienter med osteoporose forteller at de unngår sosiale sammenkomster, og føler seg sårbare og ensomme (Barker et al., 2016). Alle informantene spesifiserer at trygging av pasientene er viktig for å motvirke inaktivitet og nedsatt livskvalitet. Informantenes forståelse av pasientgruppen stemmer overens med pasienters egne erfaringer. Det kan vise at nettopp trygging og informasjon er

viktigere enn de tror for å ha positiv innvirkning på pasientenes funksjon, og dermed livskvalitet og sosiale liv.

5.2 Informantenes tilnærming til pasientgruppen

5.2.1 Kartlegging og behandling

Informantene er samstemte i hva de vektlegger i undersøkelse av pasientene. De understreker at det er viktig å få et godt bilde av skademekanismen, dessuten å spørre pasientene om fysisk funksjonsnivå forut for skade, og kartlegge nåværende funksjon. Alle er opptatt av å danne seg et godt bilde av pasientens smerte. Dette er i tråd med norske retningslinjer for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s.36). Når det gjelder diagnostisering og behandling av osteoporose, er hensikten å forebygge fremtidige brudd, samt å bedre symptomer og funksjon hos dem som allerede har fått brudd (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s.35). Dette samsvarer med informantenes tilnærming, men de har ulike hovedfokus i møte med pasientgruppen. Informant 1 og 3 jobber med smertelindring i første omgang, mens informant 2 konsentrerer seg mer om styrketrening og øvelser. De ulike tilnærmingene kan forklares av at informantene møter pasientene på ulike nivå i helsetjenesten samt ulik tid i skadeforløpet.

Informantene deler synspunktet om at hovedmålet med behandlingen bør være å unngå nye fall og nye brudd. Dette målet oppnås ved å tilrettelegge for balanse-, styrke- og funksjonell trening. Dette samsvarer med norske retningslinjer, som trekker fram fysisk aktivitet og fallforebyggende trening som viktige tiltak i behandling og forebygging av osteoporotiske brudd (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s.41,44 & 46). Personer over 65 år kan også øke beintettheten ved riktig stimulering (Jacobsen & Toverud, 2017, s. 361). Informantene hadde også ulik tilnærming til dosering av øvelser. Informant 1 og 3 vektlegger å dosere lavt innledningsvis og heller øke doseringen gradvis, er informant 2 opptatt av at skjelettet må stimuleres på riktig måte med en viss intensitet for å motvirke den osteoporotiske nedbrytningen.

Det er anbefalt å påvirke skjelettet med torsjons-, kompresjons- og skjærkrefter (Bahr, 2015, s.460).

Basert på resultat og diskusjon fremkom det av intervjuene at informantene jobber forskningsbasert i møte med pasientgruppen. De sier at det er viktig å tilpasse tiltak og trening til den enkeltes funksjonsnivå, ønsker og behov. De vektlegger både pasientenes preferanser, samt egen erfaring og forskningsbasert kunnskap i behandlingstilnærmingen. Dette er i tråd med beskrivelse av kunnskapsbasert praksis (Jamtvedt et al., 2015, s. 21).

5.3 Forebygging av osteoporose og nye brudd

Informantene understreker at forebygging av nye brudd, samt å motvirke utviklingen av osteoporose, er viktig for pasientgruppen. De velger likevel å trekke frem ulike aspekter av forebygging. Informant 3 undrer seg over hvorfor Norge er på verdenstoppen når det gjelder osteoporose, og at det er viktig å rette oppmerksomheten mot hvorfor det er slik. Epidemiologiske undersøkelser viser at flere nord-europeere enn afrikanere utvikler osteoporose (Wright et al., 2014). En mulig forklaring på dette kan være at vi er mindre fysisk aktive i Nord-Europa enn i afrikanske land. En annen forklaring kan være klimatiske forskjeller. Nord-europeere er mindre eksponert for UV-stråler fra solen, og produserer dermed mindre D-vitamin som er viktig for absorpsjon av kalsium i kroppen (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s.31-32). D-vitamin er en viktig kilde for opprettholdelse av beinmasse.

Informant 2 mener det er viktig å fokusere på beinhelse i tidlig alder for å forebygge utvikling av osteoporose. For å bygge opp god beintetthet er inntak av kalsium og fysisk aktivitet inntil skjelettet er ferdig utviklet av stor betydning (Jacobsen & Toverud, 2017, s.36). Likevel opplever informant 1 og 2 at de møter pasienter i en *“skaden-skjedd situasjon”*, og at forebygging av nye brudd er like så viktig. Nøkkelen til dette er å tenke bredere enn det aktuelle bruddet og starte tidlig behandling av osteoporose. NoFRACT er et prosjekt som har tatt sikte på å kartlegge osteoporose tidlig og forebygge sekundære brudd hos alle personer over 50 år med brudd i hofte, over- eller underarm (Nordsletten, 2019). Analysene av NoFRACT studien er dog ikke ferdigstilt, men det blir spennende å se de ferdige resultatene. Informantene

trekker altså frem ulike aspekter av forebygging, men de jobber alle mot samme overordnede mål - forebygging av brudd. De ulike tankene om forebygging er antageligvis basert på ulik forståelse av og erfaring med pasientgruppen.

6.0 Metodediskusjon

I dette kapittelet skal vi diskutere styrker og svakheter ved metoden vi har brukt.

6.1 Valg av metode

Vi har erfart at det sjelden finnes en fasit i møte med pasienter. Når det gjelder behandling av pasienter med osteoporoserelaterte kompresjonsbrudd i ryggen finnes det kliniske retningslinjer som bygger på oppsummering av naturvitenskapelig forskning (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Det er imidlertid ikke alltid at retningslinjene passer for den enkelte pasient, og det kan derfor være hensiktsmessig å undersøke hvilke erfaringer fysioterapeuter har når det gjelder tiltak og behandling av denne pasientgruppen. Vi valgte derfor å bruke kvalitativ metode i vår oppgave, for å få dybdekunnskap om et utvalg fysioterapeuters erfaringer. Kvalitative dybdeintervju gir mulighet for å oppnå en helhetlig forståelse fra et avgrenset utvalg informanter (Thornquist, 2018, s.236). Vi har gjennomført semistrukturerte intervjuer for å innhente erfaringsbasert kunnskap om osteoporoserelaterte kompresjonsbrudd hos eldre, og mener denne tilnærmingen var godt egnet for å få svar på problemstillingen.

6.2 Valg av informanter

Vi har tilstrebet å få et strategisk utvalg av informanter for å fremme variasjonsbredde i resultatene. Vi ønsket innledningsvis å intervjuer en fra spesialisthelsetjenesten, en kommunal fysioterapeut og en privatpraktiserende fysioterapeut. Det lyktes ikke å rekruttere en informant fra kommunehelsetjenesten, og dette kan ha påvirket variasjonen i resultatene. Vi opplevde likevel at informantene som deltok bidro med et godt grunnlag for ulike erfaringer og synspunkter. Dessuten hadde informant 1 erfaring fra både spesialist- og primærhelsetjenesten, noe som gjorde at begge disse

tjenestnivåene til en viss grad ble dekket. Vi er oppmerksom på at vårt utvalg av informanter ikke er representativt for norske fysioterapeuter i primær- og sekundærhelsetjenesten, men vi mener likevel at resultatene våre bidrar med kunnskap som kan være til nytte for fysioterapeuter som jobber med denne pasientgruppen.

6.3 Forberedelse og gjennomføring av intervjuer

Ved å presentere våre roller som leder og observatør før oppstart av hvert intervju, bidro dette til en ryddig og forutsigbar situasjon for gjennomføringen av intervjuene. Vi valgte å sende hovedtemaene fra intervjuguiden til informantene i forkant av intervjuene, slik at de var forberedt på hva vi ville spørre om.

Siden dette er første gang vi gjennomførte intervjuer kan det hende vi i litt for stor grad var styrt av intervjuguiden. Vi vurderer likevel at vi har fått tilstrekkelig informasjon til å svare på problemstillingen. Det kan likevel ikke utelukkes at vi kunne fått andre og mer utfyllende svar dersom vi hadde hatt mer erfaring og flere informanter. Dersom vi skulle gjennomført på nytt ville vi prøvd å stille flere oppfølgingsspørsmål for å få informantene til å utdype mer. Vi tilstrebet å gi informantene god tid til hvert spørsmål før vi gikk videre til neste, noe som kan ha bidratt til rikere svar. Intervjuene ble gjennomført digitalt på grunn av smittevern i forbindelse med COVID-19 pandemien. Vi vurderer at dette ikke påvirket meningsinnholdet i noe særlig grad, selv om vi ikke kan utelukke at informantene ville snakket friere ansikt til ansikt.

6.4 Bearbeiding av data

Vi transkriberte lydopptakene hver for oss umiddelbart etter hvert intervju, ord for ord. Ved å gjøre dette hadde vi nonverbale inntrykk fra informantene ferskt i minne. I tillegg ble begge godt kjent med innholdet i transkripsjonene. Vi kunne deretter sammenligne transkripsjonene for å forsikre oss om at meningsbærende innhold ikke var gått tapt. Ved videre bearbeiding av materialet så vi det utfordrende å begrense oss i hva vi skulle inkludere, eller ekskludere. Vi er også inneforstått med at det endelige bearbeidede materialet kan være påvirket av våre subjektive tolkninger, selv

om vi har prøvd å motvirke dette og gjengi informantenes utsagn og meninger så godt som mulig.

6.5 Analyse

For å analysere datamaterialet brukte vi systematisk tekstkondensering, utviklet av Kirsti Malterud (2012), som gir nybegynnere en systematisk og overkommelig oppskrift på analyseprosessen (Malterud, 2017, s.97). Vi var nøye med å hele tiden sammenligne dekontekstualiseringen opp mot transkripsjonene for å ikke trekke resultater ut av kontekst. Det at vi var to om å samarbeide med analysene er en styrke for studien. To forskere som samarbeider om analysene skaper rom for flere nyanser i diskusjonen (Malterud, 2017, s.100).

6.6 Refleksivitet og overførbarhet

Under arbeidet med prosjektet har vi tilstrebet refleksivitet - det vil si at vi har forsøkt å stille spørsmål til egne tolkninger og valg underveis i prosessen med oppgaven. Malterud (2017, s.192) hevder at beslutninger og tolkninger i en tekst alltid skal ses opp mot alternative muligheter. Datainnsamling, analyse, tolkning og presentasjon i kvalitative studier påvirkes som regel av forskerne (Malterud, 2017, s.24). Vi har derfor tilstrebet å redegjøre for vår forforståelse, for å synliggjøre og aktivt forholde oss til denne metodiske utfordringen (Malterud, 2017, s.25).

Ettersom vi kun har tre informanter, med ulik fysioterapibakgrunn, kan vi ikke generalisere våre funn til andre fysioterapeuter. Vi har likevel oppnådd økt kunnskap og forståelse for pasientgruppen som vil være nyttig for oss som fremtidige fysioterapeuter, og kanskje også for fysioterapeuter som jobber med pasientgruppen. Vi har også diskutert funnene opp mot retningslinjer og faglitteratur. Det hadde vært interessant og nyttig å intervju flere fysioterapeuter for å få et bredere kunnskapsgrunnlag.

7.0 Konklusjon

Oppgaven vår tok utgangspunkt i problemstillingen: "Hvilke erfaringer har fysioterapeuter i primær- og sekundærhelsetjenesten i Norge med behandling av eldre pasienter med vertebrale kompresjonsbrudd som følge av osteoporose?". Informantenes forståelse og tilnærming til pasientgruppen baseres på deres kunnskapsgrunnlag og tidligere yrkeserfaring, samt deres personlige verdier og holdninger. Etersom vi bare intervjuet tre fysioterapeuter er det vanskelig å si noe om hvor overførbare resultatene er for andre fysioterapeuter som jobber i primær- og sekundærhelsetjenesten. Vi har funnet likheter og forskjeller angående tilnærming og forståelse av pasientgruppen hos de ulike informantene. I denne oppgaven fremkommer det at terapeutenes hovedmål er å fremme funksjon, forebygge nye brudd, og forhindre tap av livskvalitet som følge av vertebrale kompresjonsbrudd og osteoporose. Det kommer frem at en helhetlig tilnærming med individuell tilpasning til hver enkelt pasient er viktig. Kartlegging av skademekanisme, fysisk funksjon og tidligere aktivitetsnivå går igjen som grunnsteinene i undersøkelsen, uavhengig av helsetjenestenivå. Det er også enighet blant informantene om at samtale og trygging av pasientene inngår som en sentral del av behandlingen. Selv om informantene har ulik tilnærming til forebyggende tiltak, har alle samme målsetting. Det er forskjeller i hvilke pasienter informantene møter i sin praksis, både når det gjelder tid i skadeforløp, smertebilde og funksjon. Dette skaper også rammene for hovedfokuset i starten av behandlingsforløpet. Våre resultater viser at pasienter som kommer til private institutter er mer smertepregede enn de som kommer poliklinisk på sykehus. Det overordnede målet er at terapeutene ønsker å gjøre pasientene trygge i egen livssituasjon og ressurssterke i møte med verden. Resultatene i oppgaven, diskutert opp mot teoretisk kunnskap, tilsier at informantene arbeider kunnskapsbasert - hvor forskning, erfaring og pasientmedvirkning legger til grunn for valg av tiltak.

Arbeidet med oppgaven har gitt oss god innsikt i forståelse og behandling av eldre pasienter med vertebrale kompresjonsbrudd som følge av osteoporose, og vi føler oss tryggere på hvordan vi skal møte denne pasientgruppen i framtiden. Vi har ikke fått noen klar fasit på hva som er beste behandling, men vi har fått et godt overblikk over hva som må vektlegges i den individuelle tilnærmingen av hver enkelt pasient. Pasientgruppen har fastsatte retningslinjer for behandling og forebygging, men ingen

pasienter er like. Vi tar derfor med oss at en må behandle personen en har foran seg, og ikke diagnosen på arket.

8.0 Litteraturliste

- Bahr, R. (2015). *Aktivitetshåndboken fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Fagbokforlaget.
- Barker, K. L., Toye, F., & Lowe, C. J. M. (2016). A qualitative systematic review of patients' experience of osteoporosis using meta-ethnography. *Archives of Osteoporosis*, 11(1), 33. <https://doi.org/10.1007/s11657-016-0286-z>
- Folkehelseinstituttet. (2018, 15. mai). *Helse hos eldre*.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/>
- Garsjø, O. (2001). *Sosiologisk tenkemåte. En introduksjon for helse- og sosialarbeidere: 2.utgave, 1. opplag*. Gyldendal Akademisk.
- Helsebiblioteket. (2019, 25. oktober). *Beinskjørhet—Osteoporose*.
<https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/muskel-og-skjelett/beinskjoerhet>
- Helseforskningsloven. (2008). *Loven om medisinsk og helsefaglig forskning*. (LOV-2008-06-20-44). Lovdata.
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44/KAPITTEL_2#%C2%A77
- Helseforskningsloven. (2018). *Loven om medisinsk og helsefaglig forskning*. (LOV-2008-06-20-44). Lovdata.
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44/KAPITTEL_4#%C2%A713
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2
- Jacobsen, D. A., & Toverud, K. C. (2017). *Sykdomslære indremedisin, kirurgi og anestesi*. Gyldendal akademisk.

Jamtvedt, G., Hagen, K. B., & Bjørndal, A. (2015). *Kunnskapsbasert fysioterapi: Metoder og arbeidsmåter*. Gyldendal akademisk.

Jamtvedt, G., Hilde, G. & Nordheim, L. (2000). Kunnskapsbasert fysioterapi - å lete etter forskningsbasert kunnskap. *Fysioterapeuten*, 3(67)
https://fysioterapeuten.no/files/archive/491/5120/version/3/file/0300_Fagartikkel2.pdf

Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795–805.
<https://doi.org/10.1177/1403494812465030>

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag: En innføring*. Universitetsforlaget.

Meyer, H., E. (2016, 20. oktober). *Fakta om beinskjørhet og brudd (osteoporose og osteoporotiske brudd)*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/fp/folkesykdommer/beinskjorhet/beinskjorhet-og-brudd---fakta-om-os/>

Mundal, A. (2018, 3. juli). *Flest til fastlegen på grunn av muskel- og skjelettlidelser*. SSB.
<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/flest-til-fastlegen-pa-grunn-av-muskel-og-skjelettlidelser>

NHI. (2019, 13. mai). *Brudd i ryggsoylen til eldre*. Norsk Helseinformatikk.
<https://nhi.no/sykdommer/muskelskjelett/rygg-nakke-bryst/brudd-i-ryggsoylen-til-eldre/>

Nordsletten, L. (2019, 8. august). *Norwegian Capture the Fracture Initiative (NoFRACT)—Institute of Health and Society*. Norwegian Capture the Fracture Initiative (NoFract).
<https://www.med.uio.no/helsam/english/research/projects/nofract/index.html>

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

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

Parreira, P. C. S., Maher, C. G., Megale, R. Z., March, L., & Ferreira, M. L. (2017). An overview of clinical guidelines for the management of vertebral compression fracture: A systematic review. *The Spine Journal: Official Journal of the North American Spine Society*, 17(12), 1932–1938.
<https://doi.org/10.1016/j.spinee.2017.07.174>

Solheim, K. (2020, 12. november). Ryggsøylebrudd. I *Store medisinske leksikon*.

<https://sml.snl.no/ryggs%C3%B8ylebrudd>

Sosial- og helsedirektoratet. (2005, desember). *Faglige retningslinjer for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd*. Fysio.

<https://fysio.no/Media/Files/Retningslinjer-for-forebygging-og-behandling-av-osteoporose-og-osteoporotiske-brudd>

Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: For helsefag*. Fagbokforlaget.

Utdannings- og forsvarsdepartementet. (2004) *Rammeplan for fysioterapeututdanning*. Regjeringen.

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/ufd/pla/2003/0002/ddd/pdfv/215886-rammeplan_fysio_23.06.04_ny.pdf

Vaagen, S., & Eriksen, E., F. (2010). *Osteoporose—Metodebok i geriatri*.

Helsebiblioteket

<https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/geriatrisk-metodebok/osteoporose>

Wright, N. C., Looker, A. C., Saag, K. G., Curtis, J. R., Delzell, E. S., Randall, S., & Dawson-Hughes, B. (2014). The Recent Prevalence of Osteoporosis and Low

Bone Mass in the United States Based on Bone Mineral Density at the Femoral Neck or Lumbar Spine. *Journal of Bone and Mineral Research*, 29(11), 2520–2526. <https://doi.org/10.1002/jbmr.2269>

Østerås, H., Granbo, R., & Helbostad, J. L. (2016). *Aldring og bevegelse fysioterapi for eldre*. Gyldendal akademisk.

Vedlegg 1 - Forespørsel om deltakelse i bachelorprosjekt

Vil du delta i bachelorprosjektet

«Fysioterapi for eldre pasienter med vertebrale kompresjonsbrudd som følge av osteoporose»

Dette er spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke fysioterapeuters erfaringer med behandling av eldre pasienter med osteoporoserelaterte kompresjonsbrudd i ryggen. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med dette prosjektet er få kunnskap om behandling av eldre pasienter med osteoporoserelaterte kompresjonsbrudd i ryggen, da dette er en stor pasientgruppe i Norge og på verdensbasis. Målet er å undersøke ulike fysioterapeuters erfaringer med behandling av denne pasientgruppen – hvilke tiltak brukes, hva erfarer terapeutene fungerer/ikke fungerer?

Problemstilling: Hvilke erfaringer har fysioterapeuter i ulike seksjoner av helsetjenesten i Norge med behandling av eldre pasienter med vertebrale kompresjonsbrudd som følge av osteoporose?

Dette prosjektet vil utgjøre bacheloroppgave i fysioterapi.

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

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskulen på Vestlandet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du spørres om å delta i prosjektet fordi du er fysioterapeuter og har erfaring med den aktuelle pasientgruppen for tema i vår bacheloroppgave.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at vi vil gjennomføre et intervju med deg. Det er utarbeidet en intervjuguide som omhandler spørsmål om dine erfaringer om det aktuelle tema. Spørsmålene omhandler bl.a. behandlingstiltak for pasientgruppen, tverrfaglig samarbeid og generelle erfaringer gjort med denne type pasienter. Det vil ta deg ca. 30-45 min. Vi tar lydopptak og notater fra intervjuet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

Lyddopptaket vil lagres i passordbeskyttet pc, og slettet etter transkripsjon. Navn og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres innelåst og adskilt fra øvrige data.

Ingen vil kunne gjenkjenne deg i den skriftlige teksten.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres i bacheloroppgaven, alle andre data slettes når bacheloroppgaven godkjennes (etter planen i juni 2021).

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Bachelorstudent 1
- Bachelorstudent 2
- Veileder
- Høgskulen på Vestlandet ved prosjektansvarlig førsteamanuensis Mona K. Aaslund, mokra@hvl.no
- Vårt personvernombud: Trine Anniken Larsen, personvernombudet@hvl.no

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

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

Med vennlig hilsen

(Veileder og lærer ved fysioterapeututdanningen) (Student 1)

(Student 2)

Vedlegg 2 - Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Fysioterapi for eldre pasienter med vertebrale kompresjonsbrudd som følge av osteoporose*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3 - Intervjuguide

INTERVJUGUIDE

Problemstilling

“Hvilke erfaringer har fysioterapeuter i ulike seksjoner av helsetjenestene i Norge med behandling av eldre pasienter med vertebrale kompresjonsbrudd som følge av osteoporose?”

Før lydopptaket slås på:

Studentene informerer muntlig om rammene for deltakelse på intervju til bachelorprosjektet. Nærmere beskrevet i samtykkeskjema. Informerer om at samtalen blir tatt og blir overført til passordbeskyttet pc. Deretter blir lydopptaket transkribert og personlig informasjon blir fjernet, og fiktive navn blir brukt. Studentene informerer om tidspunkt og dato for opptak. Informanten presenterer seg med navn, alder og arbeidsplass.

Introduksjonsspørsmål:

1. Hvor lenge har du arbeidet som fysioterapeut?
2. Har du noe etter- / videreutdanning eller spesialisering? Dersom ja, innenfor hvilket felt?

Starter lydopptak her:

3. Kan du fortelle hvilken erfaring du har med behandling av pasienter med kompresjonsbrudd/osteoporose?
4. Hva innebærer dine arbeidsoppgaver innenfor dette fagfeltet?
 - a. Hvordan ser arbeidsdagen din ut? (Pasientgrupper, samhandling med andre faggrupper, fasiliteter).

Pasienterfaringer

1. Hvor i forløpet møter du som regel denne pasientgruppen?
 - a. Akutt-, subakutt- eller rehabiliteringsfase?
2. Kan du beskrive hvordan en eldre pasient med vertebral kompresjonsfraktur ut når han/hun kommer til deg som fysioterapeut?
 - a. Hva vektlegger du i anamnesen hos pasientene?
 - b. Hva vektlegger du i fysioterapeutisk undersøkelse hos pasientene, og

hva er typiske funn?

3. Hvordan opplever du vanligvis pasientenes totale helsesituasjon?
 - a. Hva er dine tanker om beinskjørhet og innvirkning på livskvalitet? (Frykt for fall? Fysisk inaktivitet / unngåelsesatferd? Sosialt?)

Fysioterapeutiske tiltak

1. Hva er målet med den fysioterapeutiske behandlingen du gir denne pasientgruppen?
2. Hva vektlegger du i behandling av denne pasientgruppen? (Øvelser? Informasjon? Hverdagsmestring?)
3. Hvilke tiltak fungerer ut fra din erfaring godt? Hvorfor tenker du slik? Kan du gi et praktisk eksempel?
 - a. Hvilke fungerer dårlig? Hvorfor tenker du slik? Kan du gi et praktisk eksempel?
4. Kan du fortelle om dine erfaringer med tverrfaglig samarbeid i din arbeidshverdag (når det gjelder denne pasientgruppen)?
 - a. I hvilken grad påvirker det din fagutøvelse?
5. Hva er dine tanker om forebyggende tiltak til denne pasientgruppen?
 - a. Balanse-/fallforebyggende trening? Livsstilsendring? Ernæring?

Pasientgruppen fremover

1. Osteoporoserelaterte frakturer koster det norske samfunnet i overkant av 1,5 milliarder kroner per år, og vertebrale kompresjonsfrakturer er den vanligste bruddtypen. Hva tenker du kan gjøres/endres for å minske dette store antallet tilfeller av osteoporoserelaterte brudd?
 - a. Makronivå? Mikronivå? Burde noe blitt gjort annerledes, hvordan?

Avslutning:

1. Har du noe annet du ønsker å si eller tilføye før vi avslutter?
2. Kan vi ta kontakt i etterkant dersom det er noe vi har glemt å spørre deg om?

Vedlegg 4 - Orientering om bacheloroppgaven

Se eget dokument.

Vedlegg 5 - Transkripsjon - Informant 1 / Pilotintervju

Transkripsjon - Informant 1 / Pilotintervju

Student 1: Da var det greit, supert. Det vi tenkte å spørre litt om først er pasienterfaringer. Ehm, hvor i forløpet møter du som regel denne pasientgruppen? Er det akutt, subakutt, er det i en rehabiliteringsfase?

Informant: Ehm. På sykehuset så møter man de i en akutfase, i all hovedsak ja.

Student 1: Kan du fortelle litt om hva erfaring du har med behandling av pasienter med kompresjonsbrudd?

Informant: Skal du ha det fra sykehuset eller skal du ha fra privat praksis i tillegg?

Student 1: Du kan gjerne dele begge deler altså.

Informant: Det er jo to forskjellige steder. De som man ser på sykehuset, hvis de har en ren kompresjonsfraktur, så er det i hovedsak at de skal smertelindres, og så skal funksjonen kartlegges etter beste evne. Så skal de mobiliseres og på en måte kanaliseres ut til et videre treningsopphold, enten på et institutt eller i regi av en kommunal fysioterapeut hvis det er behov. Eventuelt så er det hjem med enkle øvelser, hvis de kan fungere der. Så det er en slags sorteringsmekanisme vi har med tanke på de her.

Student 1: I forhold til institutt da?

Informant: På et institutt så gjør du jo samme kartleggingen på hva funksjon de har. Det blir tett opp mot hva har de gjort tidligere og hvor fort har eventuelt ting skjedd som har gjort de begrenset, altså med smerte eller bevegelser. Ehm, og så spør det jo litt hva alderskategori de er i og hvor de vil hen. Men så er det å finne et godt mål, også trener man jo da i hovedsak funksjonell styrke mot aktivitet. Hvis det kun er kompresjonsfrakturer og da smerter som er begrensende, og da regner jeg og med at ved kompresjonsfrakturer er det sjelden begrensninger på hverken belastning eller bevegelser som er lagt opp, da er det en mer funksjonell styrketreningsbit som er det vi driver med.

Student 1: Ja. Ehm, jeg lurer litt på hva arbeidsoppgavene innenfor dette fagfeltet innebærer for din del? Altså hvordan er arbeidsdagen, og hva pasientgrupper har du? Er det noe samhandling med annet helsepersonell?

Informant: Ehm, på sykehuset tenker du? Tenker du generelt eller med denne pasientgruppen?

Student 1: Du kan godt fortelle om hvordan det er på sykehuset. Ja det blir vel i all hovedsak med denne pasientgruppen.

Informant: Denne pasientgruppen ja. Altså, hvis man skal tenke så kommer kompresjonsbruddene som vi ser her sjelden alene. Det er sjeldent at det er et reint kompresjonsbrudd på sykehuset (undertone om at det kommer i tillegg til andre brudd). Da det er smertepasienter som har de reine kompresjonsbrudd, så er det gjerne at de har vært hos fastlegen, tatt et røntgen, fått det påvist, og så møter vi de ute privat. Da har jeg sett pasienter med reine kompresjonsbrudd som er smertepreget. Da er det jo smertelindring, og på en måte bygge opp støtte og få de inn på den veien der. Så da har du jo for så vidt et slags samarbeid med fastlegen, eller har en dialog mot den, men det er vel den eneste der. På sykehuset ser vi

kompresjonsbrudd ofte i tilknytning til andre brudd, altså til et traume hvor det er noe annet også som er knekt. Altså man har hatt et fall hvor man gjerne har fått et hoftebrudd, også har man fått et kompresjonsbrudd i samme slengen. Ehm, og så har man behandlet hoftebruddet. Deretter blir kompresjonsbruddet en bifaktor i mobiliseringssituasjonen hvor man skal få folk på beina, hjem og i gang igjen. Ehm, og da er det klart at man samhandler med en eventuell behandlende lege og sykepleier. En indirekte samhandling med radiografene er det jo for så vidt også med bildebeskrivelser. Ehm ja, og annet pleiepersonell som er på avdelingen som man instruerer for å få forgang i det.

Student 1: Ja. Kunne du beskrevet litt hvordan en typisk eldre pasient med kompresjonsfraktur ser ut når de kommer til deg som... Ja du kan snakke om de på sykehuset først, og så på klinikk.

Informant: Ja, på sykehuset så er de stort sett sengeliggende... ehh... med mye smerter. Og så ser vi de jo egentlig så fort vi er på jobb og de er på post. Så er det jo et mål at de skal komme seg opp og i gang, og at man skal evaluere hva smertestillende de har som fungerer. For langt de fleste av disse pasientene, så er det jo viktig å avdramatisere smerten kanskje. Altså det å trygge folk på at man kan fortsette å bevege seg, at det er viktig å holde kroppen i gang. Prøve å hindre at man får andre problemer som følge av skaden. Ehm, en sånn trygging. På sykehuset er det ofte et biprodukt, som jeg sa er det sjeldent en ser en ren kompresjonsfraktur som bare er inne for smertelindring. Så da en generell trygging i situasjonen på at ting er greit, og så gjerne en del fokus på mobiliseringsteknikk. Altså minst smertepregete måten å komme seg inn og ut av seng, opp og ned av stol... ehm... helt sånn rent praktiske aktiviteter... Det å gå med støtte – fungerer man med en rullator, med en stokk, med prekestol? Altså hva gir mest avlastning i den første fasen, som gjerne er den vondeste.

Student 1: Mhm *nikker bekreftende*.

Informant: Ehm. På mange måter er det det samme man møter på instituttene. Men altså hvis

man er på institutt har de jo ikke større problemer enn at de kan komme seg til instituttet på egenhånd. Ehm, men mye avvergestillinger kanskje i første delen. Altså at man går lateralflektert i ryggen, man går kyfosert eller at man går litt hyperekstendert, eller at man går med hoftegrep. Så da handler det jo litt om de samme tingene, at man trygger på hva smerten er, hvor det kommer fra, hva vi kan gjøre for at det ikke skal bli verre og hva de kan gjøre på egenhånd. Ehm... så ja... det er vel sånn man møter dem.

Student 1: Okei. Hva vektlegger du i anamnese og undersøkelse av pasientene? Hva er litt sånne typiske funn? Du snakket jo litt om det.

Informant: Ja altså, i første omgang så er det jo litt... Altså på sykehuset får man mye bakgrunnsinformasjon av å lese innkomstjournaler fordi man er en støttefunksjon her. Så man er i et senere ledd i den delen, så jeg trenger ikke gjøre hele kartleggingsbiten. Ehm, men det er viktig, uansett om man er på sykehuset eller privat, å få en oversikt over hva som var skademekanismen. Dere har jo om osteoporose, så er det jo om det har falt sammen av at man har vært oppe og gjort det man gjør til vanlig? Har det vært et fall? Har man hatt et nesten fall? Har det vært en vridning som har utløst det? Kan man linke det opp mot noen ting? Videre er det hva som begrenser de mest i hverdagen som er viktig å få på plass, for at de skal kunne fungere i sin daglige setting. Det gjelder både privat og på sykehuset - hva skal de hjem til og hva må på plass for at det skal kunne la seg gjøre? Så blir det jo mer spesifikke tester av bevegelse og hvordan de kan utføre forskjellige oppgaver. Så da prøver jeg å... ehm... så legger man gjerne opp at man starter med å la de gjøre ting de i utgangspunktet mener de får til, og så beveger vi oss inn mot det de mener de ikke får til, for å da finne måter å løse det på likevel. Så det blir en veldig funksjonell tilnærming til denne pasientgruppen. En funksjonell tilnærming, altså samtidig med trygging. Så bør man også ha et samarbeid med lege om smertelindring i første fase, slik at man får gjennomført disse tingene.

Student 1: Mhm. Hvordan opplever du vanligvis pasientenes totale helsesituasjon? Og har du kanskje noen tanker om beinskjørhet og innvirkning på livskvalitet?

Informant: Ehm, pasientens totalsituasjon. Nei altså, det er jo ofte eldre mennesker. Det er jo ofte eldre damer som er lette - altså små eldre damer som kommer trippende. De har ofte de rene kompresjonsbrudd og ikke noe annet. Får man kompresjonsbrudd i forbindelse med et traume, så er det klart at da kan det være hvem som helst. Men da har det vært høyenergi, og ikke osteoporose nødvendigvis, som har hatt innvirkning. Eldre små damer er på en måte bildet man får i hodet, og så er det ikke nødvendigvis at de har så mye. En del av de man møter ute har kanskje en hofteprotese fra tidligere, de har hatt et lårbeinsbrudd, et lårhalsbrudd eller så har de gjerne hatt et underarmsbrudd i et tidligere forløp. Så de har jo stort sett hatt noen brudd, men noen kommer jo inn og så er dette kanskje det første bruddet de har. Men da gjerne ofte relatert til et fall synes jeg, de som jeg har erfaring med i hvert fall. Og så skal de liksom ha hjelp til å komme i gang.

Student 1: Opplever du frykt for fall, fysisk inaktivitet, eller unngåelsesatferd hos pasientene? Har skaden har noe innvirkning på det?

Informant: Ja! Det blir på en måte hovedfokuset. Det er klart at de fleste har vondt, og når de har vondt så blir de begrenset, og da blir de inaktive. Sånne avvergereaksjoner gjør gjerne mindre vondt i en periode, men så begynner det å gjøre vondt i avvergeposisjonene i tillegg. Så da får man på en måte en slags dobling av det. Så folk blir veldig preget i starten. Hvis det har vært et fall blir folk redde for å falle igjen. Da blir det på en måte å finne ut «har du hatt et ganghjelpemiddel før?» for eksempel. Og da er det mange som får seg en rullator for første gang, fordi at nå har man kanskje kommet til det punktet. Det er tøft nok i seg selv for en god del, og da må man prate seg inn i det på et vis. Ehm, og så... jeg husker ikke helt hva du spurte om *latter*.

Student 1: Nei jeg synes du svarer fint jeg.

Informant: *Latter*

Student 1: Ehm, vi tenkte videre å spørre litt mer spesifikt om tiltak. Du har jo vært litt innpå det, men hva vektlegger du i behandling av pasientgruppen? I form av øvelser, informasjon og hverdagsmestring?

Informant: Ja. Første pri er at de skal mestre alle ordinære daglige aktiviteter - altså reise og sette seg, legge seg ned på ryggen eller på siden på en seng, eller på en benk, komme seg opp igjen til sittende, og opp og stå. Men jeg har også hatt fokus på, hvis det har vært fall, å trene på at vi rett og slett skal ned på gulvet og opp igjen fra gulvet. At man kan være trygg på en situasjon, at om man får et fall til, har man mulighet til å komme seg noe sted. For det er mange som binder seg opp... De har gjerne ligget og blitt liggende på gulvet fordi de visste ikke hvordan de skulle reise seg. Helt sånn basic. Så får de veldig mye trygghet i å se at de kan, og hvordan de kan komme seg på beina igjen. Så det å reise seg fra gulvet trener vi en del på. Så når den basispakken med funksjon er på plass - jeg synes det skal være først - så er det gjerne mer... kall det øvelsesbehandling i tillegg. Man kan flette det inn mot det samme, så er det ikke nødvendigvis at vi gjør så mye forskjellige ting, men da kaller jeg det for noe annet. Så jeg synes det er viktig å differensiere på hva man kaller - altså funksjonstrening og så skal man ha styrketrening - at man ikke bare har alt i en stor «pool» hvor det blir for mye for mange. Og en del eldre damer synes ikke noe om å trene i første omgang. Det er ikke til å stikke under en stol det *latter*. Men hvis man da egentlig har trent funksjonelt ganske lenge, og kan se at man egentlig har holdt på med det, så nå skal vi bare videreføre for at man skal bli enda litt bedre, så synes jeg det er en fin inngang til styrketrening. Og da kan man sette de til styrketrening på beinpressmaskiner, med markløft, vi løfter på kettlebells og styrer litt. Selvfølgelig etter pasientens styrke. Så funksjonstrening først, så legge på ekstra hvis vi får de motiverte nok til å gjøre litt ekstra styrketrening. Og selvfølgelig balansetrening som en del av det.

Student 1: Hvilke tiltak fungerer ut fra din erfaring godt? Hvorfor tenker du slik? Kan du gi et praktisk eksempel?

Informant: Ehm, altså i første omgang det å trygge folk, det å prate med folk og la de ta seg tid til å prate seg gjennom det, synes jeg er en viktig ting. Og det opplever jeg at fungerer uavhengig av hvor langt forløpet skal være. Når man kommer videre, og man går over i trening, så har vi brukt litt at de kommer inn i grupper. Ikke nødvendigvis diagnosespesifikk, men noenlunde i samme nivå, i hvert fall på instituttet hvor jeg har vært. Der er jo dette fellesskapet som disse menneskene får sammen som bygger opp og booster. De ser at ting fungerer og at det er andre som er i samme setting, som jobber med det. Og selvfølgelig tilbakemelding på at ting går bra hjemme er jo hovedkeypointet mitt på at de har oppnådd noe, tenker jeg.

Student 1: Mhm.

Informant: Ja, så tid. God tid. Spesielt i første møte, som man egentlig har lyst til å rushe gjennom, fordi man føler man vet hva de skal si og vet hva man egentlig kan starte med. Det synes jeg er en viktig faktor for å komme godt videre. Så synes jeg det ofte har fungert veldig godt med grupper. Gruppetrening etter hvert, hvis man skal på en måte videre.

Student 1: Har du noe eksempel på noe du har erfart fungerer dårlig, i form av tiltak?

Informant: I form av tiltak tenker du?

Student 1: *Nikker bekreftende*

Informant: Ja, altså man kan jo bli for ivrig. Stort sett hvis ting ikke funker er det fordi jeg selv har hatt en tanke om at “dette er kjempebra og nå skal du få gjøre dette”, uten at de selv har et ønske om å gjøre det. Da gjør de stort sett enda mindre, og da blir det at de trener med meg, og så går de hjem og gjør ingenting. Og så opplever de at de ikke blir bedre i ryggen

heller, fordi at vondten sitter der og de skjønner egentlig ikke hva de holder på med. Så der jeg er for frempå... der man ikke får tatt seg tid nok til å forklare godt nok hva som skal skje og hvorfor det skal skje. Så det er egentlig den samtalebiten som er ekstremt viktig, synes jeg, spesielt på disse hvor man ikke... Fordi det er ikke direkte link mellom det å trene beina, og det å ha vondt i ryggen. Ehm, som man ikke nødvendigvis har når man ikke har jobbet med kropp og helse.

Student 1: Mhm

Informant: Ehm, så det er på en måte for å skape forståelse for tiltakene. Når jeg blir for ivrig og hopper for fort fram at det går dårlig, eller, dårligere *smiler lurt*.

Student 1: Ja, jeg synes det var et fint svar jeg. Ehm, litt over til noe annet. Kunne du fortalt litt om dine erfaringer med tverrfaglig samarbeid i arbeidshverdagen når det gjelder pasientgruppen, og litt om hvordan det påvirker fagutøvelsen din?

Informant: Det man har for disse pasientene, som eventuelt har osteoporose, så er det jo gjerne i forbindelse med lårhalsbrudd at vi ser dem. Og da, eh, hver morgen så er det en previsitt. Der skal, er målet i hvert fall *smiler lurt*, at det skal være en fysioterapeut tilstede, sammen med behandlende leger, ortoped og sykepleiere. Der blir det tatt opp "hva er, har du noen restriksjoner, hvordan er medisineringen, hvordan er funksjonen så langt?". Ehm, så den halvtimen er jo på en måte den møtevirksomheten man har. Utover det blir det diskusjoner man tar når ting oppstår, og da oppsøker man jo den aktuelle faggruppen som man har behov for. Ehh, og så blir planen forsåvidt kortvarig lagt på previsitt, altså møtet før legerunden.

Student 1: Mhm. Ehm, hva er dine tanker om forebyggende tiltak for pasientgruppen, altså fallforebyggende trening, livsstilsendringer, ernæring, kosthold?

Informant: Eh, det er sikkert viktig alt sammen *latter*

Student 1&2: *Latter*

Informant: Jeg tenker at de har, kommunen i hvert fall, har hatt et prosjekt som heter Trygg på to bein, som har vært et sånt balanse-, styrke-, turprosjekt. Og jeg tenker at for disse pasientene, med osteoporose, det å fortsette å bruke kroppen selv om den blir eldre... Når man har osteoporose så er det jo det som man vet at kan forebygges i noen grad i hvert fall, ehm, utover det medikamentelle. Så det er jo en ting som jeg har tro på. Det er klart at man må plukke de opp fra et sted, så det er jo sånn sett kanskje noe som fastlegene må henvise ut til. Vi ser de jo stort sett ikke før de har fått en skade og blir henvist ut. Hvis man kan plukke de opp fra... ehm... Hvis man hadde hatt et underarmsbrudd, og ser at det er osteoporose, så er det å tenke og huske at det finnes grupper som kan forebygges flere ting med å henvise, selv om det ikke er direkte for underarmsbruddet. Det er jo en sånn ting jeg har tro på. Eh, der er det vel lagt opp både til innetrening og utetrening for å få variert det. Så tror jeg også at Frisklivssentralen her i kommunen har hatt noen tilbud, med sånn type turgrupper hvis man ikke ønsker å gå på tur alene, som jo ofte begrenser en del. Der man har både hurtig ledsager og sein ledsager. Som vil si at én går i front og én går til slutt, som passer på at alle er med uansett, og at man samles i etterkant. Nå har det ikke vært så mye samlinger i etterkant av turene siste året. Men eh, men den her gruppentraliteten på veldig mye.... Det er klart det ikke er alle som passer i en gruppe, men det er ofte flere enn de som tror de passer i gruppe, som passer der hvis de først kommer med. Så den her gruppetreningsbiten i en forebyggende sammenheng tror jeg er viktig. Selvfølgelig kan man ha individuell trening og følge opp også, men skulle jeg satt alle pengene ett sted så ville jeg lagt dem i den gruppeoppfølgingen, hvor man har flere å spille på.

Student 1: Yes, jeg tenkte litt sånn avslutningsvis å spørre litt om pasientgruppen fremover. Osteoporoserelaterte frakturer koster det norske samfunnet i overkant av 1,5 milliarder kroner

per år, og vertebrale kompresjonsfrakturer er den vanligste bruddtypen. Hva tenker du kan gjøres eller endres for å minske dette store antallet tilfeller av osteoporoserelaterte brudd? Både på makro-, og mikronivå. Er det noe som bør bli gjort annerledes, i så fall har du noen tanker om hvordan?

Informant: Heh, ja det er jo det som er utfordringen. Jeg tenker at når man møter pasienter som har osteoporose, gjelder det å ofte tenke litt bredere enn kanskje den aktuelle problemstillingen. Det er ofte lårhalsbrudd eller underarmsfrakturer som kanskje kommer først, hvertfall etter min erfaring. De som jeg har møtt så har ofte hatt det før de får kompresjonsbrudd i ryggen. Altså, hvis du tenker forebyggende i den forstand... De arenaene vi møter folk på er jo på en måte i en skaden-skjedd-situasjon, så i stor grad blir det jo kanskje at man må synliggjøre de tilbudene hvor vi som fysioterapeuter er delaktige og kan gjøre noe i form av turgrupper, treningsgrupper, og individuelt tilpasset trening. Å synliggjøre det for fastlegene spesielt, som er de som skal ha en koordinatorrolle i folks liv. Det er kanskje en sånn synliggjøring av hvor vi er, og da vil man jo kunne påvirke. Eh, makro-, mikronivå? Jeg vet ikke hvor eh... *Latter*... hvor en skal legge det. Men jeg tenker at det er der vi kan ha størst impact da, informasjon til de som kan fordele videre. For de fleste som sitter i en fastlegestilling, eller sitter i en koordineringsstilling, ønsker veldig gjerne å hjelpe. Men det er veldig mye som skjer, altså det å vite om og ha god info om hva som er aktuelt i de forskjellige bydelene. Det er jo kjempeviktig å ha en proaktiv rolle for eget arbeid. Det er jo også tidkrevende, men sånn sett kan det gi en veldig impact på det da. Det er sant det.

Student 1: Mhm. Ok, helt supert. Før vi avslutter helt, har du noe annet du ønsker å si eller tilføye?

Informant: Nei, tror ikke det altså, jeg har jo pratet non stop i en halvtime her ser jeg, så det er jo ikke verst bare det *latter*.

Student 1: Ja det er helt gull det. Så siste spørsmål; kan vi ta kontakt i etterkant dersom det er

noe vi har glemt å spørre deg om?

Informant: Absolutt.

Student 1: Helt supert, da avslutter jeg recordingen.

Vedlegg 6 - Transkripsjon - Informant 2

Transkripsjon – Informant 2

Student 2: Greit! Kan du fortelle om hva slags erfaring du har med behandling av pasienter med kompresjonsbrudd eller osteoporose?

Informant: Ja, altså i og med mitt arbeid på revmatologisk avdeling, så møtte vi jo forholdsvis tidlig pasienter som hadde osteoporose. Og det var gjerne i forbindelse med at de gikk på Prednisolon, som er en behandling som ble gitt for revmatikere. Eh, det gir de fortsatt, men i mindre doser enn før. Men de skal alltid være obs på faren for osteoporose ved behandling av revmatiske sykdommer. Så det var liksom det første. Så begynte de... Nå ble det litt sånn historien om avdelingen. Jeg vet ikke om det er... ja?

Student 2: Joda, det går fint det.

Informant: Ehm *kremt*, så begynte de, og fikk de en sånn osteoporose-, eller beintetthetsmåling her i avdelingen. På nittitallet, da var det først at de undersøkte sine egne pasienter her og så har det bare utvidet seg. *(Informant forteller om sin arbeidsplass. Dette anser vi ikke som hensiktsmessig å inkludere grunnet personvern og relevans for prosjektet).* I den forbindelse så har beintetthetsmålingen økt veldig på. Eh, blant annet så har det vært et prosjekt, på landsbasis, som heter NoFRACT, som startet i 2015, der alle pasienter med underarmsbrudd som kom på legevakten eller på ortopedisk avdeling skulle henvises til beintetthetsmåling. Der oppdaget de jo mange som aldri var... sånn stumme osteoporotiske pasienter. Det studiet har fortsatt, altså det er avsluttet, men de har fortsatt med praksisen. Fordi at de så nytten av dette her med å undersøke og kartlegge, for å forebygge nye brudd. For det er stor sjanse for... Har du hatt et brudd for eksempel i... Dere snakker jo om kompresjonsfrakturer, så vi holder oss til det, sant? Ehm, så er faren for nye brudd det først

året veldig stor. Og ved hoftebrudd for eksempel er det også stor fare for nytt brudd de første fem årene. Så her er det liksom policyen. Det å komme inn og behandle, ikke bare behandle det bruddet som har vært, men å forebygge nye brudd. Der har vi blitt mer og mer involvert i det tverrfaglige arbeidet med lege, sykepleier og fysioterapeuter. Mhm.

Student 2: Hva innebærer dine arbeidsoppgaver innenfor selve fagfeltet, hvordan ser arbeidsdagen din ut?

Informant: *Kremt*. Jeg har jo både revmatiske pasienter, sant, og poliklinikk. Veldig mye poliklinikk nå, eh, hvis vi snakker om osteoporoseenheten da. Vi har noe som heter tverrfaglig poliklinisk osteoporose klinikk, TOPP kaller vi det for. Tverrfaglig osteoporose, ehm, ser her forkortningen, ehm, ja. *Leter etter ark*.

Student 2: Ja, det er ikke så viktig.

Informant: Nei, det er ikke så viktig, men vi har hvertfall poliklinikk. Der vi mottar pasienter to onsdager i måneden til tverrfaglig poliklinikk. Der de møter lege, sykepleier og fysioterapeut. Vi har også en del som bare blir henvist til lege og fysioterapeut. Og vi har noen som bare blir henvist til fysioterapi. Mhm. Så alt skjer poliklinisk. Ja.

Student 2: Hvor i forløpet møter du som regel denne pasientgruppen?

Informant: Det er ikke akutfase. Dette er subakutt eller mer kronisk fase.

Student 2: Mhm *nikker bekreftende*. Kan du beskrive litt hvordan en eldre pasient med

sånne kompresjonsbrudd ser ut når de kommer til deg som fysioterapeut?

Informant: Da må jeg nesten spørre deg, hva mener du med eldre?

Student 2: Ja. Ehm, vi har vært litt inne på det.

Informant: Hva definerer du som...

Student 2: Nei, altså bare en eldre person med et...

Informant: Nei altså er det femogseksti pluss, eller?

Student 2: Ja, som ikke går under...

Informant: Ja, det er det vi sier som eldre da, hvis du ser i studier og sånt, sant? Så er det liksom alt fra fem og seksti pluss.

Student 2: Ja.

Informant: Så jeg går ut ifra det når du sier eldre sant? Vi har ikke pasienter som er så mye mer enn åtti år kan du si. Så hovedvekten vår er faktisk fra førti til... Det er stor fare for brudd, eller kompresjonsbrudd er jo på... altså etter menstruasjon, sant. Du ser kvinner da i typisk femtiårsalderen, men fem og seksti pluss og ja. Det er liksom der eldre kategorien.

Student 2: Mhm.

Informant: Fem og seksti til åtti, ja, mhm. Du spurte om hvordan de så ut?

Student 2: Ja, altså hvordan opplever du dem når du møter dem?

Informant: Veldig forskjellig. Hvis jeg kan bare si det som jeg tenker når jeg ser navnet på en pasient som skal komme, som kanskje har hatt mange kompresjonsbrudd i ryggen, så ser jeg for meg en tynn, liten dame. Muligens litt fremoverbøyd, men ikke nødvendigvis. Men det er fare å være slank *smiler litt*.

Student 2: *Latter*. Hva vektlegger du i anamnese hos disse pasientene?

Informant: Anamnesen altså er jo... For det første er jo at du kartlegger om det har vært et lavenergibrudd, sant. At det er fall i fra egen høyde, eller bare at de har vridd seg, eller åpnet en dør, eller stått opp av sengen og sånne ting. Hvordan har det skjedd? Og grunnen til at de kom til beintetthetsmålingen da. Mhm. Og så blir det jo det vanlige som vi spør om; hvordan de bor, og om de bor alene, om de er i arbeid eller, om hva som... Ja, mhm.

Student 2: Hva vektlegger du i en fysioterapeutisk undersøkelse hos disse pasientene, er det noen veldig typiske funn som går igjen?

Informant: Ehm, de fleste som kommer til oss her er mest for råd og veiledning. Eh, sånn at vi vurderer liksom i det enkelte tilfellet hvor grundig vi skal være i undersøkelsen. Men hvis

vi ser etter noe så er det jo holdning, sant. Da kan jeg jo ta noen standardmål, for eksempel at en kan stille de opp etter veggen, og så måle fra tragus til vegg, hvis dere er kjent med det begrepet?

Student 1&2: *Nikker bekreftende*

Informant: Avstanden der sier noe om hvor økt kyfose en pasient har. Så vil jeg kanskje se om cristakanten... Altså om de er sammensunken. Mange av dem minker jo i høyde. Så se på avstanden mellom nedre ribbe mot crista for eksempel. Ehm, pust er veldig viktig å se på, hvor puster disse her. Avspenningsevne, om de tør å... Bevegelsesmønster, hvordan de går, forflytter seg, fra stol og opp i stående, ned på benk, i hele tatt. Om de har smertepåvirket bevegelsesmønster, eller om det er fritt. Det er liksom det vi ser på. Hvordan de bruker ryggen, hvordan de bruker hoftene, ja, hvordan de plukker ting opp fra gulvet, sånn funksjonsmessig. Grovundersøkelse da kan en si, mhm.

Student 1: Hvordan opplever du smertebildet hos disse pasientene?

Informant: Vet du hva, det er forbausende mange som ikke har smerte. Det er veldig mange av disse her, med kompresjonsfrakturer i ryggen, som ikke har vondt og kan ikke fortelle hvorfor de har fått det. De har kanskje blitt henvist til beintetthetsmåling på grunn av et håndleddsbrudd, men i ryggen har ikke de peiling på at det var noe... ehm... sammenfall av virvler. Og når de kommer til oss så er det jo også i subakutt fase. Sånn at da er de gjerne, i hvert fall ti uker siden de har hatt bruddet, så da er de fleste over den smerteperioden. I hvert fall den intense smerteperioden. Osteoporose i seg selv gir jo ikke smerter, sant. Det er jo først når det er brudd eller noe at det blir smerte. Og de sammenfallene... En kollega av meg hadde senest en pasient i går som hadde sju brudd i ryggen. Han ante ikke at han hadde det! Det er litt sånn, mhm.

Student 2: Ja. Hvordan opplever du vanligvis pasientenes totale helsesituasjon? Hva er dine tanker om beinskjørhet og den innvirkningen det kan ha på livskvalitet?

Informant: Altså, hvis du lever med beinskjørhet og du ikke vet at du har det...ehm... det er mange som har gjort gjennom hele livet. Problemet vårt nå er jo at de screener folk og undersøker dem, sant. Og så oppdager de kanskje dette her, så blir pasientene livredde for at "herregud jeg er jo beinskjør". Bare ordet høres jo skremmende ut, sant? Så som fysioterapeut er vi jo livredde for at det skal gå ut over akkurat det med livskvalitet, og at det skal bli begrensende for den fysiske utfoldelsen de gjør. At de rett og slett blir inaktive og setter seg ned for å unngå nye brudd. Så vårt... Dere har ikke spurt om det enda, men det store målet med fysioterapien er jo å unngå bevegelsesfrykt og dermed unødvendig tap av livskvalitet hos denne pasientgruppen, ja.

Student 2: Ja, det var...

Informant: Ja, det var det du spurte om akkurat nå med livskvalitet, sant?

Student 2: Ja, det stemmer.

Informant: Ja, mhm.

Student 2: Ehm, så kan vi gå litt videre til litt mer konkrete tiltak. Hva vektlegger du i behandling av pasientgruppen?

Informant: Hva jeg vektlegger er dette her med å trygge pasienten i forhold til fysisk

aktivitet. At livet det slutter ikke her og nå, sant. At ikke sett dere ned, det er kanskje det verste du kan gjøre. Og da er det med informasjon utrolig viktig. For, hva er bra for beinhelsen? Akkurat som; hva er bra for muskelstyrken, hva er bra for hjertet? Hva er bra for beinhelsen? Da er det å gi veiledning, informasjon og det vi vet i forhold til fysisk aktivitet. Det å få belastning på skjelettet, forklare det og gjøre de trygge på at det ikke er farlig. Heller tvert imot. Og at det kanskje må en viss intensitet til også for at det skal bygges bein. Målet med den aldersgruppen, er først og fremst å unngå nye fall, altså unngå nye brudd. Å unngå nye fall kan en blant annet gjøre med å tenke at de må bedre balansen, og styrken i beina spesielt, men også styrken i ryggen. Det pleier vi å si til dem er at det er mulig å bygge opp igjen bein selv om de er i den alderen de er i. Studier viser at pasienter opp til nitti år kan fortsatt bygge opp skjelettet sitt. Det å forklare dem det at skjelettet er et levende organ som trenger stimuli, det er en av våre oppgaver. Sammen med legene selvfølgelig, men kanskje vi vektlegger det og har mer tid til det da.

Student 2: Altså, du sier at det er veldig viktig med informasjon og sånt, men har du noen konkrete øvelser du liker å gi ut som de kan jobbe med? Har du noen eksempler?

Informant: Ja, altså, *kremt*. Først ser vi liksom hvem er du og hva har du gjort før. Og det glemte jeg å si i anamnesen, men all fysisk aktivitet er jo veldig viktig å kartlegge. Er dette her en som golfer til vanlig, er det en som bare har sittet på sofaen eller er det en som spiller fotball. Ehm, eller kanskje ikke akkurat fotball da, men.. går tur eller holder på med andre ting, hagearbeid og sånt. Altså hvor fysisk aktive er de i utgangspunktet, det er kanskje en av de viktigste tingene vi spør om. Hvis du har en som er veldig vant til å trene, er det jo enkelt, i forhold til å gi dem øvelser. Kanskje de allerede går på treningssenter og er vant til det. Hvis du ikke er vant til det så må en kanskje bruke mer tid og være litt sånn selektiv i hva en gir av øvelser. Så her hos oss så har vi laget noen øvelser for de som har fraktur eller mer alvorlig osteoporose, og for de som har osteopeni. Sånn at vi skiller litt mellom det da. Så en god del av den timen vi har med dem er at vi går gjennom praktiske øvelser, ser hvordan de gjør øvelsene og så får de med seg et program i fra ExorLive. Pasienter som har hatt brudd i ryggen... ehm... Internasjonale anbefalinger er jo egentlig at de bør gå til fysioterapeut for trening. Det er liksom ikke a piece of cake å bare å sette i gang og sende dem på

treningssenter. Da skal det være gode Pter i så tilfelle, som tar imot dem. Så hvis de leser i avisen at “hun på åtti år trente heavy styrketrening” og såne ting, så spør de kan jeg gjøre det? Ja, hvis du har gjort det rett før og hvis det er det du har holdt på med nå. Men hvis du tenker at du skal begynne når du er åtti så er det kanskje ikke det du skal begynne med. Så her er det veldig individuelt. Akkurat som med annen fysio så er det individuell tilnærming til hver enkelt, i forhold til de øvelsene og de rådene vi gir. Generelle råd i forhold til øvelser er jo dette her med vekt bærende belastning. At du får belastning på skjelettet i lengderetning, at det er måten å stimulere beinvekst på. Og pressøvelser, ehh, skulderpress, knebøy, brystpress. Altså du blir ikke sterk i armene av å trene... Altså skjelettet er spesifikt, så du får ikke økt beinbygning i armene av å trene bare beina, du må også ha belastning på armene. Ryggen må ha ekstensorøvelser. Og da å gjøre det på en skånsom måte blir jo viktig for disse her. Så hvis det er én øvelse vi ikke pleier å anbefale til pasienter som har hatt kompresjonsfraktur, med mindre de er veldig vant til å gjøre det fra før og aldri hatt noe problem, det er tunge sit-ups. Eller der du liksom opp og vrir og... ehm... ren biomekanikk altså. Ja, mhm. Jeg kan si masse jeg, jeg må bare stoppe meg selv. Så dere får bare stoppe meg eller spørre mer.

Student 2: Nå har du jo sagt mye om hva som fungerer bra. Har du noen eksempler på noe som du mener fungerer litt dårligere?

Informant: Tenker du på trening, eller?

Student 2: Ja, både tiltak generelt for pasientgruppen. Er det noe som du har prøvd ut som ikke har fungert for eksempel?

Informant: *Tar et dypt pust og tenker seg om*. Nei vi er flinke sånn. *Latter*.

Student 1&2: *Latter*

Informant: Vi gjør ikke sånn som ikke fungerer *smil om munnen*. Ehm, nei hva skal det være da.

Student 2: Bra svar.

Informant: Altså der igjen, du må jo se om den pasienten responderer på det du gjør. Også må man bare gi seg hvis ikke dette her funker. Og så må man gjøre det enklere. Basisen er jo, altså for fem og seksti pluss med kompresjonsfrakturer, balanse- og styrketrening. Det er liksom hovedelementene. Så jeg kan jo ikke si... Altså det er jo bare at du ikke stiller for høyt.

Er det en som aldri har trent før, så kan du ikke lesse på og begynne med vektstang og sånne ting. Da må en være fornuftig der altså, mhm. Også ikke minst se på arbeidsstilling og sånt. Så typisk er jo at folk gjerne spør om «Ja, hvor mye kan jeg løfte nå da? Kan jeg løfte barnebarnet mitt?». Ja, og så spør jeg «Har du gjort det før? Er det noe...». «Ja det går greit og...». Da er det jo mer at vi ser på utførelsen enn at man setter begrensninger for den pasienten. Så gjelder det å bruke sunn fornuft og tenke ergonomi. Nå kommer jeg litt utpå... nei nå roter jeg. Nei, du spurte om det var noe som ikke funket, og nei, så lenge du klarer å tilpasse til hver enkelt så tenker jeg det ikke er noe. Mhm.

Student 2: Så kan vi gå litt videre. Kan du fortelle om erfaringer med tverrfaglig samarbeid i din arbeidshverdag?

Informant: Mhm. Jeg synes det er veldig bra fordi vi jobber tett med legene og sykepleierne angående osteoporosepasienter. De ser absolutt nytten av fysioterapi. Hovedspørsmålet til disse pasientene når de kommer til dem og de får påvist brudd er liksom «Hva kan jeg gjøre nå da?» sant. «Skal jeg bare sette meg ned? Kan jeg fortsette å klippe hekken?» og mange spørsmål i forhold til trening og fysisk aktivitet. Så det har vært en veldig takknemlig oppgave. Og vi har ikke blitt spurt. Hele tiden så er vi i dialog sånn at dette her tverrfaglige samarbeidet har utviklet seg litt på gangen på en måte. Det har vært litt sånn. Også har kanskje jeg da, som har vært en drivkraft, presset oss på på en fin måte sant. At de har nytte av oss. For vi ser det at de kommer som noen sjokk ifra den meldingen. Altså minus to og en halv i T-skår er jo osteoporose, og mange av de som vi ser har minus fire i ryggen. Minus fem også. Det er jo klart du blir engstelig når du får den beskjeden, sant, at det kan knekke når som helst. Og vi opplevde vel også at sykepleierne var litt uvitende i forhold til når de informerte pasienter. Sånn «Nei, du må ikke... og for all del, du må ikke bøye deg ned... og du må bare slutte i den jobben som du har». Så vi hadde jo pasienter som kom inn her og hadde sagt opp jobben sin. Fordi at de var redd for nye brudd. Så vi var jo litt sånn «Hva?» Her må vi bare komme inn med vår informasjon i forhold til fysisk aktivitet, trening og ergonomi. Og da var de veldig takknemlige for det. Jeg glemte å si at vi har jo sånn pasientskoler på lærings- og mestringscenteret, der disse pasientene kommer gruppevis og får informasjon fra forskjellige yrkesgrupper. Veldig gode tilbakemeldinger spesielt på den fysiodelen. Fordi at de går ut igjen med et fremtidshåp om at «Ahh, jeg kan faktisk gjøre noe. Jeg kan fortsette å gå tur, jeg kan bære en ryggsekk, jeg kan...». Ja sant. Så vi gir de liksom... ehm... det er mange som faktisk bruker ordet fremtidsoptimisme. Og at de kan gjøre noe selv

for å forebygge mer beintap med å være fysisk aktive, og ikke bare ta tabletter. Det medisinske er utrolig viktig også. Altså alle blir jo satt på kalsium, kalk og D-vitaminer. Også får de jo enten medisiner som hindrer nedbrytning av bein, eller det som det er enda mer av nå og kommer enda mer, potente midler som bygger opp bein. Det ser jeg flere og flere får, i hvert fall hvis du har minus fire minus fem i ryggen og flere kompresjonsbrudd. Så blir det det, mhm. Ehm, men den biten med fysisk aktivitet og trening... Pasientene er utrolig takknemlig for å få råd og veiledning, og instruksjon i hva de kan gjøre. Så det er et veldig greit team å være tverrfaglig i. Og vi måtte vi nesten stoppe de nå. Henvisningene bare hagler inn i forhold til fysioterapi og veiledning. Så det vi må gjøre nå er at vi må opprette enda mer gruppevis informasjon til denne type pasienter. Vi jobber og med å gjøre alt mer digitalt sånn at pasienter kan gå inn på nettsidene våre og finne informasjon om det med trening og fysisk aktivitet. Jeg skal faktisk på møte neste uke om akkurat det, så det er mye som skjer. Det som kanskje mangler litt er faktisk at fysioterapeuter ute på fysikalske institutter ikke henger med. Så der må vi til å kanskje lage fagdager for dem, slik at de også blir trygge på hva de kan gjøre. For mange blir veldig engstelige når det kommer pasienter med kompresjonsfrakturer, og blir veldig begrensende i hva de tilbyr pasientene. Ligger på benken, får massasje, og litt sånne ting. Det skjer fortsatt, dessverre. Nå skal jeg ikke generalisere. Det finnes mange gode fysioterapeuter, men jeg tror nok det er mye uvitenhet og litt frykt for... altså både pasienten og terapeuten blir redd for å gjøre noe galt. *Latter*

Student 2: Ja. Du var litt inne på det tidligere, men hva er dine tanker om forebyggende tiltak for denne pasientgruppen?

Informant: Forebygging er jo alfa-omega! Det er jo det jeg har snakket om, det å forebygge nye brudd. Det er liksom det vi kan bidra med, og er du enda mer proaktiv så forebygger du brudd i det hele tatt. Å forebygge bevegelsesfrykt, forebygge tap av livskvalitet, forebygge unødvendig tap av funksjon.

Student 2: Gjør dere noe i form av info om livsstilsendring eller ernæring og sånt?

Informant: Det er det sykepleierne som tar seg av. De gir råd om kosthold og røyking og den biten. Vi har fordelt det på den måten, mhm. Akkurat dette her med fallforebygging, sånn med løse tepper og ikke klatre, det havner kanskje litt mellom to stoler. Men enten så snakker vi om det eller så snakker sykepleierne om det. Det vi gjør i slutten av en sånn konsultasjon er jo at vi henviser, de dårligste da, dette her med kommunen sitt tilbud om Trygg på to bein for

eksempel. Mange av de kunne sikkert hatt nytte av det. Og vi råder jo en del av dem til å ta kontakt med fysioterapeut på hjemstedet. Da pleier de å få med seg et sånn Exor-live ark med øvelser, sånn at de kan ta det med til fysioterapeuten. Så ser de at de gjør det rett, eller at de kan korrigere og gjerne dosere litt opp etter hvert, mhm. Så det er veien videre fra oss, for vi ser de jo bare en gang. Ja, vi har ikke behandling av de nei, mhm.

Student 2: Så kan vi ta litt om pasientgruppen fremover, for osteoporoserelaterte frakturer koster det norske samfunnet i overkant av én komma fem milliarder kroner per år, og vertebrale kompresjonsfrakturer er den vanligste bruddtypen.

Informant: Mhm *nikker bekreftende*.

Student 2: Hva tenker du kan gjøres eller endres for å minske dette store antallet tilfeller av osteoporoserelaterte brudd?

Informant: *Pause* Ja..

Student 2: Det er et stort spørsmål *latter*.

Informant: Ja. Nei altså, det er jo forebygging som er viktig uansett. Når bygger du bein da? Når bygger du mest bein? Når er peaken for beintettheten? Nå spør jeg dere. Trettiårsalderen? Seks og tjue?

Student 2: Jeg vil si tjuefem år kanskje, da begynner det å gå nedover. *Latter*

Informant: Ja, da begynner det å gå nedover *latter*. Ja. Kanskje peaken er litt høyere. Jeg tror den der T-skåren er regnet ut sånn ca. for ni og tyveåringer eller noe sånt. Så hvis du tenker samfunnsmessig, helsemessig, så er det barn og ungdom en må satse på. Og aktivitet. Fysisk aktivitet i oppveksten og slekten, og hvordan det blir med... Vi får sikkert sterke tommer eller et eller annet sånn etter hvert. Det er jo faktisk noen studier oppi Finnmark eller noe sånn, hvor de har fulgt ungdommer. Har dere sett det, har dere lest det?

Student 1&2: *Rister på hodet*

Informant: Nei. Det burde dere kanskje kikke på. Jeg var på et kurs hvor de snakket om det. Dette her med aktivitet og inaktivitet som de så på i forhold til elever på videregående skole. Så det er jo livsstil og kosthold i forebygging altså... Bygge opp en beinbank, som vi kaller det for, blir jo det viktigste. Når det gjelder eldre så blir det jo da å kartlegge dem sånn som de

gjør nå, kanskje med den beintetthetsmålingen, og at de kommer fortere i gang med medikamenter, mhm. Så gjelder det å ikke være kvinne, det gjelder å ikke bli gammel, det gjelder å fortsatt ha menstruasjon, det gjelder å ikke være for høy, det gjelder å ikke røyke. *Latter* Altså det er en del ting vi ikke kan gjøre så mye med heller. Ehm, ikke bli for tynn heller sant. Det kan man jo kanskje påvirke. Røyking kan man påvirke. Noe kan du ikke gjøre noe med, men mye kan du også gjøre noe med. Det er risikofaktorene for brudd da... Som sagt noe vi ikke kan påvirke og noe vi kan. Arv er jo og en veldig viktig faktor her, mhm. Men, jo tidligere en begynner å tenke på beinhelsen, jo bedre er det.

Student 2: Yes, vi begynner egentlig å nærme oss slutten nå. Så har du noe du ønsker å si eller tilføye før vi avslutter?

Informant: Hmm. Nei, jeg kommer ikke på noe. Jeg synes jeg har sagt mye jeg. Men jeg vet ikke. Det er kanskje litt vanskelig å strukturere at jeg har hoppet litt, men dere skal vel høre på det noen ganger. Det er vel litt av oppgaven det å plukke ut sånne intervjuobjekter som bare flyter av gårde, sant. *Latter*

Student 2: Kan vi ta kontakt i etterkant dersom vi har glemt å spørre deg om noe?

Informant: Absolutt! *Nikker bekreftende*. Jeg har veldig lyst å dele og formidle. Og jeg går ut ifra at dere har studier, har lest og har oppbygging på akkurat den biten av det dere trenger. Mhm.

Student 2: Ja, så da...

Informant: Kjenner dere til det der NoFRACT?

Student 1&2: *Rister på hodet*

Informant: Nei. Altså dere kan bare søke på det, så finner dere det. For det er jo litt med forebygging som du sa, men det går jo på de som da... ser du den? *Viser utskrift av No-FRACT på kamera*. For det er syv sykehus i Norge som har vært med på det. Det går jo rett og slett på forebygging av nye brudd, og det handler om den aldersgruppen som dere snakker om. Også står det litt om økonomi og samfunnsnytte og sånt. For det er det en har slitt med. At en ikke klarer å begrunne det ut ifra det. Men vi håper jo at denne No-FRACT vil vise... De er ikke helt ferdig med analysene der, men at det kanskje vil vise at en faktisk har klart å forebygge nye brudd med denne tidlige intervensjonen. Og at det da er

samfunnsøkonomisk nyttig.

Student 1: Det høres ut som noe vi bør se på.

Informant: Hva sa du?

Student 1: Det høres ut som noe vi må se på!

Informant: Ja, det kan være greit å vite om det i hvert fall.

Student 2: Yes. Men da kan vi stoppe recordingen nå.

Vedlegg 7 - Transkripsjon - Informant 3

Transkripsjon – Informant 3

Student 2: Da setter vi bare i gang tenker jeg. Kan du fortelle hva slags erfaring du har med behandling av pasienter med kompresjonsbrudd?

Informant: Ja.

Student 2: Og, eller, osteoporose?

Informant: Ja, det er jo ofte osteoporose som fører til det. Ehm, og osteoporose kan jo skje både hos kvinner og menn. Men vanligst hos kvinner, etter det jeg har hatt her i min praksis i hvert fall. Det er jo en systemisk degenerativ skjelettsykdom med redusert beinmasse, og endringer i beinvevets mikroarkitektur. Så man behøver ikke falle. Det er nok å sitte i den stolen også får man en forkjært vridning, eller at du løfter opp handleposen din også bare *krkk* knekker det. Og etter det... Altså de pasientene som kommer her med kompresjonsbrudd er jo ikke smertefrie. Og det jeg har sett eller forstått er at jeg tror det er rundt sytti prosent som er smertefri. Og det er jo veldig rart at de er det, men de pasientene ser vi ikke på instituttet. De kan ha kjent et knas eller kanskje ikke merket det engang. Man oppsøker ikke fysioterapeut hvis det ikke er smerte som på en måte fører til «Dette her klarer jeg ikke, gu' hva har skjedd?» og så videre. «Hva er det med ryggen min, den var jo ikke sånn i går» sant. Disse her er jo veldig utsatt, og det er jo ikke bare columna, det kan jo skje på en lårhals også. Så vedkommende faller ut av bussen, stiger ned trinn. Det er ikke fallet, det er at den knekker uten noe... Og det er det samme med ryggen. Jeg tenker at det er nok sikkert i cervical columna også, men lumbalcolumna er vel mest utsatt pga. tyngden fra overkroppen. Og så er det jo tredimensjonalt. Det er på en måte bevegelser, akser, plan og biomekanikk. Og det som skjer med en sånn kompresjonsfraktur, dere har sikkert sett hvordan de blir kileformede, det kan jo skje med flere virvler. Så om den ene virvelen ikke er i orden så vil det ofte gi en forplantning, sånn at da kan det skje noe i neste virvel også. La oss si at man kommer seg av gårde til en lege og sier at «Nå har jeg blitt veldig mye lavere enn det jeg var før. Jeg er ikke høy lenger, nå har jeg krympet seks centimeter», da kan man på en måte mistenke at her må det være kompresjonsfrakturer og det må være osteoporose. Verdens helseorganisasjon har jo laget en definisjon, og da er det på en måte bare sånn det er sant. At da vet vi at de har lagd en definisjon. Så de som dukker opp med smerte, da er det jo smerten

som er fokuset og problemet. De som er asymptomatiske som ikke har smerte, de ser ikke jeg. Her i hvert fall. Kanskje på legekantoret, men da tar det vel på en måte andre veier. Men fysioterapi er på en måte «Kan du hjelpe meg med smertene? Jeg klarer ikke...». Og det de ikke klarer er jo alt. Fra å gå og stå... Her har du tyngden av ryggen oppå, hva veier vedkommende. Er det en liten spinkel, eller er det en stor tykk en? Og ting tar tid. Det å gro er jo gjerne også en prosess, og når det er osteoporotisk er det jo ikke så gode forhold til å komme i orden igjen heller. Så det blir jo liksom å lære... eller spør dere meg hva jeg gjør med de pasientene? Eller hva, er vi kommet dertil? *latter*.

Student 2: Ikke helt enda

Student 1&2: *Latter*

Informant: Eller tok jeg meg litt avgårde nå? *Latter*

Student 2: Jeg kan spørre deg da, hva innebærer dine arbeidsoppgaver innenfor dette fagfeltet?

Informant: Ja. Altså det blir jo en undersøkelse av en pasient. Det varierer hvor utredet de er når de kommer. Du kan få en henvisning med ryggsmarter, og da står du der. Og så hva skjedde? «Nei det skjedde egentlig ikke noen ting». Eller «jeg gled på isen». Da vil det jo i hvert fall skje. Så man er opptatt av hva som skjedde rundt dette her. Det må man finne ut av. Anamnese først, og så er det en undersøkelse, en klinisk undersøkelse, vanlig fysioterapiundersøkelse. Og ofte er det jo veldig ømt der frakturen er. Altså der tåler de ikke en Springing test.

Student 1&2: *Nikker bekreftende*

Informant: Ja. De tåler ikke en Springing test. De klarer nesten ikke legge seg ned på benken. Så hvordan får du det til når det er sånn da? Av og til så må du ta det sittende. Jeg har på en måte alltid vært forkjemper for at du ikke kan behandle noe uten at du har sett hvordan MRen, eller CTen, eller røntgenbildet ser ut. Og du vet jo, altså når det blir en sånn pang *klapper bestemt* kompresjon så blir det jo lavere. Og da vil jo det påvirke nerverøtter og plassforhold i området rundt. Da kan de jo også ha trykk på nerve, og da blir det jo på en måte en nerveskade, eller la oss si en ischialgi, eller en ischias-lignende sak i tillegg. Noe som ikke er godt i det hele tatt. Så er det å få administrert en MR, og det tar noen uker. Noen ganger så

synes ikke legen det er greit, andre ganger så synes de det er greit. Tidligere så kunne vi henvise uten problem. Da var det bare til de private røntgeninstituttene, og de tok imot uten at det lå en legehenviisning i bunn. Der ble det jo en endring en årrekke tilbake, at kiropraktorene fikk henvisningsrett til MR og CT. Og så ble det opprop eller ramaskrik i forbundet.

Manuellterapigruppen sa at «De skal jo ikke gå forbi oss for vi er nokså likestilt, eller like typer fagprofesjoner». Så fikk de også. Legene fikk selvfølgelig beholde sin, men sånne som meg da som er spesialister... Ehm, vi seilte ut på sidelinjen der og fikk ikke det. Det synes jeg var veldig dumt for det var jo veldig enkelt å gjøre det og få inn disse her, så nå er det litt mer tungvint og tidkrevende. Og i mellomtiden så ligger jo pasienten der, og de blir jo redde, hvis det er intense smerter. Man blir ikke redd hvis man ikke har vondt. Man kjente kanskje at det skjedde noe og at man ikke klarer å rette seg opp like godt lenger. Men det er jo smertene som er... hva skal jeg si... brannfakkelen som gjør at dette ikke er greit.

Student 2: Ja, hvordan ser arbeidsdagen din ut?

Informant: Ja, hvordan tenker du?

Student 2: Nei altså, hvordan er det når du jobber med pasienter? Har du noen grupper? Hvordan er fasilitetene du jobber med?

Informant: Ja okei. Jeg har en praksis som er ca. hundre og tyve kvadrat, så den er ganske stor. Dette rommet som jeg er i nå, det er hoved undersøkelsesrommet, der hvor jeg jobber, tar anamnese, undersøker og de tingene der. Ehm, også har jeg en ikke så veldig stor gymsal, hvor man kan gå videre og gjøre øvelser hvis det er det man skal. Man kan gjøre litt, oi *fikler med mikrofonen*, man kan gjøre litt her også. Jeg har også et rom som er litt større som hovedsakelig brukes til gait-scan. Hvis dere er kjent med gait-scanner så... Scanning av fot og ting som ikke har så mye med den ryggen å gjøre, ved mindre en fot-scan vil hjelpe... Hvis det er noe som innvirker oppover. Men jeg har ikke så veldig mye grupper. Jeg har prøvd å ha en del grupper, men det blir rett og slett... ehm... Hvis du setter sammen pasienter som ikke har samme lidelse eller tilstand, så synes de det blir... Det er en eller annen merkelig mekanisme som skjer, de skal da ha det kjekt. Så klarer du ikke styre det fordi det blir så veldig gøy. Og så må du «Hallo, jobber vi her eller?». Sant, så jeg har egentlig bare sluttet med det. Jeg har en og en, og forholder meg til en og en pasient. Og nå i disse coronatider så har vi ikke... Eller det kan godt hende at noen av fysioterapeutene har grupper. Jeg vet ikke om vi har lov til det, men det var en stund vi ikke hadde lov til det, og så begynte de igjen. Men jeg gjør ikke det.

Jeg kjører ganske strengt regime på at her er det munnbind, spritvask og så lang avstand som mulig. Når de kommer her må de melde ankomst i en SMS-melding og si «ankommet» med navnet. Når jeg er klar og har på en måte gjort klart til neste pasient, så sender jeg «vær så god, kom inn». Så da er det på en måte én til én hver dag. Og jeg har jo ikke bare osteoporose og kompresjonsfrakturer, det er jo alt mulig av andre diagnoser.

Student 2: Vi kan gå litt videre til pasienterfaringer. Hvor i forløpet møter du som regel denne pasientgruppen?

Informant: Hvor tid jeg får de inn, når pasientene har fått en kompresjonsfraktur i ryggen?

Student 2: Ja.

Informant: Ja altså, før var det legene som henviste. Vi fikk ikke lov å ta pasienter fra gaten, eller de fikk ikke lov å oppsøke selv. Men nå kan de oppsøke oss selv. Så da er det på en måte to innfallsvinkler; at legen kan henvise at «du bør gå til fysioterapi med dette her», eller at vedkommende tar kontakt selv. Det kan være en helt ny pasient, eller en som har vært i systemet tidligere som jeg nå har jeg anledning til å se på.

Student 2: Ja, så du kan få en blanding av både akutt og for eksempel rehabiliteringspasienter?

Informant: *Nikker bekreftende* Ja. Og det er klart at en akutt, som gir symptomer, da er det på en måte smerte. Da vil de jo tenke at «kanskje hun bare kan fikse det, kanskje hun kan se på dette her, eller kanskje hun bare kan...». Så vet man ikke hva det er, og så er det hei og hå, her bør det tas en MR. Jeg tenker at jeg alltid må få de der utredningene. Se hva de har, hvor mye er det. Og har du på en måte sunket seks centimeter så er det jo mer enn én virvel, da er det jo mange som har klappet sammen.

Student 2: Ehm, kan du beskrive litt hvordan en eldre pasient med en vertebral kompresjonsfraktur ser ut når de kommer til deg som fysioterapeut?

Informant: Hvis de har mye smerte så klarer de nesten ikke å bevege seg, og de er livredde. De klarer nesten ikke å sette seg ned, og de kommer seg nesten ikke opp igjen. De som ikke har smerte, de ser jo ikke jeg, så de kan jeg ikke gi noen beskrivelse av. Men det er veldig problematisk å få de opp på benken, og jeg jobber alene. Så noen ganger tenker jeg «herregud hvordan i all verden skal vi...», hvis det ikke er noen som følger med. (*Informant deler en*

pasienthistorie vi ikke anser som hensiktsmessig å inkludere grunnet personvern og relevans for prosjektet). Og det var helt grusomt, for jeg klarte nesten ikke få henne opp på benken. Og det er klart at har du vondt, da låser du deg. Klarer vi dette, sant? Det gikk en ganske lang periode, og etter hvert så kom hun seg igjen. Helt vanlige tradisjonelle fysioterapimetoder. Etter hvert som smertene går ned ser man jo at man kan ha litt mer aktivitet. Man kan gjøre litt mer. Jeg har brukt en del TENS på de der. Frisetting av endorfiner for å få kroppsmorfinene til å dempe. Og også ta litt fokus vekk fra det ryggområdet som på en måte fyrer løs hele tiden. Noen ganger virker det jo som at smerten henger seg litt opp, at den impulsfyrer hele tiden. Med TENS har jeg en del erfaringer på at man klarer å bryte den der veldige fyringen. Så da har det vært pasienter som har vært oppi VAS-skala smerte ti, og etter en periode så klarer vi å få de ned i to, tre, fire, alt etter som. Det er gøy å jobbe med, det er gøy. For det er på en måte et målbart resultat. Så er det jo balansetrening, ergonomi. Balansen er jo viktig, fallforebyggende, for at det ikke skjer noe nytt igjen. Øvelser for å på en måte... Man låser seg. Man vil jo helst ikke bevege når det er et slikt område som er skadet. Ehm, så da er det jo å forsøke å få inn litt øvelser og bevegelse igjen. Og hele tiden motivere sant! Man er positiv, positiv, positiv, og "kom igjen, kom igjen!" Dette er jo på en måte de... Altså la oss si en stabil fraktur er jo greit. Men det kan jo også bli ustabile frakturer. Hvis det er flere segmenter som er involvert, og hvis det har vært i litt forskjellige retninger. Og de havner jo på sykehus, ortopedisk. Kanskje noen må ha fiksasjoner. De ser ikke jeg før det har gått veldig lang tid, i tilfelle.

Student 2: Hva vektlegger du i anamnese med disse pasientene?

Informant: Ja. Hva vektlegger jeg i anamnesen. Du spør jo rundt; Hva skjedde, hva utløste dette her, falt du, løftet du forkjært, var det noen spesielle vridninger? Du forsøker å på en måte finne ut hva de gjorde. Så forsøker du å finne ut av aktivitetsnivået deres forut for skaden. Selvfølgelig ved en osteoporose; Hvor lenge har du visst om det, hvilke målinger er tatt, har du vært på røntgen, har du vært på MR, hva sier legen din, hvor lenge har du gått med dette nå? Det blir jo liksom en hel kartlegging på hva som har skjedd rundt dette. Har det skjedd før? Har du andre områder hvor du har følt på samme? Og så videre.

Student 2: Hva vektlegger du i fysioterapeutisk undersøkelse hos disse pasientene? Er det noen typiske funn?

Informant: Ja altså, som jeg sa, de som kommer her dukker jo opp fordi at de har smerter. Så

da blir det å forsøke å gjøre en funksjonsundersøkelse av columna. «Hvor mye kan du bevege? Kan du bevege? Tør du bevege? Hvor langt frem kommer du? Hvor langt kan du ekstendere tilbake?». Ehm, og det kan jo være forskjellige symptomer fra pasient til pasient, alt ettersom hva enn dere har gjort og hvordan dere har gjort det. Og om det på en måte er kraftig kompresjon, lett grad av kompresjon, eller om det er flere virvler involvert. Så da går jeg gjennom fleksjon, ekstensjon, lateralfleksjon begge retninger og rotasjon begge retninger. Og bare det å gå; «Klarer du å gå, eller er det så smertefullt at du bare *smertelyd «ohh»*». Det kan det jo også være. Så; «Kan du ta noe opp fra gulvet? Kan du sette deg og reise deg igjen? Kan du stå på tå? Kan du stå på hæler? Kan du løfte en fot og stå på en fot?». Trendelenburgs tegn. Er nerver involvert her, Lasegues test, Springing test. Kjenne på muskulaturen. Som oftest blir det alltid en veldig hjelp fra muskulaturen. Som ikke er alltid de beste hjelperne, for de låser jo, og det er jo ikke en fordel. Når musklene låser rundt en kompresjonsfraktur så komprimerer de jo enda mer. Det er ikke noe som er voluntært eller som vedkommende bestemmer selv, det skjer jo bare. Og det vedkommende kan si er jo; «Jeg føler meg så spent». Ja, men det er ikke du som gjør det, det er rett og slett herfra *peker på hjernen* og ned, eller herfra *peker på ryggsoyle* og opp og ned igjen. Så da er det jo det å forsøke å få dette her til å roe seg ned. Og samtidig gi informasjon til pasienten om hva man ikke må gjøre. Det er ikke så lurt å sitte i en dyp, myk sofa, og skulle henge nedi der. Ikke provoser det, for det kan jo skje en forverring. Neste virvel, eller den som allerede er skadet, kan bli enda mer skadet. I og med at det her er en såpass høy grad av osteoporose så er jo ikke beinet til å stole på lenger.

Student 2: Hvordan opplever du vanligvis pasientens totale helsesituasjon?

Informant: Nei, det kan jo variere da.

Student 2: Mhm. *Nikker*

Informant: Men har de fått osteoporose så er jo det på en måte noe som ikke er helt greit. Det kan jo være flere årsaker, men som oftest er det jo en sånn hormonell systemisk påvirkning. Det kan jo være flere innfallsvinkler og årsaker til den. Men hvis vi tenker psykisk eller fysisk og helse, så er de som oftest redd for å bruke kroppen. De er redd for å falle fordi de har så lett for å knekke.

Student 2: Ja, jeg kan spør på en litt annen måte da, hva tenker du om beinskjørhets innvirkning på livskvaliteten?

Informant: Ja, det er ikke bra. For det blir på en måte vegringer i forhold til at man ikke tør å bruke den kroppen lenger, fordi man kan ikke stole på den. Og plutselig så skjer det noe igjen.

Student 2: Så du ser både frykt for fall og unngåelsesatferd?

Informant: Ja det blir jo det, mhm. Og det er jo ikke noe greit, for da blir jo det bare en ond sirkel som bare baller på seg. Så først må en forsøke å få kontroll på smerten og få i gang funksjonalitet igjen. Forsøke å ta vekk litt av dette her med at man er så redd for å være i den kroppen, og man er så redd for å gjøre noe i det hele tatt. Hva kan jeg, hva kan jeg ikke? Og det er ikke alle du klarer å flytte på, når det gjelder de tingene der. Det spørres hvor fastlåst de er. Det er jo ikke et liv, og det er jo ingen livskvalitet hvis du på en måte er helt låst i en situasjon. Det blir jo en slags kroppsangst det. Som dem som får angst for å gå i butikken å handle melk. Ikke på grunn av en osteoporose, men de som får den frykten... Det er litt tilsvarende med at du får en tilstand i kroppen din som gjør at du blir så redd at du ikke tør å gjøre noe lenger. Da er det patologisk.

Student 2: Så kan vi gå litt videre til det tiltaksmessige. Hva er egentlig målet med den fysioterapeutiske behandlingen du gir til pasientgruppen?

Informant: Ja altså det første målet er jo... Når man har utredet og fått sett på MR-bilder, og man har gjort en funksjonsundersøkelse. Skal bare slå av den *fikler med mobiltelefonen*. Så må man jo på en måte konkludere med; hva er funnene her og hva gjør man videre med det. Hvorfor kommer pasienten. Du har en kompresjonsfraktur, er det farlig? Du har osteoporose. Så er det jo å forsøke å få ned smerten, det er jo det første, for smerten hemmer jo. Smerten låser de jo. Sånn at de de tør ikke og de klarer ikke å komme seg på benken. De kommer seg ikke opp i sengen. Er det grusomt vondt, så kjennes det jo som kniver. Kniver som kjører inn. Og da er det jo å forsøke å behandle. Hvis legen gir tabletter, så gir jo smertene under, til en

viss tro på det. Ehm, *kremt*, mens fysioterapi går jo på dette... Jeg har brukt mye TENS, i området for å på en måte ta litt fokus vekk fra den muskulaturen som holder på. Den vil jo holde på helt til smertene på en måte har gitt seg. Etter en periode. Det kan jo variere litt hvor lang tid det tar. For muskulaturen til å slippe lite grann, kan de få varmpakninger. Det er jo enkelt og det kan de bruke hjemme. For å lindre smerte, øke sirkulasjon og dempe spenning. Helt gratis. Jeg ble forundret når jeg så de hadde forsket på varmpakninger, noen år tilbake. Det er rett og slett gjort studier på varmpakninger. Og det er jo det vi har brukt i alle år, og det er jo noe som har fulgt fysioterapien fra tidenes morgen. Disse her svære hydrocollatorene, og de dro opp de her leirepakningene som de la oppå pasientene, sant. Så tenker en at de har forsket på det, javel. Men det er jo veldig lett å bruke for pasientene hjemme også, legge på og lindre. Så ja, ehm, når den verste fasen er over så går det jo på en måte i å komme tilbake igjen til livet. Komme på beina igjen og forsøke å få funksjon. At ryggen kan beveges, at den ikke på en måte er låst, at man ikke er så redd for å bevege. Å begynne forsiktig å mobilisere opp igjen med, med snille øvelser. Her går vi jo ikke inn med svære greier på gamle damer eller menn som er osteoporotiske. Man må være forsiktig. Bare veldig lette ting.

Student 2: Ja. Du har jo vært litt innpå det jeg kommer til å spørre om nå, men hva vektlegger du mest i behandling av denne pasientgruppen? Er det det med å fjerne smerte? Har du noen spesielle øvelser du liker å gi, eller er det hverdagsmestring og sånne ting?

Informant: Ja, altså først er det smerten. Forsøke å få kontroll på den. Så er det hverdagsmestring. Da er det alle de funksjonene de gjør hjemme, som de skal tilbake til, som de skal klare etter hvert. Det er jo viktig. Kjempviktig at ikke de står i huset sitt, eller leiligheten og ikke tør eller kan gjøre noe. Og jeg jobber praktisk, det gjør jeg ofte. Later som om vi er på jobb, eller vi later som vi er der. Og gjør på en måte ting som er helt linket til det som er jobben, for de som er i jobb, eller de som er hjemme og hjemmesituasjonen. I tillegg til øvelser, det blir jo også gjort. Det blir jo på en måte en funksjonspåvirkning, og så må man tilpasse det i forhold til et eventuelt smertebilde. Da må ikke du presse og si at; "kom an igjen, du skal ta førti repetisjoner av den og du skal ha store utslag". Du kan jo ikke gjøre det, det går ikke. Så her må man på en måte hele tiden tilnærme seg med forsiktighet, og se at det går

greit. En må skyte, og etter hvert dosere opp. Jeg liker å lage elektroniske treningsprogram som vi legger inn. Altså det er Exorlive, som leverer dette. Der er det jo en database med tre, fire, fem tusen forskjellige øvelser. Til en gammel dame så lager du jo ikke et styrketreningsprogram, da er det de enkleste øvelsene. Bare skyte rygg og svaie, eller sitte å gjøre litt forsiktige rotasjoner. Øvelser man klarer å gjøre hjemme. Skal vi se på det de har fått om igjen, erfaringsmessig, så husker de ikke. Enten de er gamle eller unge, så husker de ikke. Folk har veldig dårlig kroppskjennedom, altså sånn hvordan de skal bruke kroppen. Er du syk i tillegg så mister du på en måte en del av de friske hverdagslige funksjonene. "Jeg kan ikke bruke den ryggen lenger for nå fikk jeg et brudd, og brudd er jo stygge ting". Det er jo på en måte sånn at de har vært hos legen, og fått ett brudd i ryggen... og da er alt låst. Informasjon, pasientinformasjon altså, som elektronisk legehåndbok. Der er det jo informasjon til helsepersonell i bøtter og spann, men så har de også laget informasjon for pasienter. Sånn at du kan spørre; "Vil du lese den her?". Noen vil. Noen vil ikke for de blir livredd, og da kan man ikke gi det til dem.

Student 2: Hva slags tiltak fungerer ut fra din erfaring bra, og er det noen grunn til at du tenker akkurat sånn, har du noen praktiske eksempler?

Informant: Ehh... De praktiske eksemplene er vel på en måte... Opp gjennom årene så lager en jo en måte å jobbe på. Og du prøver å putte inn det du har av erfaring. *Kremt* og du ser jo på hvordan en pasient reagerer. Man kan ikke bruke det samme regimet på alle, sant. At vi kan starte der, men så må du justere underveis når dette passer. Og de sier jo hvis det ikke passer, dette klarer jeg ikke. Da må vi ta en annen løsning. Jeg vil ikke si at det er noen sånn standard løsning. At du jobber ut fra funksjonsundersøkelsen. Du ser hva du har og så prøver du noen behandlinger. Hvis det ikke er resultat eller reaksjon så må man endre kurs og gjøre noe annet. Eller så må man si at dette her klarer jeg ikke, jeg klarer ikke påvirke dette her. Hvor lenge skal du holde på uten endring er jo også noe. Skal det være tolv ganger to, eller skal det være tre-fire. Hele tiden den evalueringen av hva er responsen eller ikke.

Student 2: Så kan jeg spørre, har du noe som du har, som du mener fungerer dårlig, om du

har noe eksempel der du har prøvd noe som ikke har fungert?

Informant: *Tar en liten tenkepause*. Ja altså det som fungerer dårlig er jo hvis pasienten er så smertepreget at ikke du klarer å få vedkommende opp på benken. At det blir hyling omtrent, da går det ikke.

Student 2: Mhm.

Informant: Hva gjør vi da, det er ikke så lett. Hvis man snakker om passiv behandling, hvis det er der vi er, så er det ikke så lett å behandle dem når de sitter eller står. Da sliter du. Går det an at pasienten tar noe smertestillende før de kommer for å prøve og påvirke dette. Og bare det å legge seg. Hvis man ligger, og det gjør så vondt, så øker jo bare spenningen. Så blir det en veldig negativ setting. Hvis de kommer med dette her, hvis det er så vondt, så hjelper det kanskje å gjøre noe, som en placeboeffekt. Uten at du egentlig oppnår den store effekten. I stedet for å si til vedkommende at jeg kan ikke hjelpe deg. Jeg tenker det er litt negativt. Jeg tenker en må alltid si at du kan. Vi prøver dette, så ser vi. Det har seg jo sånn at de fleste folk vil jo egentlig tilbake til den de var, og de vil bli friske igjen. De vil ikke kjenne på at det er ikke i orden. Og "nå er jeg på en måte på minusen i stedet for at jeg er på vei opp på plussen". Og den smerteskalaen, altså VAS-skalaen. Jeg bruker den mye, hele tiden. Og det er målbart. Den går jo fra null til ti, sant, og det å stimulere med for eksempel TENS, da får du etter hvert respons. Og når du ser det daler ned på en ener og en toer etter noen uker, så har man jo på en måte oppnådd noe. Og noen ganger bruker jeg den skalaen ved at jeg bruker den som en funksjonsskala. Null, minus ti, pluss ti, hvor er du hen. Og da setter de på en måte tall på det selv. Og det med å bruke superlativer; litt bedre, litt verre. Da flyter alt. Så jeg tenker hele tiden på å prøve å være systematisk i forhold til hvor befinner du deg. På en funksjonsskala fra minus ti til pluss ti; hva tenker du, hvor vil du hen, vil du komme deg der tror du? Ehm, og det å bruke motiverende intervjuer også. At man ikke trykker svaret på vedkommende, men at de får lov til å reflektere selv. Det er en psykolog som har utviklet... Jeg husker ikke hva han heter akkurat nå, men da lar vi på en måte pasienten få definere seg selv. Hva vil du, hvor er du nå. Og det blir jo hele tiden den dialogen og kommunikasjonen som fører en til et eller

annet sted.

Student 2: Kan du fortelle litt om dine erfaringer med tverrfaglig samarbeid i arbeidshverdagen?

Informant: Hja, eh... I denne type praksis så blir det mye til legen, fastlegen. Ehm, hvis det er røntgenbilder som er tatt, så blir det til røntgeninstituttet, og få tilsendt dette. Det er nå på en måte bare en oversendelse. Så er det jo noen som behøver psykolog eller som går til psykolog. Så er det noen som har hjemmesykepleie og sykepleie, så det spørs jo på en måte hva. Hvilket apparat som er der per i dag, og hvilket apparat som eventuelt må opprettes for å få en bedre hverdag, eller en bedre funksjon. Det klart at det vanligste er jo fastlegen i så måte. Er man på et sykehus har man jo gjerne mye mer enn det som er i privat praksis i hvert fall.

Student 2: Mhm. Hva er dine tanker om forebyggende tiltak for denne pasientgruppen?

Informant: Viktig! Kjempeviktig. *Latter*.

Student 2: Ja! *Latter*

Informant: Ehm, forebyggende er jo kjempeviktig. Det blir å gå på, jeg tror jeg nevnte det litt i stad, fallforebygging, balansetrening, ergonomi. Hvordan bruker de kroppen, hvorfor gjør du det sånn. Går det an å forandre på dette. Det går jo fint an å lære noe nytt selv om man er syttiseks. *Lett latter*. Så sittemåter. Ryggen har ikke godt av å sitte på den måten i den dype, myke sofaen kanskje. Du kunne sittet sånn, og lagt inn en liten skråpute så ryggen får det mye bedre. At ikke du trekker ryggen mer rundt. Tempur, de har disse kileputene med ni centimeter bak og én foran. Og det gjør en forskjell, med et brudd i ryggen, så bare det å

komme seg opp. Må du bære de tunge handleposene, fem kilo på hver side? Går det ikke an å ha en trillebag eller en ryggsekk som du setter på. Eller ikke kjøpe så mye hele tiden. Eller få varene sendt hjem fra butikken kanskje, de leverer jo. Det går litt på å på en måte kjøre litt slalåm mellom alle de problemene som er forbundet med å ha kommet opp i en slik situasjon.

Student 2: Og så litt sånn fremover. Osteoporoserelaterte frakturer koster det norske samfunnet i overkant av 1,5 milliarder kroner per år, og...

Informant: Det er kolossalt.

Student 2: Vertebrale kompresjonsfrakturer er den vanligste bruddtypen. Hva tenker du kan gjøres eller endres for å minske dette store tilfellet av osteoporoserelaterte brudd?

Informant: *Høy latter*. Ja det var det da. Og Norge ligger jo på topp i verdensbasis, og det er jo forferdelig.

Student 2: Ja.

Informant: Det er jo bare forferdelig det. Nei, da må jo de se på det, de som har greie på årsaksmekanismene til osteoporosen. Er det genetisk, er det ernæringsmessigheter. Er det bare hormoner, det tror jeg ikke. Og det å påvirke en osteoporose til ikke å bli verre, det er jo å stimulere knokkelen. Du kan ikke stimulere en knokkel så veldig hardt når osteoporosen er der, for da går det jo galt. Da får du kanskje et nytt brudd. Men det er jo på en måte hele tiden å bruke kroppen sin og ikke være redd for å bruke den. Daglige turer. Alt etter hvor folk er hen i livet sitt, hva de pleier å gjøre og så videre. Og det å stimulere til aktivitet. Jeg tror kanskje det er mange innfallsvinkler, i forhold til... Ikke at jeg har satt med så veldig mye inn i det før jeg ble spurt. Hvis man tenker på, det er artrose da, men når vi ser på den verdenen,

så er det ikke artrose i de afrikanske landene. Og hvorfor det da. Og når vi ligger på topp her, globalt. Norge er på topp og har så høy andel av osteoporosepasienter, er det kostholdet? Eller er det genetisk? Eller er det... Og det vil jo bare utvikle seg hvis man ikke på en måte legger om, men før man legger om så må man jo vite hva. Hvorfor skjer dette. Og vi vet ikke... Hvordan er det norske folk, er de veldig passive, eller er det mye turgåing og aktiviteter. Og da må man gjøre utredninger, eller research på alt som er inni det som kan være faktorer som påvirker i negativ retning. Og det er jo viktig å få snudd det da.

Student 2: Ja, absolutt.

Informant: Og det koster en del penger å ha så mange, som feiler så mye.

Student 2: Ja, nå begynner vi å nærme oss ferdig her. Har du noe du ønsker å si eller tilføye før vi avslutter helt?

Informant: Nei, ehm, jeg tror ikke det. Ikke noe jeg kan komme på i hvertfall.

Student 2: Kan vi ta kontakt i etterkant hvis vi har glemt å spørre deg om noe?

Informant: Ja, selvfølgelig kan dere det. Så da vil jo jeg bare takke for meg og jeg håper dere fikk de svarene dere var ute etter. *Smiler*

Student 2: Ja, vi kan stoppe recordingen nå.

ORIENTERING OM BACHELOROPPGAVEN (STUDENTKULL F18)

Bacheloroppgaven utgjør en del av avsluttende eksamen i fysioterapi. Dette er en selvvalgt oppgave som skal bygge på kunnskaps- og teorigrunnet i bachelorutdanningen i fysioterapi. Emne og problemstilling skal godkjennes av høgskolen. Studenten er selv ansvarlig for oppgavens innhold.

Praksiskontakt

Dersom studenten velger et emne som er praksisrelatert, vil det å etablere nødvendig praksiskontakt inngå som en del av arbeidet med bacheloroppgaven. Høgskolen ønsker at studentene skal få adgang til å innhente informasjon som er relevant for bacheloroppgaven gjennom kontakt med fagpersoner i det aktuelle praksisfeltet, Informasjonsinnhenting vil primært være i form av intervjuer. *Studentene kan ikke utføre arbeid/gjennomføre prosjekter som krever godkjenning av REK.*

Tidsrammer

Studenten skal arbeide selvstendig med bacheloroppgaven i tidsrommet 29.03.21 – 14.05.21. Innleveringsfristen er 14.05.21. Det er i hovedsak de første ukene av denne perioden at studenten skal ha kontakt med praksisfeltet. Dersom studenten velger å innhente informasjon i andre perioder kan dette avtales spesielt.

Covid-19

Intervjuet kan foregå digitalt eller ved fysisk møte. Dette er opp til hva som er ønskelig fra praksisstedet og de lokale/nasjonale regler som gjelder på det aktuelle tidspunkt i forhold til smittesituasjonen.

Veiledningsansvar

Det er høgskolen som har veiledningsansvar for arbeidet med bacheloroppgaven, og hver student eller studentgruppe har en av høgskolens ansatte som veileder.

Etiske og juridiske retningslinjer

Alle studentene har underskrevet taushetsløfte. Studentene er kjent med etiske og juridiske retningslinjer som gjelder ved denne type oppgaveskriving, herunder krav om innhenting av tillatelse og informert samtykke og om anonymisering ved bruk av/innhenting av persondata/pasientdata. Felles meldeskjema er vurdert og godkjent av NSD.

Informert samtykke

Studenten skal innhente skriftlig informert samtykke fra aktuelle informanter før datainnsamlingen kan påbegynnes. Samtykkeskrivet skal være godkjent av veileder på forhånd.

Med vennlig hilsen

Mona Kristin Aaslund

Førsteamanuensis og emneansvarlig for Bacheloroppgave-emne
Institutt for helse og funksjon, Fysioterapeututdanningen
Høgskulen på Vestlandet