



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

FYS390-O-2024-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	01-05-2024 09:00 CEST	<b>Termin:</b>	2024 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	15-05-2024 14:00 CEST	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 FYS390 1 O 2024 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	133
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7764
----------------------	------

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

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	28
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	123

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

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

Nei

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

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Bærekraftig behandling av fibromyalgi:

En kvalitativ studie om fysioterapeuters erfaringer

Sustainable Treatment of Fibromyalgia:

A qualitative study of physiotherapists' experiences

**Kandidatnummer: 123 og 133**

Bachelor i fysioterapi

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse og funksjon

Innleveringsdato: 15.05.2024

Antall ord: 7764

Vi bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

## Forord

I forbindelse med denne bacheloroppgaven har vi fått mulighet til å fordype oss i temaer som berører mange pasienter. Denne prosessen startet med et felles ønske om å lære mer om hvordan fysioterapeuter møter og behandler pasienter med sammensatte, langvarige smertetilstander. Gjennom intervju med informanter har vi tilegnet oss nyttig informasjon basert på deres kunnskap, kliniske erfaringer og refleksjoner omkring temaet. Vårt kunnskapsgrunnlag har også blitt utvidet gjennom oppdatert litteratur og samtaler med veileder og hverandre. Vi har stor tro på at denne kunnskapen vil bidra til å utvikle vår kompetanse som fysioterapeuter, og at den vil forbedre våre tilnærminger i fremtidige pasientmøter.

Denne prosessen har vært både utfordrende og lærerik. Vi vil rette en stor takk til informantene som har gjort oppgaven mulig å gjennomføre. Vi vil også takke vår veileder som har gitt nyttige tilbakemeldinger og guidet oss gjennom denne prosessen. Til slutt vil vi også takke hverandre for et godt samarbeid med mye latter og gode samtaler.

Bergen, 15. mai 2024

## Sammendrag

**Tittel:** Bærekraftig behandling av fibromyalgi: En kvalitativ studie om fysioterapeuters erfaringer

**Hensikt:** Hensikten med studien er å få et innblikk i hvordan fysioterapeuter møter og behandler pasienter med fibromyalgi. Vi ønsker også å undersøke hvordan fysioterapeuter kan motivere denne pasientgruppen til å oppnå varige endringer som kan føre til funksjonsbedring og symptomlindring.

**Problemstilling:** Hvordan kan fysioterapeuter tilnærme seg pasienter med fibromyalgi for å fremme bedring og motivasjon for varig endring?

**Metode:** For å svare på problemstillingen benyttet vi oss av en kvalitativ metode med semistrukturert intervju av tre fysioterapeuter med lang erfaring innen behandling av pasienter med langvarige smertetilstander. Det ble tatt lydopptak av intervjuene, og materialet ble transkribert ord-for-ord. Deretter ble transkripsjonene analysert ved hjelp av Malteruds systematiske tekstkondensering.

**Resultat:** Informantene er enige om at fibromyalgi er en kompleks smertetilstand, som krever individuelt tilpasset behandling. De gir uttrykk for ulike synspunkter på smerte, men er enige om at smerteopplevelsen påvirkes av en rekke faktorer rundt pasienten. I behandlingen fokuserer de på funksjonsbedring fremfor kun smertelindring. De vektlegger fysisk aktivitet, helsekompetanse og veiledning i smertepåvirkende faktorer i behandlingen, og er opptatte av å ta hensyn til pasientenes ønsker og interesser. Behandlingen er pasientsentrert og bygger på forskning og erfaringer. Informantene søker å styrke pasientenes mestringstro og å skape bevegelsesglede i behandlingen, og de understreker samtidig viktigheten av individuelt tilpasset behandling.

**Konklusjon:** I lys av funn og forskning om temaet, anbefales det å ha en helhetlig tilnærming med fokus på bevegelsesglede og positive kroppslige erfaringer. Behandlingen bør starte med lavintensiv fysisk aktivitet, med en gradvis progresjon innenfor pasientens toleransevidu. Tiltakene bør rettes mot å håndtere smertepåvirkende faktorer, samt å øke helsekompetanse og mestringstro. Dette kan bidra til å oppnå og opprettholde varige endringer som kan gi funksjonsbedring, økt livskvalitet og symptomlette. I møte med pasienten er det viktig å legge til rette for anerkjennelse, tillit og mestring for å styrke motivasjon. Mer forskning og tydeligere retningslinjer kan gi bedre forståelse for mekanismene bak tilstanden, og bidra til mer virkningsfulle behandlinger for pasientgruppen.

## Abstract

**Title:** Sustainable Treatment of Fibromyalgia: A qualitative study of physiotherapists' experiences

**Purpose:** The purpose of the study is to gain an insight into how physiotherapists meet and treat patients with fibromyalgia. We also want to investigate how physiotherapists can motivate this patient group to achieve lasting changes that can lead to functional improvement and symptom relief.

**Research question:** How can physiotherapists approach patients with fibromyalgia to promote improvement and motivation for lasting change?

**Method:** To answer this research question, a qualitative approach was used, with semi-structured interviews of three physiotherapists with extensive experience in treating patients with long-term pain conditions. The interviews were audio-recorded and transcribed word-for-word. The transcripts were then analysed using Malterud's systematic text condensation.

**Results:** The informants agree that fibromyalgia is a complex pain condition, which requires individually tailored treatment. They express different views on pain, but agree that the experience of pain is influenced by a number of factors surrounding the patient. In the treatment, they focus on functional improvement rather than just pain relief. They emphasise physical activity, health literacy and guidance in pain-influencing factors in treatment, and are concerned with taking into account the patients' wishes and interests. The treatment is patient-centred and is based on research and experience. The informants seek to strengthen the patients' self-efficacy and to create a joy of movement in the treatment, and they also emphasise the importance of individually adapted treatment.

**Conclusion:** Considering findings and research on the topic, it is recommended to adopt a comprehensive approach that focuses on the joy of movement and positive bodily experiences. Treatment should start with low-intensity physical activity, with a gradual progression within the patient's window of tolerance. The measures should be aimed at dealing with pain-influencing factors, as well as increasing health literacy and self-efficacy. This can help to achieve and maintain lasting changes that can provide functional improvement, increased quality of life and symptom relief. When encountering the patient, it is important to facilitate recognition, trust and mastery in order to strengthen motivation. More research and clearer guidelines can provide a better understanding of the mechanisms behind the condition and contribute to more effective treatments for this patient group.

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Introduksjon .....</b>	<b>6</b>
1.1 Tema, bakgrunn og problemstilling .....	7
<b>2.0 Teori.....</b>	<b>8</b>
2.1 Smerte.....	8
2.1.1 Kortvarig og langvarig smerte .....	8
2.1.2 Sentral sensitivisering .....	8
2.2 Fysisk aktivitet.....	9
2.2.1 Retningslinjer for behandling av pasienter med fibromyalgi.....	9
2.2.2 Fibromyalgi og fysisk aktivitet .....	9
2.3 Motivasjon.....	10
2.3.1 Selvbestemmelsesteorien .....	10
2.4 Mestringstro.....	11
<b>3.0 Metode.....</b>	<b>12</b>
3.1 Kvalitativ metode.....	12
3.2 Semistrukturert intervju.....	12
3.3 Valg av informanter .....	12
3.4 Intervjuguide og gjennomføring av intervjuene .....	13
3.5 Bearbeiding av materialet .....	14
3.5.1 Transkripsjon.....	14
3.5.2 Analyse.....	14
3.6 Etske vurderinger.....	15
3.7 Vitenskapsteori og forforståelser .....	16
3.8 Drøfting av metode.....	17
3.8.1 Valg av metode.....	17
3.8.2 Valg av informanter.....	17
3.8.3 Datainnsamlingsprosessen .....	18

3.8.4	Transkribering og analyse.....	18
3.8.5	Forforståelse og refleksivitet.....	19
<b>4.0</b>	<b>Resultat.....</b>	<b>20</b>
4.1	Forståelse av smertene og påvirkende faktorer.....	20
4.1.1	Smerteforståelse.....	20
4.1.2	Faktorer som påvirker smerte .....	20
4.2	Anerkjennelse av pasientens situasjon og ønsker .....	21
4.3	Behandlingsforløp.....	22
4.3.1	En aktiv tilnærming med smertelette og funksjonsbedring som mål.....	22
4.3.2	Helsekompetanse .....	23
4.3.3	Individuelt tilpassede tiltak.....	23
<b>5.0</b>	<b>Diskusjon.....</b>	<b>25</b>
5.1	Forståelse av smertene og påvirkende faktorer.....	25
5.1.1	Smerteforståelse og fibromyalgi.....	25
5.1.2	Faktorer som påvirker smerte .....	26
5.2	Tilnærminger som kan øke motivasjon.....	27
5.2.1	Behovet for tilhørighet.....	27
5.2.2	Behovet for selvbestemmelse.....	28
5.2.3	Behovet for mestring og mestringstro.....	28
5.3	Innhold og tilpasning av behandlingsforløpet .....	29
5.3.1	En aktiv tilnærming med smertedemping og funksjonsbedring som mål.....	29
5.3.2	Helsekompetanse .....	31
<b>6.0</b>	<b>Konklusjon.....</b>	<b>32</b>
<b>7.0</b>	<b>Referanseliste.....</b>	<b>33</b>
<b>Vedlegg</b>	<b>.....</b>	<b>39</b>
	Vedlegg 1: Informert samtykke.....	39
	Vedlegg 2: Intervjuguide.....	42



## 1.0 Introduksjon

Omtrent hver tredje voksne nordmann rapporterer å ha langvarige smerter (Breivik et al., 2006). Til tross for fremskritt i behandlingen av langvarige smertetilstander, viser flere studier at forekomsten øker. Årsakene til denne økningen er komplekse, men studier peker blant annet på endringer i sosioøkonomiske, psykiske og adferdsmessige faktorer, samt følgetilstander av diverse sykdommer og skader. På individnivå har langvarige smerter en betydelig innvirkning på enkeltpersonens livskvalitet og helse (Hoftun et al., 2012).

Fibromyalgi klassifiseres som en langvarig primær smertetilstand og har en global prevalens på 2 % (Macfarlane et al., 2017). I dag regnes fibromyalgi som en revmatisk sykdom, og kjennetegnes av utbredte og vedvarende kroppslige smerter. Smertene oppleves som dype og verkende, og sprer seg til ulike deler av kroppen. Andre symptomer som ofte er assosiert med fibromyalgi er blant annet fatigue, søvnforstyrrelser, nedsatt fysisk funksjon og psykisk stress (Sarzi-Puttini et al., 2020).

Nyere forskning tyder på at patogenesen relateres til hypersensitivitet i sentralnervesystemet grunnet unormal prosessering av smertesignaler. Etiologien er fremdeles ukjent, men forskning peker på langvarig psykisk eller fysisk stress, og genetiske faktorer som mulige risikofaktorer for utvikling av tilstanden. Det finnes i dag ingen kur, men ulike behandlingsmetoder, inkludert fysioterapi, har vist seg å lindre symptomene (Royal College of Physicians, 2022).

## 1.1 Tema, bakgrunn og problemstilling

Fibromyalgi har tidligere blitt misforstått og avfeid som en ikke-reell tilstand av både helsepersonell og allmennheten (Royal College of Physicians, 2022). Våre erfaringer fra praksis tyder på at det finnes usikkerhet blant helsepersonell knyttet til håndtering og behandling av denne pasientgruppen. Noe av grunnen til dette er trolig kompleksiteten ved tilstanden og mangel på klare kliniske retningslinjer for håndtering (Album et al., 2017). Vi ser derfor betydningen av å rette oppmerksomheten mot denne pasientgruppen, og å styrke vår forståelse for å bedre kunne imøtekomme deres behov.

På bakgrunn av denne komplekse tilstandens livslange forløp, har vi også vært interesserte i å utforske hvordan fysioterapeuter kan arbeide for å styrke pasientens motivasjon til å omfavne en bærekraftig, aktiv livsstil som fremmer varige endringer.

På bakgrunn av dette har vi utformet følgende problemstilling:

*«Hvordan kan fysioterapeuter tilnærme seg pasienter med fibromyalgi for å fremme bedring og motivasjon for varig endring?»*

## 2.0 Teori

### 2.1 Smerte

International Association for the Study of Pain, IASP, definerer smerte som «An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage» (Raja et al., 2020). Det legges til at smerte alltid er en subjektiv opplevelse som i varierende grad påvirkes av biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Det kommer også frem at smerte vanligvis har en funksjonell hensikt, men at den også kan ha negative virkninger på funksjonsevne, sosiale relasjoner og psykisk helse. Dette indikerer at smerte er et sammensatt og komplekst fenomen, som ikke lenger beskrives utelukkende som en biomedisinsk prosess.

#### 2.1.1 Kortvarig og langvarig smerte

Det skilles mellom kortvarige (akutte og subakutte) og langvarige smerter. Kortvarige smerter oppstår vanligvis som et resultat av aktivering av nociseptorer, og har en varighet på mindre enn 3 måneder. Disse smertene forsvinner som regel når den underliggende årsaken blir behandlet. Dersom smertene vedvarer i 3 måneder eller mer, defineres de som langvarige smerter. Forskjellen på kortvarige og langvarige smerter er at smertesignalene som oppstår ved kortvarige smerter har som hensikt å forhindre potensiell vevsskade. Ved langvarige smerter sendes det smertesignaler uten at det er trussel for slike skader. Smertesignalene ved langvarige smerter har dermed liten eller ingen hensikt, men de oppleves like reell for pasienten (Lavand'homme, 2011).

#### 2.1.2 Sentral sensitivisering

Sentral sensitivisering er en tilstand som er assosiert med en rekke langvarige smertetilstander, og som antas å være den primære underliggende årsaken til smerte i flere av disse tilstandene, inkludert fibromyalgi. Sentral sensitivisering er en komplisert prosess hvor blant annet modulering av smertesignaler, oppfatning av smerte og regulering av smerteopplevelser kan være endret. Dette fører til økt respons på smertesignaler, selv uten vedvarende eller betydelig vevsskade. Typiske kjennetegn på sentral sensitivisering inkluderer utbredte smerter, hyperalgesi og allodyni. Andre symptomer som ofte er til stede er fatigue, søvnforstyrrelser, humørforstyrrelser og kognitive utfordringer. Faktorer som kan bidra til utviklingen av sentral

sensitivisering er blant annet vedvarende psykososialt og fysisk stress, samt genetiske faktorer (Harte et al., 2018).

## 2.2 Fysisk aktivitet

Caspersen definerer fysisk aktivitet som «enhver kroppslig bevegelse initiert av skjelettmuskulatur som resulterer i en økning i energiforbruket utover hvilenivå» (Caspersen et al., 1985). Regelmessig fysisk aktivitet har en rekke fordeler, og spiller en viktig rolle i en bærekraftig livsstil. Fysisk aktivitet har blant annet stor betydning for å opprettholde god helse, søvnkvalitet, fysisk funksjon og mental helse (De la Corte-Rodriguez et al., 2024; Musumeci, 2015).

### 2.2.1 Retningslinjer for behandling av pasienter med fibromyalgi

De nyeste retningslinjene utgitt av EULAR (Macfarlane et al., 2017), fremhever behovet for en helhetlig vurdering av pasienter med fibromyalgi. Disse retningslinjene legger vekt på en grundig kartlegging av smerte, funksjon og psykososiale faktorer, samt behovet for individuelt tilpassede behandlinger. Ikke-medikamentelle behandlingsmetoder, særlig fysisk aktivitet, anbefales sterkt. I retningslinjene presenteres ingen tydelige forskjeller mellom aerob trening og styrketrening når det gjelder smertedempende virkning og funksjonsbedring. Videre fremheves behovet for å styrke pasientenes helsekompetanse tidlig i forløpet. Andre behandlingstilnærminger som meditative øvelser, kognitiv adferdsterapi, akupunktur, hydroterapi og mindfulness anbefales også, men i mindre grad. Massasje blir derimot frarådet på grunn av begrenset dokumentert smertelindrende virkning.

### 2.2.2 Fibromyalgi og fysisk aktivitet

Nyere studier (Izquierdo-Alventosa et al., 2020; Kang et al., 2022; Kocyigit & Akyol, 2022; Martinez & Guimarães, 2024) underbygger anbefalingene i retningslinjene fra 2017, men gir mer utdypende informasjon om virkningen ved flere treningstiltak.

En nyere studie trekker frem at meditativ trening som yoga og tai chi gir forbedret søvnkvalitet, redusert fatigue og økt livskvalitet. Det vises også at aerob trening gir betydelig forbedring av psykologiske faktorer som blant annet pain catastrophizing og stress, samt økning i smerteaksept og forbedret livskvalitet (Izquierdo-Alventosa et al., 2020).

Kocyigit og Akyol (2022) trekker frem at den fysiske aktiviteten bør starte på et lavt nivå, og øke i takt med pasientens toleransevidu. De understreker samtidig viktigheten av å ta hensyn til pasientens preferanser. Flere studier (Kocyigit & Akyol, 2022; Martinez & Guimarães, 2024) peker på at varierte behandlingsmetoder har positiv innvirkning på pasientens symptomer, livskvalitet og funksjonsevne. Kocycigit og Akyol (2022) trekker frem lett aerob trening, motstandstrening og bevegelsestrening, mens Martinez og Guimarães (2024) trekker frem aerob trening, kognitiv adferdsterapi og økning av pasientens helsekompetanse.

## 2.3 Motivasjon

Mennesker blir motivert av ulike faktorer som påvirker deres valg og handlinger, og det skiller mellom indre og ytre motivasjon. Indre motivasjon innebærer å utføre noe som i seg selv fører til glede eller tilfredshet. Ytre motivasjon oppstår gjennom faktorer utenfor individet selv, eksempelvis belønninger eller anerkjennelse (Manger & Wormnes, 2015, s. 28). Videre skiller motivasjonsforskerne Ryan og Deci mellom kontrollert ytre motivasjon og autonom ytre motivasjon. Førstnevnte innebærer en form for press eller tvang til å utføre en aktivitet, mens autonom ytre motivasjon oppstår når aktiviteter oppleves som meningsfulle og viktige, selv om vi ikke opplever glede eller tilfredsstillelse ved selve aktiviteten (Ryan & Deci, 2000).

### 2.3.1 Selvbestemmelsesteorien

Selvbestemmelse, mestring og tilhørighet er tre grunnleggende psykologiske behov som inngår i selvbestemmelsesteorien. Selvbestemmelse refererer til behovet for å bestemme over sitt eget liv. Mestring dreier seg om å føle seg kompetent og dermed mestre det man ønsker å oppnå. Tilhørighet handler om å oppleve at ens eget liv står i en meningsfull sammenheng, noe som blant annet oppleves gjennom relasjoner til andre mennesker. Ryan og Deci hevder at når disse tre grunnleggende psykologiske behovene blir dekket, oppstår indre motivasjon. Videre nevner de at helsepersonell kan hjelpe pasienten til å utvikle sin indre motivasjon for endring, ved å bygge en støttende relasjon som fremmer selvbestemmelse og mestring i endringsarbeidet (Ryan & Deci, 2000).

## 2.4 Mestringstro

Bandura hevder at helsepersonell kan fremme endring ved å styrke pasientenes mestringstro og forventninger til et positivt resultat (Bandura, 1986). Han definerer mestringstro, også kalt self-efficacy, som menneskets tro på egne evner til å planlegge og gjennomføre det som kreves for å nå et mål. Han argumenterer for at denne troen har en betydelig innvirkning på en persons motivasjon, og at det kan være en sterk drivkraft til å gjennomføre det som kreves for å nå et mål. Det presenteres at mestringstro kan oppnås gjennom fire kilder: mestringsopplevelser, erfaringslæring gjennom observasjon, emosjonelle og fysiologiske tilstander, samt verbal overtalelse gjennom eksempelvis tilbakemeldinger (Bandura, 1977, s. 191–195).

Mestringstro spiller en avgjørende rolle for pasienters evne til å følge et behandlingsprogram. Pasienter med høy mestringstro engasjerer seg mer og opplever bedre behandlingsresultater, samt økt livskvalitet. Å legge til rette for økt mestringstro i behandlingen kan føre til betydelige forbedringer i treningsadferden hos pasienter med fibromyalgi (Oliver & Cronan, 2002). Van Liew et al. (2013) viser at mestringstro er en svært betydningsfull indikator for fysisk funksjonsevne og treningsadferd over tid for denne pasientgruppen.

## 3.0 Metode

For å belyse vår problemstilling, har vi valgt å benytte oss av en kvalitativ metode. Vi har i forbindelse med dette gjennomført semistrukturerte intervjuer av privatpraktiserende fysioterapeuter. I dette kapittelet gjør vi rede for valg av metode og hvilke strategier som ble benyttet til innsamling og analysing av materialet. Avslutningsvis vil metoden diskuteres.

### 3.1 Kvalitativ metode

Valg av forskningsmetode er basert på problemstillingen, og hvordan den best kan belyses. Ifølge Malterud kan kvalitativ metode brukes for å få en bredere kunnskap om forskjellige synspunkter, opplevelser, tanker og erfaringer. Metoden er forankret i det fortolkende paradigmet som vektlegger fortolkning (hermeneutikk), menneskers erfaringer (fenomenologi) og kontekst (sosial konstruktivisme). Denne metoden egner seg godt når man undersøker områder hvor kunnskapsgrunnlaget er tynt, og når man er åpen for flere svar (Malterud, 2017, s. 27–32), noe som særlig gjelder fibromyalgi. Valget falt derfor på en kvalitativ metode.

### 3.2 Semistrukturert intervju

For å belyse vår problemstilling benyttet vi oss av semistrukturert intervju. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) er hensikten med denne metoden å få innsikt i informantens livsverden, slik det oppleves fra deres eget perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 46). Semistrukturert intervju er en forskningsmetode der intervjueren har utarbeidet en intervjuguide (vedlegg 2) for å sikre at ønskede temaer blir dekket. Dette sikrer også at informantene får spørsmål om de samme temaene, samtidig som det er mulig for informanten å forme intervjuet etter egne kunnskaper og erfaringer. Dette balanserer struktur og fleksibilitet, slik at informanten kan formidle egne erfaringer, perspektiver og meninger (Malterud, 2017, s. 133).

### 3.3 Valg av informanter

Ifølge Dalland (2018, s. 76) har det kvalitative intervjuet som mål å oppnå en dypere forståelse, noe som krever et begrenset antall intervjuobjekter. Vi valgte å intervju tre fysioterapeuter, noe som ga oss muligheten til å kunne gjennomføre en grundig analyse av datamaterialet og utforske variasjoner og mønstre i svarene. Under utvelgelsen av informantene ble det gjort et strategisk utvalg for å sikre at hver enkelt hadde spesifikke kunnskaper og erfaringer (Dalland, 2018, s.

57). Vi ønsket å intervjuere fysioterapeuter med lang erfaring innen behandling av pasienter med langvarige smerter, særlig pasienter med fibromyalgi. Ved å inkludere fysioterapeuter med ulike utdanningsbakgrunn, åpnet vi for et bredere spekter av perspektiver på problemstillingen. Etter at vi fikk kontakt med den første informanten, benyttet vi oss av snøballmetoden. Ifølge Malterud (2017, s. 59–60) innebærer denne metoden at en informant rekrutterer andre personer fra sitt nettverk. Vi valgte å kontakte de to som var mest aktuelle basert på våre kriterier.

Tabell 1: Oversikt over informanter og faglig bakgrunn

Informant	Bakgrunn
1	Kvinne. Utdannet fysioterapeut i utlandet. Videreutdannet innen nevrologi, geriatri og rehabilitering. Lang erfaring med langvarig smerteproblematikk.
2	Kvinne. Utdannet fysioterapeut i utlandet. Årsstudie i psykologi. Kursing i diverse teknikker og behandlingsmetoder. Jobbet mye med folkehelse. Lang erfaring med langvarig smerteproblematikk.
3	Mann. Utdannet fysioterapeut. Videreutdannet innen diagnostisk ultralyd, klinisk fysioterapi, personlig trener og geriatri. Mastergrad i manuellterapi. Lang erfaring med muskelskjelettplager, og langvarig smerteproblematikk.

### 3.4 Intervjuguide og gjennomføring av intervjuene

I forkant av intervjuene ble intervjuguiden (vedlegg 2) utarbeidet med spørsmål som kunne belyse vår problemstilling. Spørsmålene ble delt inn i kategorier basert på temaene vi ønsket å utforske. Hvert tema hadde hovedspørsmål og oppfølgingsspørsmål, og informantene fikk tilsendt intervjuguiden en dag i forveien av intervjuene.

På grunn av geografiske avstander, deltok en student via digital videosamtale mens den andre deltok ved fysisk oppmøte. Studenten som var til stede ledet intervjuene, mens studenten som deltok digitalt stilte utdypende oppfølgingsspørsmål. Intervjuene varte mellom 30 og 60 minutter, og det ble tatt lydopptak av hvert intervju. Under intervjuene lot vi informantene snakke fritt med minst mulig avbrytelser, samtidig som vi viste interesse og ga bekreftende respons.



## 3.5 Bearbeiding av materialet

### 3.5.1 Transkripsjon

Vi startet bearbeidelsen av materialet ved å transkribere intervjuene fra tale til tekst. Dette gjorde det mulig å analysere materialet på en mer systematisk måte (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 205–206). Teksten skal på mest mulig lojal måte ivareta det informantens formidlet under intervjuet (Malterud, 2017, s. 77). Transkripsjonen av lydopptakene ble gjort ord-for-ord, like etter gjennomføring av intervjuene.

Når tale omgjøres til tekst, vil intonasjon, stemmeleie og mimikk gå tapt (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 205). For å få med nyanser i intervjuet, markerte vi pauser med «...», setningsbytte med «-» og latter med «(latter)». Gjentakende ord og «eh» ble fjernet for å forbedre lesekvalitet. For å bevare informantens anonymitet ble stedsnavn og andre avslørende opplysninger erstattet med «(anonym)». Samtidig som vi forbedret teksten var vi bevisste på Malteruds (2017, s. 80) synspunkter om at all kontakt med teksten kan etterlate spor som kan endre meningsinnholdet.

### 3.5.2 Analyse

Vi benyttet Malteruds metode for systematisk tekstkondensering (STC) for å analysere materialet vårt. Denne metoden er inspirert av fenomenologi, og deler synet på at menneskers subjektive erfaringer fra livsverdenen er gyldige kilder til kunnskap (Malterud, 2017, s. 115–116). Ved bruk av denne metoden kan det store tekstmaterialet struktureres og sammenfattes på en systematisk måte. Metoden bestod av fire trinn (Malterud, 2017, s. 97–111);

**Trinn 1. Helhetsinntrykk:** Vi dannet et helhetsinntrykk av materialet og identifiserte mulige temaer relatert til problemstillingen. I dette trinnet bør forforståelse legges til side.

**Trinn 2. Meningsbærende enheter:** Vi så nærmere på det som kunne belyse problemstillingen vår, og sorterte ut det materialet vi ikke trengte. Vi ble enige om tre temaer som ble viktige for kodegruppene i det neste trinnet. Videre bearbeidet vi teksten ved å markere relevante tekstbiter og kode dem, slik at det ble lettere å sortere teksten etter innhold.

**Trinn 3. Kondensering:** Den kodede teksten ble sortert i kodegruppene med meningsbærende enheter. Deretter ble hver kodegruppe studert, og videre sortert i to til tre subgrupper som kunne belyse problemstillingen. Det ble så laget et kondensat med bearbeidet innhold fra hver meningsbærende enhet i hver subgruppe. Kondensatet brukes som resultatpresentasjon i neste trinn.

**Trinn 4. Syntese:** Hvert kondensat ble brukt til å lage en analytisk tekst. Hver subgruppe fikk sitt eget avsnitt, sin egen overskrift og et gullsitat. Deretter evaluerte vi om de analytiske tekstene samsvarte med helheten i transkripsjonene. Resultatene ble også undersøkt opp mot teori og forskning.

Tabell 2: Analyseprosessen

Kategori	Kodegruppe	Subgruppe	Meningsbærende enheter
Forståelse av smertene og påvirkende faktorer	Smerte	Smerteforståelse	Årsak Kompleks Sammensatt
		Faktorer som påvirker smerte	Helhetlig tilnærming Kartlegge Påvirke
Anerkjennelse av pasientens situasjon og ønsker	Samspill		Ta på alvor Tid Inkludere
Behandlingsforløp	Behandlingsforløp	En aktiv tilnærming med smertelette og funksjonsbedring som mål	Lavintensiv trening Varig endring Forskningsbasert
		Helsekompetanse	Trygging Veiledning Selvstendig
		Individuelt tilpassede tiltak	Overkommelig Rutine Mestringstro

### 3.6 Etiske vurderinger

Malterud påpeker at medisinsk forskning er forpliktet til å følge etiske standarder som skal fremme respekt for mennesker og beskytte deres rettigheter og helse. I kvalitative studier hvor

datainnsamlingen er av personlig karakter, er tillit og respekt avgjørende for å sikre åpenhet og kvalitet i datamaterialet (Malterud, 2017, s. 211–212). Når vi bearbeider dette materialet videre, er det vårt ansvar å ivareta denne tilliten på en forsvarlig måte. Ifølge Dalland (2018, s. 236) er det viktig å sikre personvern og unngå unødvendige belastninger for informantene.

Gjennom studien har vi derfor fulgt retningslinjene fra Høgskulen på Vestlandet, godkjent av SIKT, for behandling av personopplysninger og forskningsdata. Det har vært viktig å ivareta informantenes anonymitet og personvern, da de har delt av egne erfaringer og tanker. På forhånd ble informasjon- og samtykkeskriv (vedlegg 1) sendt på e-post til informantene for signering. Dette inneholdt opplysninger om studiens hensikt og frivillig deltakelse, samt deres rettigheter og personvern. Lydopptakene ble lagret på passordbeskyttede datamaskiner, og slettet fra våre mobiltelefoner. Etter transkribering ble også lydopptakene på datamaskinen slettet. Etter godkjenning av bacheloroppgaven vil også transkriberingen slettes.

### 3.7 Vitenskapsteori og forforståelser

De kvalitative forskningsmetodene bruker en induktiv tilnærming, noe som innebærer at man trekker konklusjoner fra det enkeltstående til det allmenne (Malterud, 2017, s. 27). Fenomenologi er læren om fenomener. I fenomenologiske studier rettes oppmerksomheten mot verden slik den konkret oppleves og erfares fra en persons perspektiv. Videre beskrives det at fokuset faller på å forstå menneskers tanker, følelser og atferd. (Dalland, 2018, s. 46)

Forforståelse er de bakgrunnskunnskapene, erfaringene og antakelsene vi tar med oss inn i en studie. Dette påvirker måten vi samler og analyserer materialet på. I en studie kan forforståelse være en viktig drivkraft, men det kan også føre til feil på grunn av manglende åpenhet til nye perspektiver og aspekter (Malterud, 2017, s. 44). Det er derfor viktig å være bevisst på egne forforståelser, og samtidig være åpen for å utforske nye ideer og perspektiver underveis i forskningsprosessen.

Vår forforståelse har bakgrunn i at vi er fysioterapistudenter, og at vi har fått en økt interesse for pasientgruppen gjennom forelesninger og praksisopphold. En av oss har personlig kjennskap til tilstanden i nære relasjoner. Vedkommende opplevde tilstanden som diffus og symptomene som usikre, både hos pasienten selv og blant helsepersonell. Hun har også erfaringer med at livsstilsendringer kan bidra til symptomlindring.

### 3.8 Drøfting av metode

I denne delen av metodekapittelet ønsker vi å få frem styrker og svakheter ved metodene vi benyttet oss av til å samle inn og analysere materialet.

#### 3.8.1 Valg av metode

Vi ønsket å få et innblikk i informantenes erfaringer og refleksjoner med behandlingen av pasienter med fibromyalgi. Kvantitativ metode, som baseres på tall (Malterud, 2017, s. 33), egnet seg derfor ikke til å svare på problemstillingen vår. Valget falt da på en kvalitativ metode, som undersøker erfaringer og samtidig styrker vår forståelse av menneskers valg (Malterud, 2017, s. 31). Videre valgte vi å benytte oss av semistrukturert intervju, for å gi informantene mulighet til å hente frem refleksjoner og erfaringer. Ifølge Malterud (2017, s. 133) kreves det både trygghet og ettertanke for å åpne seg om dette, noe som ikke oppnås i like stor grad i fokusgrupper.

#### 3.8.2 Valg av informanter

Vi benyttet oss av et strategisk utvalg og snøballmetoden for å rekruttere tre passende informanter. På denne måten sikret vi en viss variasjonsbredde i datamaterialet, og unngikk et tilgjengelighetsutvalg hvor informantene kunne hatt begrenset erfaring med pasientgruppen. Strategisk utvalg kan ifølge Malterud (2017, s. 59) styrke studiens validitet. Snøballmetoden kan imidlertid føre til skjev representasjon av meninger og overvekt av lignende perspektiver, da man risikerer at den første informanten anbefaler andre fysioterapeuter som ligner seg selv. Dette kan potensielt redusere studiens validitet. Videre, kan det være en svakhet at to av informantene jobbet på samme klinikk, da dette også kan føre til lignende skjevheter. Vi opplevde derimot at informantene hadde ulike synspunkter og refleksjoner rundt pasientgruppen.

Utvalget vårt bestod av fysioterapeuter med ulike utdanningsbakgrunner. Ifølge Malterud kan dette gi flere nyanser til problemstillingen (Malterud, 2017, s. 59). Vi ser derfor på utvalget som en styrke i studien. Vi forstår likevel at kunnskapen fra utvalget ikke nødvendigvis vil representere hele fagfeltet, og vet at funnene kunne sett annerledes ut med et annet utvalg. Vi ser likevel at flere av funnene kan underbygges av litteratur, noe som kan indikere en viss grad av overførbarhet.

### 3.8.3 Datainnsamlingsprosessen

I intervjuguiden prioriterte vi å formulere åpne spørsmål for å oppmuntre til personlige erfaringer og refleksjoner fra informantene. Etter intervjuene innså vi at vi hadde vært for tett knyttet til intervjuguiden, og at vi med fordel kunne ha utforsket de ulike temaene grundigere underveis. Det kan tenkes at dette kunne ført til mer utfyllende refleksjoner og bedre flyt i samtalen.

Vi valgte å sende intervjuguiden til informantene i forkant av intervjuene, i et forsøk på å sikre gjennomtenkte svar og god flyt under intervjuene. Vi var klar over risikoen ved at informantene kunne tilpasse svarene sine og at spontanitet i intervjuene kunne gå tapt. Vi fikk imidlertid et inntrykk av at de likevel oppga autentiske og spontane svar.

Vi bestemte oss for at studenten som var fysisk til stede skulle lede intervjuene for å oppnå en mest mulig naturlig dialog. Studenten som var digitalt til stede kunne dermed forsikre at alle forhåndsbestemte spørsmål ble besvart, og notere ned oppfølgingsspørsmål. Vi ser på dette som en styrke, da vi tenker at fysisk tilstedeværelse kan bygge tillit samtidig som det er lettere å oppfatte nonverbal kommunikasjon.

### 3.8.4 Transkribering og analyse

Ved å transkribere kort tid etter intervjuene, var det større sannsynlighet for å bevare meningsinnhold ettersom intervjuene fremdeles satt friskt i minnet. Vi redigerte teksten for å gi den bedre leseflyt, og var bevisste på at det kunne oppstå misforståelser på bakgrunn av dette (Malterud, 2017, s. 77).

Vi benyttet oss av Malteruds systematiske tekstkondensering, da den er oversiktlig og har detaljerte instruksjoner som er egnet for nybegynnere. Den krever heller ikke omfattende kunnskap om fenomenologisk filosofi eller annen filosofisk kompetanse, noe som ifølge Malterud (2017, s. 115) styrker fremdriften og gjennomførbarheten. Vi gjennomførte analysen individuelt og sammenlignet resultatene. Under analysen var det en styrke å være to, da vi kunne diskutere hverandres vektlegging og forforståelser, noe som kan tenkes å styrke studiens validitet.

### 3.8.5 Forforståelse og refleksivitet

I denne studien erkjenner vi viktigheten av å reflektere over egne forforståelser, og hvordan disse kan ha påvirket datainnsamlingen og analysen av funnene. Dette er ekstra viktig å ta hensyn til i vår situasjon, da en av oss har personlig kjennskap til pasientgruppen som kan påvirke funnene. Disse faktorene har trolig påvirket valg av tema, innhenting av relevant litteratur og utforming av intervjuguiden. Samtidig trekker Malterud (2017, s. 45) frem at forforståelse er en viktig motivasjonsfaktor for å sette i gang med en studie. Gjennom denne prosessen har vi fått kunnskap som bekrefter og utfyller forforståelsen, men også kunnskap som utfordrer den og krever at vi tenker nytt. Malterud skriver at det er nødvendig med et åpent sinn med plass for tvil, ettertanke og uventede konklusjoner. Vi har forsøkt å ivareta en refleksivitet gjennom analyseringen av datamaterialet og i diskusjonene ved å stille spørsmål ved hverandres tolkninger og tanker. Samtidig er vi bevisste på at vi aldri kan være helt objektive i en forskningsprosess og at andre kan tolke annerledes enn oss, noe som ville gitt andre resultater (Malterud, 2017, s. 19–21).

## 4.0 Resultat

I denne delen vil vi presentere informantenes tanker og refleksjoner rundt fibromyalgi, og deres erfaringer fra arbeid med denne pasientgruppen. Vi vil ta for oss de tre kategoriene som er presentert i tabell 2.

### 4.1 Forståelse av smertene og påvirkende faktorer

#### 4.1.1 Smerteforståelse

Det ble funnet at informantene opplever fibromyalgi som en sammensatt, kompleks og langvarig tilstand, der smerter er pasientens hovedproblem. De uttrykker ulike syn på mulige årsaker til smertene. Informant 1 og 2 trekker blant annet frem langvarig stress og traumer. Informant 3 nevner nociplastisk smerte, allodyni og hyperalgesi med bakgrunn i sentral sensitivisering. Videre peker han på utfordringer knyttet til usikkerhet rundt etiologi og patogenese. Han forklarer at denne usikkerheten gir mangel på klarhet i kliniske retningslinjer. Samlet sett fremhever informantene kompleksiteten og de individuelle variasjonene knyttet til smerte og andre symptomer hos pasienter med fibromyalgi. De trekker også frem at dette er en tilstand som har blitt satt i et dårlig lys.

*«Generelt er jo dette en pasientgruppe som er uhåndterlig, fordi det er en smerteproblematikk som ingen på en måte helt vet hvorfor er sånn.»*

- Informant 2

#### 4.1.2 Faktorer som påvirker smerte

Det kommer frem at informantene har en tilnærming som bærer preg av den biopsykososiale modellen. Informantene er enige i at alle faktorene rundt pasienten spiller en avgjørende rolle for symptombylde og smerteopplevelse. De understreker derfor betydningen av en helhetlig tilnærming, hvor de kartlegger faktorene rundt pasienten grundig. Informantene trekker frem både psykiske, sosiale, kognitive og ytre faktorer, der blant annet unngåelsesatferd og pain catastrophising blir nevnt. Alle forklarer at pasientens fysiske aktivitetsnivå og egne tanker om tilstanden har stor innvirkning på smerteopplevelse. Informant 2 og 3 trekker også frem søvn som en viktig faktor. Samtidig understreker informant 3 at det er mange faktorer som er

utfordrende å overvåke og moderere, noe som bidrar til å gjøre dem vanskelig å håndtere.

*«Å se hva som er problemet; hva kan vi gjøre noe med, hva kan vi ikke gjøre noe med - så tenker jeg at kanskje man kan være med som en del av det som snur det.»*

- Informant 1

## 4.2 Anerkjennelse av pasientens situasjon og ønsker

Informantene legger vekt på anerkjennelse av pasientens situasjon, samt det å ta plager og symptomer på alvor. Informant 2 understreker betydningen av å sette av god tid til pasienten, lytte aktivt og gi dem rom til å uttrykke seg. Hun påpeker fysioterapeutens unike mulighet til å ta seg god tid til pasientene.

*«Jeg tenker at hvis man klarer å møte dem der de er, og ta dem seriøst, og ikke bare være sånn «ah, typisk dame-sykdom»»*

- Informant 1

Videre trekker informantene frem betydningen av å inkludere pasientens ønsker og interesser i utformingen av behandlingsplaner. Informant 1 og 3 peker på viktigheten av at treningen er lystbetont og at pasienten opplever bevegelsesglede, samt positive kroppslige opplevelser. I tillegg trekker informant 3 frem viktigheten av å diskutere planer og målsettinger sammen med pasientene, slik at de blir bevisste på behandlingsprosessen.

*«Man må jo ta med pasienten sin betraktning i planene når man gjør dette, eller så kommer man ingen vei.»*

- Informant 3



## 4.3 Behandlingsforløp

### 4.3.1 En aktiv tilnærming med smertelette og funksjonsbedring som mål

Informantene er samstemte i at smertelette er et naturlig mål for behandlingen. Likevel understreker de viktigheten av å ha funksjonelle mål fremfor å fokusere utelukkende på smerte. Informant 1 påpeker at bedring i funksjon kan virke motiverende for pasienten. De legger alle vekt på en aktiv tilnærming, og viser til erfaringer og forskningsbasert evidens på at fysisk aktivitet har smertedempende virkning. Lett styrketrening og aerob trening legges frem som foretrukne behandlingstiltak, sammen med styrking av pasientens helsekompetanse. Informant 2 nevner i tillegg meditative øvelser som yoga. Informant 3 understreker betydningen av å kjenne til pasientens smertetype, da dette kan hjelpe terapeuten med å utforme logiske behandlingstiltak. Alle informantene er enige i at massasje har liten plass i behandlingen. De begrunner dette med kortvarig smertedempende virkning og færre helsegevinster sammenlignet med fysisk aktivitet. Informant 2 og 3 trekker også frem placeboeffekten og understreker betydningen av at fysioterapeuten uttrykker tro på behandlingen, da dette kan påvirke pasientens tro på tiltakene.

*«Vi ønsker en aktiv pasient [...] som er i sentrum av planene og det å lage mål.»*

-Informant 3

Informantene ser verdien av å gjennomføre gruppetreninger med denne pasientgruppen, da de har erfaringer med at dette kan bidra til å fremme motivasjon. De legger samtidig vekt på behovet for å tilpasse treningsintensitet og varighet til hver enkelt. Dette er særlig viktig for denne pasientgruppen som kan være utsatt for forverring av symptomer ved overdreven fysisk aktivitet. Informantene ønsker å få til en bærekraftig, varig endring som er mulig å opprettholde gjennom et livslangt forløp, og er enige om at varig bedring er mulig gjennom integrering av gode rutiner.

*«Mitt mål er jo alltid at vi skal få til en endring som er varig.»*

- Informant 1

### 4.3.2 Helsekompetanse

Informantene uttrykker viktigheten av å øke pasientenes helsekompetanse, og velger å gjøre dette tidlig i behandlingsforløpet. De fremhever betydningen av å formidle til pasientene at smerte ikke nødvendigvis betyr vevsskade, og at det er trygt å være i fysisk aktivitet. I tillegg informerer de om faktorer som kan påvirke smerteopplevelsen hos pasienten, der søvn blir trukket frem som en viktig faktor av informant 2 og 3. De legger videre vekt på å veilede pasienten i god søvnhygiene

Informantene informerer pasientene om virkningen av fysisk aktivitet og eventuelle andre behandlingsmetoder de anser som nyttige. Informant 3 trekker frem at dette er en pasientgruppe som ofte går til flere behandlere. Han velger å informere dem om passive behandlingsmetoder, og oppfordrer dem til å ta selvstendige valg basert på denne kunnskapen. Han begrunner blant annet dette i å spare pasienten for unødvendige behandlinger og økonomiske belastninger.

*«De skal jo bli eksperter i eget liv her, ikke sant? De skal jo ikke være avhengig av terapeuter.»*

-Informant 3

### 4.3.3 Individuelt tilpassede tiltak

Informantene er tydelige på at man ikke bør overvelde pasienten med tiltak og endringer i starten av behandlingsforløpet. De foretrekker å starte rolig, slik at pasienten kan kjenne virkningen av tiltakene og gradvis øke innsatsen deretter. Målet er å introdusere tiltak som er overkommelige for pasienten og som kan opprettholdes over tid for å oppnå en varig endring. Alle informantene understreker derfor betydningen av å innføre en rutine som inkluderer en form for fysisk aktivitet, gjerne noe pasienten trives med. Informant 3 trekker samtidig frem fysioterapeuters rolle i å styrke pasientens mestringstro gjennom behandlingen. Informant 1 fremhever viktigheten av å nedjustere pasientens forventninger til treningsmengde, og velger å anbefale pasientene å starte på et lavt nivå med korte turer på inntil 15 minutter. Informantene understreker i tillegg viktigheten av å ta hensyn til pasientens varierende grad av symptomer og deres tidligere erfaringer med fysisk aktivitet.

*«Kanskje det ikke er lurt å lage altfor mange tiltak med én gang, at pasienten blir helt overveldet med tiltak og endringer. [...] det må jo være sustainable, at de klarer å opprettholde det. Så, kanskje bare begynne med et par ting [...] og så prøve å få snøballen til å rulle litt der.»*

- Informant 3

## 5.0 Diskusjon

I dette kapittelet blir studiens funn diskutert og sammenlignet opp mot relevant teori.

### 5.1 Forståelse av smertene og påvirkende faktorer

#### 5.1.1 Smerteforståelse og fibromyalgi

Moseley (2003) fremhever betydningen av å forstå mekanismene bak smerteopplevelsen, både for terapeuter og pasienter. For å kunne håndtere pasienter med fibromyalgi og annen langvarig smerteproblematikk på en god måte, mener vi derfor at fysioterapeutens forståelse av smerte er grunnleggende for valg av hensiktsmessige behandlingstiltak. Informant 3 forteller også om viktigheten av dette, og mener at man lettere kan velge logiske intervensjoner ved å kjenne til pasientens smertetype og mekanismene bak denne.

Informantene er samstemte i sine erfaringer med fibromyalgi som en kompleks tilstand, men uttrykker ulike synspunkter på årsaker til smertene. Selv om etiologien fortsatt er ukjent, peker nye diagnostiske retningslinjer (Berwick et al., 2022) på at langvarig stress og traumer kan være blant noen av årsakene til økt smerteopplevelse, noe som støtter informant 1 og 2 sine synspunkter. Patogenesen for fibromyalgi er heller ikke fullt ut forstått, men en unormal smerteprosessering i nervesystemet ser ut til å spille en sentral rolle. Sentral sensitivisering anses som en viktig mekanisme i dette (Berwick et al., 2022), noe informant 3 også påpeker.

Det er tydelig at sentral sensitivisering og fibromyalgi deler mange av de samme symptomene. Det kan tenkes at helsepersonell er mer komfortable med begrepet sentral sensitivisering og dens rolle i smerteopplevelse, da mekanismene bak er bedre forstått. Det kan videre tenkes at kliniske retningslinjer for sentral sensitivisering kunne ha bidratt til mer fokusert smertebehandling for flere av disse tilstandene. Nijs et al. (2021) trekker i sin studie frem flere behandlingsmetoder som potensielt kan redusere sentral sensitivisering. Blant disse fremheves fysioterapi, og da spesielt treningens virkning gjennom hypoalgesi og smertemodulering. Hvilken type trening som er mest virkningsfull spesifiserer ikke. Studien gir dermed ingen tydeligere anbefalinger for ikke-medikamentell behandling av sentral sensitivisering, enn det som spesifiseres i retningslinjene fra EULAR (Macfarlane et al., 2017).

Vi erkjenner at fibromyalgi er en sammensatt og kompleks tilstand, hvor smertene ikke utelukkende kan forklares av sentral sensitivisering. Vi ser derfor, i likhet med informantene, at det er behov for en helhetlig behandlingstilnærming. Basert på denne kompleksiteten og

usikkerheten rundt tilstanden, forstår vi derfor at denne pasientgruppen kan være utfordrende å håndtere. Dette understøttes av flere studier som viser at helsepersonell med begrenset kunnskap om tilstanden kan føle seg overveldet og usikre i møte med denne pasientgruppen (Album et al., 2017; Briones-Vozmediano, 2017; Ghio et al., 2024). Dette kan tenkes å påvirke pasienten og pasient-terapeut relasjonen på en negativ måte. Det kan videre tenkes at denne mangelen på kunnskap kan føre til store variasjoner i behandlingstilbud, samt virkning av behandlingen. Vi mener at dette kan føre til dårlig utnyttelse av pasientens tid og penger, så vel som helsevesenets tid og ressurser.

Vi tror at denne usikkerheten, sammen med tilstandens kompleksitet og mangelen på virkningsfulle behandlingsmetoder, bidrar til tilstandens lave status i helsevesenet og i samfunnet generelt. Informantene peker også på dette, og uttrykker en felles enighet om at tilstanden fibromyalgi har blitt satt i et dårlig lys. Informant 3 trekker særlig frem et behov for klarere kliniske retningslinjer for denne pasientgruppen, noe vi støtter opp under. Samtidig er vi klar over at smerte er en kompleks og subjektiv opplevelse, og at det derfor kan bli vanskelig å generalisere behandlingsmetoder.

På bakgrunn av disse faktorene ser vi behovet for mer forskning på tilstanden og tydeligere kliniske retningslinjer som et skritt mot bedre forståelse og behandling av denne tilstanden.

### 5.1.2 Faktorer som påvirker smerte

Informasjonen vi har samlet understreker at smerte er et komplekst fenomen som påvirkes av en rekke aspekter, inkludert biologiske, psykologiske, kognitive og sosiale faktorer (Raja et al., 2020). Selv om informantene våre uttrykker ulike perspektiver på årsaker til smertene, er de alle enige i at faktorene rundt pasienten påvirker symptomene og smerteopplevelse. Betydningen av å ha en helhetlig tilnærming kommer derfor tydelig frem. Det er viktig for informantene å avdekke hvilke faktorer som er mulige å påvirke gjennom behandlingen. Informant 3 understreker at det er flere faktorer som er vanskelige å overvåke og moderere, og som derfor er utfordrende å påvirke gjennom behandlingen. De faktorene som informantene mener er mulig å påvirke er blant annet søvn, fysisk aktivitet og pasientens tanker om egen tilstand.

Det er dokumentert at langvarig smerte kan ha innvirkning på søvn. Ifølge Sivertsen et al. (2015), referert i Steingrimsdottir (2023), er det samtidig godt dokumentert at søvnvansker kan føre til langvarig smerte og økt smertefølsomhet. Det er altså bevist at søvn og smerte påvirker

hverandre. Det er dermed ikke uvanlig at smertepasienter går inn i en ond sirkel med dårlig søvn og økte smerter (Aili et al., 2018). Dette er i tråd med informant 2 og 3 sine synspunkter på søvn og smerte. Vi ser derfor, i likhet med informant 2 og 3, viktigheten av å inkludere veiledning i god søvnhygiene i et behandlingsprogram, dersom det er relevant for pasientens situasjon.

Retningslinjene fra EULAR (Macfarlane et al., 2017) vektlegger en grundig vurdering av smerte og funksjon, samt behandling av disse faktorene. Det er imidlertid mangel på informasjon om håndtering og ikke-medikamentell behandling av en rekke symptompåvirkende faktorer, eksempelvis søvn. Retningslinjene nevner at dersom ikke-medikamentell behandling gir uønsket virkning på pasientens symptomer, anbefales blant annet medikamentell behandling. Dette er imidlertid kun svakt anbefalt. Vi savner derfor flere evidensbaserte ikke-medikamentelle tiltak for håndtering av pasientgruppens mange symptompåvirkende faktorer. Vi mener videre at dette underbygger behovet for tydeligere kliniske retningslinjer som dekker flere aspekter av tilstanden, gitt tilstandens sammensatte natur.

## 5.2 Tilnærminger som kan øke motivasjon

### 5.2.1 Behovet for tilhørighet

Flere undersøkelser viser at pasienter med fibromyalgi ikke føler seg trodd i møte med helsepersonell (Ashe et al., 2017; Briones-Vozmediano, 2017). Vi mener derfor at det er svært viktig å imøtekomme pasientene ved å ta dem på alvor, noe informantene også gjør i sine tilnærminger. Funnene viser at informantene prioriterer å sette av tid til pasientene, lytte til dem og ta symptomer på alvor. Det kan tenkes at dette signaliserer respekt for pasientenes erfaringer og smerteopplevelse, noe som kan bidra til å tilfredsstille behovet for tilhørighet, som er det første av de tre grunnleggende behovene i selvbestemmelsesteorien. Ifølge Ryan og Deci, vil tilfredsstillelse av dette behovet bidra til å fremme indre motivasjon hos pasienten (Ryan & Deci, 2000).

Videre la informantene vekt på å ta pasientens behov og ønsker i betraktning under utarbeidelsen av behandlingsplaner. Det kan tenkes at dette også bidrar til å styrke pasientenes følelse av tilhørighet, samtidig som de opplever treningen som lystbetont. Vi ser dermed at dette kan styrke den indre motivasjonen, samtidig som det øker sjansen for at de opplever bevegelsesglede.

### 5.2.2 Behovet for selvbestemmelse

I tillegg, kan det å ta hensyn til pasientenes ønsker og behov bidra til å tilfredsstille behovet for selvbestemmelse. Dette er det andre grunnleggende behovet i selvbestemmelsesteorien (Ryan & Deci, 2000). I tillegg er rettigheten til brukermedvirkning forankret i pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, paragr. 3–1). Funnene viser at informantene er opptatt av å inkludere pasienten i avgjørelser og planlegging. Når informantene gir pasientene kontroll over behandlingsplanen på denne måten, får de muligheten til å velge aktiviteter som de trives med, og som gir dem glede. Dette kan i sin tur føre til opprettholdelse av aktivitet og bedre virkning av behandlingen på lang sikt.

På den andre siden, må det påpekes at dette bør gjøres på en måte som er hensiktsmessig for pasientens helsemessige behov og tilstand. Informant 2 og 3 trekker frem viktigheten av en rolig progresjon i behandlingen, for å unngå forverring av symptomer. Videre peker forskning på at fysisk aktivitet også kan påvirke pasientens symptomer negativt, dersom treningen foregår utenfor deres toleransevindu (Staud et al., 2005). Det kan dermed tenkes at valg av aktiviteter og intensitet bør være hensiktsmessig, for å kunne oppnå langsiktig smertedemping og funksjonsbedring. I tillegg kan det tenkes at pasientenes motivasjon for behandlingen svekkes, dersom tiltakene forverrer tilstanden.

Vi ser derfor viktigheten av å vurdere de kliniske aspektene når pasientens ønsker tas i betraktning, i tillegg til å regulere eventuelle urealistiske mål. Likevel ser vi en klar fordel ved å inkludere pasientens ønsker og interesser i behandlingen så langt det er hensiktsmessig, da dette sannsynligvis vil øke pasientens motivasjon og engasjement. Vi ser for oss at dette kan bidra til at pasientene opprettholder en aktiv livsstil.

### 5.2.3 Behovet for mestring og mestringstro

Informantene er opptatt av at pasientene ikke bør overveldes med for store, og for mange tiltak på én gang. De ønsker å tilpasse behandlingen individuelt slik at den er overkommelig for pasienten. Vi ser dermed at terapeutene søker å tilfredsstille behovet for mestring, som er det tredje behovet i selvbestemmelsesteorien. Ryan og Deci hevder at når de tre behovene for autonomi, kompetanse og tilhørighet tilfredsstilles, oppnås indre motivasjon (Ryan & Deci, 2000). Med utgangspunkt i dette kan det tenkes at dersom pasienten blir tatt på alvor, engasjeres i en lystbetont aktivitet og samtidig opplever mestring, kan det være en god start for å motivere pasienten til å oppnå og opprettholde gode rutiner med fysisk aktivitet.

Videre forteller informant 3 om fysioterapeutens rolle i å styrke mestringstroen til pasientene, noe vi tror spiller en sentral rolle for pasientens deltakelse og engasjement i behandlingsforløpet. En studie gjennomført av Lavín-Pérez et al (2023) viser at troen på å mestre lett fysisk aktivitet, som gange, er viktig for å opprettholde aktivitetsnivået hos pasienter med fibromyalgi. Troen på å mestre mer intensive aktiviteter har vist mindre betydning. Informant 1 trekker frem viktigheten av å nedjustere pasientens forventninger til fysisk aktivitet, ved å introdusere korte treningsøkter med lav intensitet. Vi tror at denne måten å senke terskelen for fysisk aktivitet på kan bidra til å styrke pasientens mestringstro.

Vi ser at selv om ikke alle informantene nevner mestringstro, legger alle til rette for dette i sine tilnærminger. De legger blant annet til rette for positive opplevelser i kroppen, overkommelige tiltak, læring av andre gjennom gruppetrening og ufarliggjøring av fysisk aktivitet, i tillegg til et støttende samspill i behandlingen. De gir også uttrykk for å ha fokus på funksjonelle mål, fremfor mål om smertelette. Vi tror at det er lettere å registrere måloppnåelse ved funksjonelle mål, da smerte er subjektivt og ikke kan kvantifiseres på samme måte som funksjon. Vi tror også at funksjonelle mål kan være mer motiverende for pasienten, da det er lettere å vurdere fremgang.

## 5.3 Innhold og tilpasning av behandlingsforløpet

### 5.3.1 En aktiv tilnærming med smertedemping og funksjonsbedring som mål

Funnene våre peker på at informantene vektlegger en aktiv tilnærming i behandlingen av pasienter med fibromyalgi. Forskning viser at fysisk aktivitet har en positiv virkning på mental helse ved å forbedre humør, samt redusere stress og depresjon (Sluka et al., 2018). I tillegg har fysisk aktivitet positive virkninger på opprettholdelse av god helse, fysisk funksjon og søvnkvalitet (De la Corte-Rodriguez et al., 2024; Musumeci, 2015). Disse er alle symptomer som følger med langvarige smertetilstander som fibromyalgi, og vi ser derfor gevinstene av å ha en aktiv tilnærming til denne pasientgruppen.

### **Forskningsbaserte tilnærminger**

Ut ifra oppdaterte retningslinjer og forskning (Izquierdo-Alventosa et al., 2020; Macfarlane et al., 2017; Martinez & Guimarães, 2024), ser vi at informantenes behandlingstilnærminger samsvarer med litteraturen. Imidlertid ser vi også en variasjon i valg av behandlingsmetoder



blant informantene: Informant 1 og 3 vektlegger øvelser og aerob trening i sine behandlingstilnærminger, mens informant 2 benytter seg av meditative øvelser i tillegg til dette. Videre peker ikke forskningen på én spesifikk treningsmetode for denne pasientgruppen, men fremhever heller en variert treningstilnærming. Informantene forklarer i tillegg at smerteopplevelse og valg av behandlingstiltak er svært individuelt blant pasientene. Vi tenker derfor at dette gir større rom for å inkludere pasientens ønsker og interesser i utarbeidingen av behandlingsopplegg.

Imidlertid viser også forskning at trening kan forverre smerte, spesielt hos pasienter som allerede opplever muskelskjelettplager (Staud et al., 2005). Pasienter med fibromyalgi opplever ofte økt smerte og fatigue etter fysisk aktivitet, noe som kan hindre dem i å trene regelmessig og bidra til en stillesittende livsstil med forverring av symptomer (Dailey et al., 2015; Damsgard et al., 2010). Vi forstår dermed viktigheten av å tilpasse treningens intensitet og progresjon etter pasientens nivå og symptomer, noe informantene også vektlegger i sine tilnærminger. Vi tenker at dette kan bidra til å redusere unngåelsesatferd og pain catastrophising, da pasienten selv kan erfare at det å være i fysisk aktivitet er trygt, uten at smerter og symptomer forverres. Det kan derfor tenkes at det er viktig at pasienten opplever positive kroppslige opplevelser i behandlingen, noe informant 1 og 3 også vektlegger.

Retningslinjene fra EULAR (Macfarlane et al., 2017) viser at massasje ikke gir signifikant smertelette, og anbefaler derfor ikke dette som en behandlingsmetode for denne pasientgruppen. Bunkan og Schultz påpeker også at massasje stimulerer det perifere vevet der pasienten opplever at årsaken til smertene sitter, og at dette kan bidra til å forsterke smertene (Bunkan & Schultz, 2009, s. 64). Informantene var enige i at massasje har liten plass i behandlingen. De begrunner dette med at slike passive behandlingsteknikker gir kortvarig virkning, og at man ønsker å få til en varig endring. I tillegg belyser informant 3 de økonomiske belastningene ved passive behandlingsmetoder, deriblant massasje.

### **Kommunisering av tiltak**

Alle informantene mener at smertedemping er mulig, noe vi ser på som en styrke i behandlingen. Informant 3 trekker frem viktigheten av at terapeuten selv uttrykker troen på at behandlingen vil gi en positiv virkning, og underbygger dette med placeboeffekten. Dette støttes blant annet av Bauer-Wu (2002), referert i Bunkan & Schultz (2009), samt Colloca et al (2004), som viser at pasientens forventninger til behandlingen påvirker tiltakenes virkning. Vi

ser dermed for oss at positiv informasjon om behandlingsmetodene som benyttes, kan bidra til å forsterke den smertedempende virkningen, enn dersom terapeuten ikke uttrykker like stor tro på behandlingen. Bunkan og Schultz (2009) forklarer i tillegg at en pasient som er utrygg og uten tillit til behandlingen, kan ha mindre utbytte av den.

På den andre siden, kan det tenkes at det er utfordringer knyttet til overbevisningsevne blant behandlere, på grunn av den eksisterende usikkerheten rundt fibromyalgi og behandling av tilstanden. I tillegg kan det stilles spørsmål ved om det er etisk forsvarlig å fremheve en behandlingsmetode som virkningsfull, hvis den i realiteten har et utilstrekkelig vitenskapelig grunnlag.

### 5.3.2 Helsekompetanse

Vi ser at det å øke pasientens helsekompetanse blir trukket frem som svært viktig i flere studier, og er noe som bør skje tidlig i behandlingsforløpet (Macfarlane et al., 2017; Martinez & Guimarães, 2024; Nijs et al., 2021). Det understrekes at tanker har stor innvirkning på smerteopplevelse (Moseley, 2003). Det å lære om smertemekanismer og ufarliggjøre smerter kan derfor ha stor innvirkning på pasientens symptomer, samt deres fysiske funksjonsevne. Dette kan i sin tur redusere risikoen for å utvikle unngåelsesatferd og pain catastrophising. Som et resultat kan pasientene føle seg tryggere på å være fysisk aktive, noe som kan øke aktivitetsnivået og motivasjonen for fysisk aktivitet.

Videre, kan det tenkes at det er viktig at pasientene opplever det som meningsfullt å drive med fysisk aktivitet dersom de skal opprettholde en aktiv livsstil gjennom livsløpet. Vi ser for oss at pasienten bør ha et grunnlag for å ønske å fortsette å være i aktivitet. Vi mener derfor at det kan være nødvendig å øke pasientenes kunnskapsgrunnlag, slik at de blir bevisste på mulige utfall av valgene de tar. Informant 3 var opptatt av å forklare virkningen av ulike behandlingstiltak, slik at pasientene kunne ta selvstendige valg. Å forklare virkningen av fysisk aktivitet, kontra virkningen av inaktivitet, kan hjelpe pasienten til å forstå viktigheten av å være fysisk aktiv, og at vedkommende dermed opplever treningen som meningsfull. Dette er også noe vi oppfatter at informantene vektlegger i sine tilnærminger.

## 6.0 Konklusjon

Fibromyalgi er en kompleks smertetilstand med lav status, noe som resulterer i lite forskning og mangelfull kunnskap om tilstanden. Dette gir mangel på klare kliniske retningslinjer. I tillegg fører de store individuelle forskjellene i pasientgruppen til usikkerhet rundt adekvat behandling blant helsepersonell. Det kommer frem av funnene at en grundig kartlegging av smertepåvirkende faktorer og en helhetlig tilnærming i behandlingen er essensielt. Pasientenes ønsker og interesser bør vektlegges i utformingen av en behandlingsplan for å fremme bevegelsesglede og opprettholde motivasjon. Behandlingsplanen bør være bærekraftig og individuelt tilpasset.

Tilnærminger som rettes mot smertepåvirkende faktorer, og samtidig inkluderer variasjon i lavintensiv fysisk aktivitet samt styrking av pasientenes helsekompetanse, er foretrukket blant informantene. Det legges vekt på å unngå symptomforverring, og å styrke pasientenes mestringstro gjennom å tilpasse behandlingen innenfor pasientenes toleransevidu. For å sikre varige endringer er etablering av gode rutiner og opprettholdelse av motivasjon avgjørende. Pasient-terapeut-relasjonen spiller en sentral rolle i dette. Anerkjennelse av pasienten, mestringsopplevelser og følelse av tilhørighet er viktige faktorer for å øke pasientens motivasjon og engasjement i behandlingsforløpet. Det erfares at pasienter kan oppnå symptomlindring og økt livskvalitet gjennom et støttende og tillitsfullt samspill i behandlingsforløpet. Mer forskning og tydeligere retningslinjer kan gi bedre forståelse for mekanismene bak tilstanden, og bidra til mer virkningsfulle behandlinger for pasientgruppen.

## 7.0 Referanseliste

- Aili, K., Andersson, M., Bremander, A., Haglund, E., Larsson, I., & Bergman, S. (2018). Sleep problems and fatigue as predictors for the onset of chronic widespread pain over a 5- and 18-year perspective. *BMC Musculoskeletal Disorders*, *19*(1), 390. <https://doi.org/10.1186/s12891-018-2310-5>
- Album, D., Johannessen, L. E. F., & Rasmussen, E. B. (2017). Stability and change in disease prestige: A comparative analysis of three surveys spanning a quarter of a century. *Social Science & Medicine*, *180*, 45–51. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.03.020>
- Ashe, S. C., Furness, P. J., Taylor, S. J., Haywood-Small, S., & Lawson, K. (2017). A qualitative exploration of the experiences of living with and being treated for fibromyalgia. *Health Psychology Open*, *4*(2). <https://doi.org/10.1177/2055102917724336>
- Bandura, A. (1977). *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change*. Psychological Review.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall.
- Berwick, R., Barker, C., & Goebel, A. (2022). The diagnosis of fibromyalgia syndrome. *Clinical Medicine*, *22*(6), 570–574. <https://doi.org/10.7861/clinmed.2022-0402>
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, *10*(4), 287–287. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>
- Briones-Vozmediano, E. (2017). The social construction of fibromyalgia as a health problem from the perspective of policies, professionals, and patients. *Global Health Action*, *10*(1), 1275191. <https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1275191>

- Bunkan, B. H., & Schultz, C. M. (2009). *Medisinsk massasje* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports, 100*(2), 126–131.
- Colloca, L., Lopiano, L., Lanotte, M., & Benedetti, F. (2004). Overt versus covert treatment for pain, anxiety, and Parkinson's disease. *The Lancet Neurology, 3*(11), 679–684. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(04\)00908-1](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(04)00908-1)
- Dailey, D. L., Keffala, V. J., & Sluka, K. A. (2015). Do cognitive and physical fatigue tasks enhance pain, cognitive fatigue, and physical fatigue in people with fibromyalgia? *Arthritis Care & Research, 67*(2), 288–296. <https://doi.org/10.1002/acr.22417>
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk.
- Damsgard, E., Thrane, G., Anke, A., Fors, T., & Røe, C. (2010). Activity-related pain in patients with chronic musculoskeletal disorders. *Disability and Rehabilitation, 32*(17), 1428–1437. <https://doi.org/10.3109/09638280903567877>
- De la Corte-Rodriguez, H., Roman-Belmonte, J. M., Resino-Luis, C., Madrid-Gonzalez, J., & Rodriguez-Merchan, E. C. (2024). The Role of Physical Exercise in Chronic Musculoskeletal Pain: Best Medicine-A Narrative Review. *Healthcare, 12*(2), 242. <https://doi.org/10.3390/healthcare12020242>
- Ghio, G. A., Jaen Manzanera, A., Torguet Carbonell, J., Donoso Isla, C. I., Falcón Marchena, A. J., & Martínez Pardo, S. (2024). Health personnel perception about central sensitivity syndrome-fibromyalgia patients. *Reumatologia Clinica, 20*(2), 73–79. <https://doi.org/10.1016/j.reumae.2024.01.004>
- Harte, S. E., Harris, R. E., & Clauw, D. J. (2018). The neurobiology of central sensitization. *Journal of Applied Biobehavioral Research, 23*(2). <https://doi.org/10.1111/jabr.12137>

- Hoftun, G. B., Romundstad, P. R., & Rygg, M. (2012). Factors associated with adolescent chronic non-specific pain, chronic multisite pain, and chronic pain with high disability: The Young-HUNT Study 2008. *The Journal of Pain, 13*(9), 874–883.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.06.001>
- Izquierdo-Alventosa, R., Inglés, M., Cortés-Amador, S., Gimeno-Mallench, L., Chirivella-Garrido, J., Kropotov, J., & Serra-Añó, P. (2020). Low-Intensity Physical Exercise Improves Pain Catastrophizing and Other Psychological and Physical Aspects in Women with Fibromyalgia: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(10).  
<https://doi.org/10.3390/ijerph17103634>
- Kang, J.-H., Choi, S.-E., Park, D.-J., & Lee, S.-S. (2022). Disentangling Diagnosis and Management of Fibromyalgia. *Journal of Rheumatic Diseases, 29*(1), 4–13.  
<https://doi.org/10.4078/jrd.2022.29.1.4>
- Kocyigit, B. F., & Akyol, A. (2022). Fibromyalgia syndrome: Epidemiology, diagnosis and treatment. *Reumatologia, 60*(6), 413–421. <https://doi.org/10.5114/reum.2022.123671>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Lavand'homme, P. (2011). The progression from acute to chronic pain. *Current Opinion in Anesthesiology, 24*(5), 545. <https://doi.org/10.1097/ACO.0b013e32834a4f74>
- Lavín-Pérez, A. M., Collado-Mateo, D., Gil Arias, A., Gutiérrez, L., Écija, C., Catalá, P., & Peñacoba, C. (2023). The Role of Self-Efficacy and Activity Patterns in the Physical Activity Levels of Women with Fibromyalgia. *Biology, 12*(1).  
<https://doi.org/10.3390/biology12010085>
- Macfarlane, G. J., Kronisch, C., Dean, L. E., Atzeni, F., Häuser, W., Fluß, E., Choy, E., Kosek, E., Amris, K., Branco, J., Dincer, F., Leino-Arjas, P., Longley, K., McCarthy, G. M.,

- Makri, S., Perrot, S., Sarzi-Puttini, P., Taylor, A., & Jones, G. T. (2017). EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 76(2), 318–328. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-209724>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.). Universitetsforlaget.
- Manger, T., & Wormnes, B. (2015). *Motivasjon og mestring: Utvikling av egne og andres ressurser* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Martinez, J. E., & Guimarães, I. (2024). Fibromyalgia—Are there any new approaches? *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2024.101933>
- Moseley, L. (2003). Unraveling the barriers to reconceptualization of the problem in chronic pain: The actual and perceived ability of patients and health professionals to understand the neurophysiology. *The Journal of Pain*, 4(4), 184–189. [https://doi.org/10.1016/S1526-5900\(03\)00488-7](https://doi.org/10.1016/S1526-5900(03)00488-7)
- Musumeci, G. (2015). Effects of exercise on physical limitations and fatigue in rheumatic diseases. *World Journal of Orthopedics*, 6(10), 762–769. <https://doi.org/10.5312/wjo.v6.i10.762>
- Nijs, J., George, S. Z., Clauw, D. J., Fernández-de-las-Peñas, C., Kosek, E., Ickmans, K., Fernández-Carnero, J., Polli, A., Kapreli, E., Huysmans, E., Cuesta-Vargas, A. I., Mani, R., Lundberg, M., Leysen, L., Rice, D., Sterling, M., & Curatolo, M. (2021). Central sensitisation in chronic pain conditions: Latest discoveries and their potential for precision medicine. *The Lancet Rheumatology*, 3(5). [https://doi.org/10.1016/S2665-9913\(21\)00032-1](https://doi.org/10.1016/S2665-9913(21)00032-1)

- Oliver, K., & Cronan, T. (2002). Predictors of exercise behaviors among fibromyalgia patients. *Preventive Medicine, 35*(4), 383–389.  
<https://doi.org/10.1006/pmed.2002.1084>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X.-J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: Concepts, challenges, and compromises. *PAIN, 161*(9). <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Royal College of Physicians. (2022, mars 17). *The diagnosis of fibromyalgia syndrome*. RCP London. <https://www.rcplondon.ac.uk/guidelines-policy/diagnosis-fibromyalgia-syndrome>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*.
- Sarzi-Puttini, P., Giorgi, V., Marotto, D., & Atzeni, F. (2020). Fibromyalgia: An update on clinical characteristics, aetiopathogenesis and treatment. *Nature Reviews Rheumatology, 16*(11), 645–660. <https://doi.org/10.1038/s41584-020-00506-w>
- Sluka, K. A., Law, L. F., & Bement, M. H. (2018). Exercise-induced pain and analgesia? Underlying mechanisms and clinical translation. *Pain, 159*.  
<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001235>
- Staud, R., Robinson, M. E., & Price, D. D. (2005). Isometric exercise has opposite effects on central pain mechanisms in fibromyalgia patients compared to normal controls. *Pain, 118*(1–2), 176–184. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2005.08.007>



Steingrimsdottir, O. A., Nielsen, C. S., Odsbu, I., Skurtveit, S. O., & Handal, M. (2023, mars 14). *Langvarig smerte*. Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/smerte/>

Van Liew, C., Brown, K. C., Cronan, T. A., Bigatti, S. M., & Kothari, D. J. (2013). Predictors of pain and functioning over time in fibromyalgia syndrome: An autoregressive path analysis. *American College of Rheumatology*, 65(2), 251–256.

<https://doi.org/10.1002/acr.21792>

## Vedlegg

### Vedlegg 1: Informert samtykke

#### Vil du delta i bachelorprosjektet

#### «Bærekraftig behandling av fibromyalgi: En kvalitativ studie om fysioterapeuters erfaringer»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke fysioterapeuters erfaringer med fibromyalgipasienter. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### Formål

Formålet med prosjektet er å undersøke fysioterapeuters rolle i møte med fibromyalgipasienter, og hvordan de møter kompleksiteten ved denne pasientgruppen. Vi ønsker å undersøke dette i lys av følgende problemstilling:

*«Hvordan kan fysioterapeuter tilnærme seg pasienter med fibromyalgi for å fremme bedring og motivasjon for varig endring?»*

Dette prosjektet vil utgjøre bacheloroppgave i fysioterapi.

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

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

Høgskulen på Vestlandet er ansvarlig for prosjektet.

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

Du spørres om å delta i prosjektet fordi du er fysioterapeut og har erfaring med pasienter med fibromyalgi/langvarige smerter.

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

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at jeg/vi vil gjennomføre et intervju med deg. Det er utarbeidet en intervjuguide som omhandler spørsmål om dine erfaringer med å tilpasse den fysioterapeutiske behandlingen i møte med fibromyalgipasienter. Det vil ta deg ca 30-60 min å delta. 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 skrevet. 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 (senest ved utgangen av august 2024).

### **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 Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Dine rettigheter**

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

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

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

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

- Bachelorstudent: (navn, e-post, mobil)
- Veileder: (navn, e-post, mobil)
- Høgskulen på Vestlandet ved prosjektansvarlig førsteamanuensis Mona K. Aaslund, [mokra@hvl.no](mailto:mokra@hvl.no)
- Vårt personvernombud: Trine Anniken Larsen, [personvernombudet@hvl.no](mailto:personvernombudet@hvl.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via: · Epost: [personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no) eller telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen

Veileder  
(Veileder og lærer ved fysioterapeututdanningen)

Student  
(Studenter)

---

## **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Hånd i hånd mot bedring: Fysioterapeutens rolle i møte med fibromyalgipasienter – en kvalitativ studie», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

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

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 2: Intervjuguide

Vi vil med denne studien prøve å finne ut av hvilken rolle fysioterapeuter spiller i behandlingen av pasienter med langvarig smerte, slik som fibromyalgi. Vi undersøker hvordan fysioterapeuten møter kompleksiteten ved fibromyalgi og samtidig ivaretar motivasjonen til pasienten gjennom behandlingsforløpet.

Vi setter stor pris på at du er villig til å delta i vår bacheloroppgave, og at du setter av tid!

### **Innledende spørsmål om bakgrunn**

- Kan du kort fortelle om din egen utdanningsbakgrunn, eventuell spesialisering?
- Hvilke pasientgrupper jobber du mest med, og hvor mange vil du anta er personer med langvarig smerte/fibromyalgi?
- Hvordan forstår du fibromyalgi?

### **Tema: Erfaringer med behandling av pasienter med fibromyalgi**

- Hva mener du er fysioterapeutens rolle i møte med denne pasientgruppen?
- Hvordan går du frem i behandlingen av pasienter med fibromyalgi?
  - Hvilke behandlingstilnærminger bruker du? (aerob trening, styrketrening, manuelle teknikker...)
  - Behandlingsforløp (dosering, gruppetrening/egentrening, oppfølging, lengde på forløpet)
  - Kan du begrunne valgene dine?
  - Hva legger du vekt på i kommunikasjonen med pasienter med fibromyalgi?  
Hvor viktig er samtale i behandlingen?
- Hva opplever du at har en positiv virkning på pasientene?
- Hva er målsetningen for behandlingen?

### **Tema: Kompleksitet og smerte**

- Hvilke behandlingsmetoder gir smertelette etter dine erfaringer? Hvordan varierer dette fra pasient til pasient?
  - Opplever pasientene varig bedring? Hvordan?
- Hva tror du er de viktigste faktorene som påvirker pasientens symptomer, både positivt og negativt?
- Hva tenker du om supplerende behandling av fibromyalgi?

**Tema: Motivasjon**

- Hvilke forventninger opplever du at pasientene har til fysioterapi?
- Hvordan går du frem for å motivere pasienter med langvarig smerte gjennom behandlingsforløpet?
  - Dersom pasienten virker nedstemt/fortvilet over egen situasjon
  - Dersom pasienten viser tendenser til unngåelsesatferd
  - På hvilke måter inkluderer du pasientens ønsker i behandlingsforløpet?

**Har du noe mer å tilføye som ikke har blitt dekket gjennom dette intervjuet?**