

**“Erkjenne for å kunne endre”
- pasienters erfaringer med endringsprosesser i
fysioterapibehandling for langvarige muskelskjelettplager**

MANT 395: Masteroppgave i manuellterapi

Anders Eltvik Henriksen



Klinisk masterstudium i manuellterapi for fysioterapeuter

Institutt for global helse og samfunnsmedisin

2020

Antall ord: 12.341

Forord

Mastergradsstudiet i manuellterapi nærmer seg slutten. Det har vært to lærerike og fine sabbatsår, med både knallhard jobbing og tid til refleksjon. Årene har også vært preget av familieførøkelse og covid-19, med de utfordringer det har bydd på.

Jeg vil først takke informantene som har bidratt til studien med sine erfaringer og refleksjoner. Dere er selve essensen av oppgaven. Samtidig vil jeg også takke manuellterapeutene som hjalp til i rekrutteringsprosessen.

Deretter vil jeg rette en stor takk til min veileder, professor Målfrid Råheim, som har vist stort engasjement og utrettelig veiledervilje gjennom hele prosjektet. Takk for detaljrike og utdypende diskusjoner omkring formuleringer, innhold, design og skippertaksteknikk gjennom oppgaveprosessen.

Takk til Gustav Bjørke og Øyvind Erås for verdifull diskusjon og nyttige innspill både når det gjaldt tolkning av deres modell, aktuell teori, og generell idémyldring, både i forkant av og underveis i prosjektet.

En økonomisk takk til fond for etter- og videreutdanning av fysioterapeuter som har bidratt til å gjøre studielivet økonomisk forsvarlig og gjennomførbart.

Tusen takk til familien som har bidratt med barnevakt, logistikk og oppmuntring underveis.

En spesielt stor takk til min kone Mette som har vært døgntilgjengelig for diskusjon (og metode), korrekturlesing, barnepass og kaffeslaperas gjennom disse to årene. Jeg hadde ikke klart det uten deg!

Anders Eltvik Henriksen

Nittedal, 5. november 2020

Sammendrag

Bakgrunn og hensikt: Langvarige muskelskjelettplager er forbundet med komplekse årsaksforhold, og det anbefales at man benytter multimodale behandlingstilnærminger basert på en biopsykososial forståelse i behandlingen av disse. Hensikten med studien er å undersøke hva pasienter har erfart som betydningsfullt når de har oppnådd bedring gjennom en slik fysioterapibehandling.

Metode: Studien skriver seg inn i en fortolkende og pragmatisk tradisjon. Datamaterialet er hentet fra semistrukturerte intervjuer med fem pasienter som har gått eller går til behandling for langvarige muskelskjelettplager. Intervjumaterialet ble analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering, en stegvis og tverrgående, tematisk innholdsanalyse.

Resultat: Pasientenes erfaringer med hva som var betydningsfullt for endring ble presentert i fire resultat kategorier: a) Å være moden for endring; b) Etablering av tillit og kommunikasjonskarakter; c) Endre forståelse av tankemønstre; og d) Veiledet eksponering.

Konklusjon: Sentrale funn er endret forståelse av plagene; re-etablering av aktivitet og vaner; økt oppmerksomhet på balanse mellom innsats og hvile; å utfordre grenser eller bremse opp; samt tillit til behandler. Funnene har paralleller til tidligere, relevante studier som omhandler pasienter med langvarige muskelskjelettplager, noe som styrker en mulig overførbarhet til lignende sammenhenger.

Nøkkelord: Fysioterapi, manuellterapi, langvarige muskelskjelettplager, biopsykososial modell, terapeutisk allianse, rekonseptualisering, uhensiktsmessige tankemønstre.

Abstract

Background and aims: Persistent musculoskeletal pain is associated with complex causations, and a multifaceted treatment intervention based on a biopsychosocial understanding, is recommended. The objective of this study is to investigate what patients experience as significant changes when they have improved through physiotherapy treatment of this kind.

Methods: The study was based on an interpretive and pragmatic tradition. The data is extracted through semi-structured interviews with five patients during or after termination of their treatment for long-term musculoskeletal pain. The interview material was analysed through systematic text condensation, a step-by-step, cross-case, thematic content analysis.

Results: The experiences of the patients that was deemed meaningful was categorized in four categories of results: a) To be ready for change; b) the establishing of trust and communication characteristics; c) changing the meaning of thought patterns; d) exposure under guidance.

Conclusion: The main findings are changed understanding of ones pain; re-establishing activity and habits; increased attention to balancing activity and rest; challenging limits or slowing down; and trusting the therapist. There are parallels between these findings and previous, relevant studies on patients with long-term musculoskeletal pain, which makes the transferability to similar contexts plausible.

Keywords: Physiotherapy, manual therapy, chronic/long-term musculoskeletal pain, biopsychosocial model, therapeutic alliance, reconseptualisation, distorted thinking patterns.

Innholdsfortegnelse

1. Introduksjon	7
1.1 Bakgrunn og generelt om emnet	7
1.2 Hensikt og problemstilling	8
1.2.1 Oppgavens hensikt	8
1.2.2 Problemstilling	8
1.3 Egen bakgrunn	8
2. Teoretisk grunnlag og tidligere forskning	9
2.1 Den biopsykososiale modellen i forståelsen av sykdom og helseplager	9
2.2 Langvarige muskelskjelettplager - om sammensatte årsaksforhold	9
2.3 Hvordan behandler man langvarige muskelskjelettplager?	11
2.4 Bjørke-Erås-modellen	12
2.4.1 Likhetstrekk med andre behandlingsmodeller innen fysioterapi	13
3. Metode	13
3.1 Metodologisk forankring og valg av metode	13
3.1.1 Forforståelse og metodologisk forankring	13
3.1.2 Valg av forskningsdesign og metode	14
3.2 Utvalg	15
3.2.1 Inklusjonskriterier	16
3.2.2 Rekruttering	17
3.2.3 Beskrivelse av utvalget	17
3.3 Datainnsamling	18
3.3.1 Intervjuguide	18
3.3.2 Gjennomføring av intervjuene	19
3.3.3 Transkribering	20
3.4 Analyse av data	21
3.4.1 Helhetsinntrykket	22
3.4.2 Identifisere meningsbærende enheter	22
3.4.3 Kondensering	23
3.4.4 Rekontekstualisering og endelige resultat kategorier	25
3.5 Etske hensyn	25
4. Resultater: Deltakernes erfaringer og tanker fra behandlingen	26

4.1 Å være moden for endring - en utviklingsprosess gjennom tidligere møter med helsevesenet.....	26
4.2 Møte med nåværende behandler: Kommunikasjonskarakter og etablering av tillit.....	28
4.3 Fra uhensiktsmessige tankemønstre til ny forståelse - å endre tolkning og antagelser. .	30
5. Diskusjon.....	34
5.1 Hva er hva - en utvidet forståelse av langvarige muskelskjelettplager.....	35
5.2 Tidligere møter med helsevesenet - modning gjennom mangel på bedring ved tidligere behandling.....	36
5.3 Møte med nåværende behandler: Terapeutisk allianse og tillit.....	37
5.4 Fra uhensiktsmessige tankemønstre til ny forståelse - å endre tolkning og antagelser. .	38
5.5 Veiledet eksponering - å utfordre sin frykt.....	40
5.6 Validitet, overførbarhet og forskerens rolle.....	42
5.6.1 Validitet og overførbarhet.....	42
5.5.2 Refleksjoner rundt forskerens rolle.....	44
6. Konklusjon.....	45
Referanser.....	46
Vedlegg.....	

1. Introduksjon

Denne oppgaven handler om pasienters erfaring med behandling for langvarige muskelskjelettplager etter en modell basert på en biopsykososial forståelse.

1.1 Bakgrunn og generelt om emnet

Muskelskjelettplager er vanlig i den norske befolkningen, og 75-80% opplever plager i løpet av en måned. Mange av disse er lette plager uten behov for behandling (Ihlebaek et al. 2007, s 82). Samtidig rapporterer Folkehelseinstituttet at 30% av nordmenn går med langvarige smerter, noe som påvirker både livskvalitet og arbeidsfunksjon (Katz 2002, Nielsen 2018). Langvarige muskelskjelettplager er forbundet med komplekse årsaksforhold, og det er ikke forskningsmessige belegg for at en gitt behandlingstilnærming gir best resultat. Imidlertid er multimodale behandlingstilnærminger basert på en biopsykososial forståelse av disse helseplagene, anbefalt (Aaron et al. 2003, Bergman 2007, Beltran-Alacreu et al. 2015).

Bjørke-Erås-modellen er et “rammeverk” for behandling som bygger på en biopsykososial forståelse, og er utviklet til bruk i behandling av pasienter med langvarige smerter eller symptomer i muskelskjelettapparatet. Det er foreløpig ikke gjort effektstudier eller annen forskning på denne spesifikke behandlingsmodellen, men det er min erfaring at terapeuter som har implementert modellen i sin behandling gir den gode skussmål. Det hevdes at bruken av behandlingsmodellen ikke er rent diagnoseavhengig. Samtidig retter den seg primært mot pasienter med langvarige smerter eller symptomer i muskelskjelettapparatet, og er utviklet og anvendt i en fysioterapikontekst. Modellen tar blant annet for seg kartlegging av pasientens stressbelastning og potensielle drivere til plagene, pasientens forståelse av plagene, og det å finne en individuell løsning i form av terapeutiske tiltak, tilpasset aktivitet og eventuelle livsstilsendringer (Bjørke 2018). Disse prinsippene er sentrale også i andre behandlingsmodeller med et biopsykososialt utgangspunkt (Arroll 2013, Booth et al. 2017, Vibe Fersum et al. 2019).

Denne masteroppgaven er ingen “effektstudie”¹ i tradisjonell forstand. Den tar utgangspunkt i pasienter med langvarige muskelskjelettplager som er eller har vært til behandling, der

1 Ordet effektstudie er som oftest forbundet med klinisk kontrollerte forsøk.

Bjørke-Erås-modellen er/har vært utgangspunktet for behandlingstilnærmingen. Denne studien utforsker hva som kjennetegner behandlingsprosesser til noen av disse pasientene, slik de har erfart det.

1.2 Hensikt og problemstilling

1.2.1 Oppgavens hensikt

Hensikten med studien er å forstå hvordan pasienter erfarer og gir mening til positive endringer de har oppnådd i behandling for langvarige smerter og andre symptomer i muskelskjelettapparatet. Å se etter hva pasientene vektlegger som betydningsfullt for å oppnå disse endringene hører med. I denne sammenheng gjelder det erfaringer med behandling etter Bjørke-Erås-modellen.

1.2.2 Problemstilling

Hva beskriver pasienter som går i/har gått i fysioterapibehandling for langvarige muskelskjelettplager som betydningsfullt for bedring i behandlingsprosessen? Hva handler de positive endringene om slik de har erfart det?

1.3 Egen bakgrunn

Jeg har jobbet som fysioterapeut i privat praksis siden jeg fullførte turnustjenesten i 2009, og har spedd på kunnskapen med en bachelor i osteopati, og nå en master i manuellterapi. Fortsatt undres jeg daglig over pasientene som er sensitiviserte, engstelige for å bevege seg, og har gått med plager i årevis. Bakgrunnen for temavalget i oppgaven var altså å tilegne meg dypere innsikt i hva pasientene erfarer når de er til behandling hvor det brukes biopsykososiale behandlingsprinsipper.

2. Teoretisk grunnlag og tidligere forskning

I dette kapittelet blir det gitt en introduksjon til den biopsykososiale modellen, hva som kjennetegner og disponerer for langvarige muskelskjelettplager, og hvilke prinsipper man legger til grunn i behandlingen av disse.

2.1 Den biopsykososiale modellen i forståelsen av sykdom og helseplager

Den biopsykososiale modellen for sykdom og helseplager ble i sin tid lansert som en kritikk av den biomedisinske modellen med sitt ensidige fokus på det fysiske og biologiske. For å kunne kartlegge årsaksforhold bak menneskers sykdom og plager, må både mennesket og dets livsforhold tas med i forståelsen av sykdom og dens konsekvenser (Engel 1977). I følge Borell-Carrio et al. (2004) kan den biopsykososiale modellen deles i to aspekter. Det filosofiske aspektet handler om hvordan man kan forstå sykdom på forskjellige nivåer; fra et samfunnsperspektiv og ned på et molekylært nivå. Det praktiske aspektet handler om hvordan forståelse for pasientens liv og egenerfaring gjør en bedre i stand til å vurdere hva som er rett behandling for nettopp dette mennesket.

Til tross for at den biopsykososiale modellen ble introdusert for over 40 år siden (Engel, 1977), er det fortsatt mange fysioterapeuter som vegrer seg for å adressere emosjonelle, kognitive og sosiale faktorer i sitt virke (Synnott et al. 2015). Modellen ble kritisert da den i utgangspunktet manglet en metodebeskrivelse for hvordan man implementerte prinsippene i en klinisk setting (Smith et al. 2013). I en videreutvikling av modellen er dog føringer for det kliniske arbeidet tematisert (Borrell-Carrió et al. 2004), og som beskrevet nedenfor har flere behandlingstilnærminger innen fysioterapi forsøkt å ta den biopsykososiale modellen inn i klinisk praksis. I psykomotorisk fysioterapi står sammenhenger mellom helseplager og livsbelastning også sentralt.

2.2 Langvarige muskelskjelettplager - om sammensatte årsaksforhold

International Association for the Study of Pain (IASP) definerer langvarige eller kroniske muskelskjelettplager som plager eller smerter med varighet over tre måneder, assosiert med nedsatt funksjon og/eller engstelse, uten annen patologi som årsak. Det har blitt mer anerkjent at langvarige muskelskjelettplager er en form for sykdom i seg selv, som alltid vil påvirkes av

fysiologiske, psykologiske og sosiale faktorer (Nicholas et al. 2019). Man snakker gjerne om smerter eller andre symptomer som vedvarer lenger enn normal tilhelingstid, og i mange tilfeller kan øke i intensitet eller utbredelse. Linton (2018) forteller at vi fortsatt ikke vet hvorfor noen mennesker utvikler kronisk smerte og andre ikke, men at psykologiske prosesser som angst, depresjon, smerteassosiert frykt og andre fastlåste tanke- og reaksjonsmønstre kan gjøre oss mer disponerte. Genetikk, høy allostatisk belastning og søvnproblemer kan også påvirke langvarige muskelskjelettplager (McEwen et al. 1993, Vibe Fersum 2019).

Smerte er i utgangspunktet en hensiktsmessig mekanisme som skal beskytte oss mot vevsskade eller død. Graden av smerteopplevelse trenger imidlertid ikke å korrelere med graden av faktisk eller potensiell vevsskade, og påvirkes blant annet av kontekst, tolkning av situasjonen og stress (Linton et al. 2018). Et eksempel på kontekstuelle faktorer er soldater i krig som ikke merker skadene sine (Dar et al. 1995). I en akuttsituasjon hvor opprettholdelse av livet er viktigst, gir det mening at overlevelsesinstinkter slår inn og overskygger nociseptive signaler fra "mindre" skader som skuddsår eller overtråkk (Sapolsky 2004). I kontrollerte, kliniske forsøk ser man at forståelse av smertene og mestring av situasjonen, kan dempe smerteopplevelsen (van der Meulen et al. 2017, Adamczyk et al. 2020). I motsatt retning kan negative assosiasjoner eller bare det å snakke om "den ødelagte ryggen" føre til økt aktivitet i smerterelaterte, cerebrale nettverk (Kelly et al. 2007, Moseley et al. 2017).

Stress kan bidra til individets smerter på flere måter. Akutt stress kan altså være livreddende, mens langvarig stress kan virke negativt inn på organismen (Sapolsky 2004). Det kan blant annet føre til aterosklerose, tretthet, immunsuppresjon, og/eller smerter (McEwen 2005). Det er mye kunnskap om og teorier utviklet med tanke på betydninger av stress, mestring og sykdomsutvikling. Blant annet pekes det på at kroppen forsøker å opprettholde en form for balanse i vårt indre og ytre miljø, en stabilitet gjennom endring som kalles "allostase". Summen av stressorer i livene våre danner det som kalles "den allostatisk belastningen" (Schulkin et al. 2019).

2.3 Hvordan behandler man langvarige muskelskjelettplager?

Det er økende evidens for at langvarige muskelskjelettplager krever en biopsykososial tilnærming. Det holder ikke lenger å behandle kun den vonde kroppsdelene eller trene opp multifidusmuskulaturen. Man må adressere livsstil, kognitive faktorer som katastrofetanker, angst eller depresjon, og kontekstuelle faktorer, som sosial støtte, sosioøkonomi eller kulturelle forhold som kan ha betydning (Moseley et al. 2015, Booth 2017). Viktigheten av de forskjellige “driverne” for utvikling og opprettholdelse av muskelskjelettplager er individuelle, noe som krever en grundig kartlegging i et samarbeid mellom pasient og behandler. Den kliniske samtalen blir følgelig ekstra viktig. Samtidig kan spørreskjemaer som Ørebro-10 være relevante for å avdekke angst og depresjon, noe (allmennfaglige) fysioterapeuter kan ha utfordringer med (Beales et al. 2016). Behandlingen bør videre adressere de aspektene man antar har mest betydning for pasientens plager og funksjon, gjennom en biopsykososial tilnærming. Eksempler på dette er Kognitiv funksjonell terapi (Vibe Fersum 2019) eller Psykomotorisk fysioterapi (Øien et al. 2009).

Fysisk aktivitet i seg selv kan ha positiv effekt på smerte og funksjon (Geneen et al. 2017), men endringene man oppnår i styrke og utholdenhet har også vist seg å ikke korrelere med endret smerte (Steiger et al. 2012). Eksponeringstrening ser ut til å påvirke smerteopplevelsen (reduere smerten) i større grad, noe som kan henge sammen med at bevegelsesfrykt og kognitive faktorer adresseres spesifikt - noe en ikke gjør i vanlig trening (George et al. 2010). Som en lavterskelintervensjon kan likevel gåing (Jeong et al. 2017) og belastningsjustering (Antcliff et al. 2018) ha effekt på langvarige muskelskjelettplager, men man bør fortsatt adressere psykososiale aspekter (Linton 2018). For fibromyalgipasienter er det også vist at tilpasset trening av moderat intensitet reduserer smerte og bedrer fysisk funksjon mer enn høyintensiv trening (Rain et al. 2015).

Innen psykoterapi ser man at mellommenneskelige egenskaper og terapeutisk allianse kan være viktigere enn selve behandlingsteknikkene man bruker, noe som sannsynligvis er overførbart til en fysioterapikontekst hvor man adresserer både kroppslige og psykososiale aspekter (Lambert et al. 2001). Pasienter som har positive forventninger til en behandling, kan oppnå både sterkere terapeutisk allianse og bedre behandlingseffekt (Connolly Gibbons et al. 2003).

2.4 Bjørke-Erås-modellen

Bjørke-Erås-modellen (Bjørke 2018) er et eksempel på hvordan man forstår muskelskjelettplager i et biopsykososialt perspektiv, og hvordan man legger opp en behandling ut fra et slikt perspektiv. I modellen er begrepet allostatisk belastning (se ovenfor) viktig, og Bjørke-Erås deler her opp i informasjon fra *kroppen*, *omgivelsene*, *tanker* og *følelser* (se Vedlegg 1). Alle disse forholdene utforskes i møte med pasienten. Informasjon fra *kroppen* kan være pollenallergi, laktoseintoleranse, eller søvnproblemer. Stressorer i *omgivelsene* kan være om arbeidsbelastning på jobb, konflikt med samboeren, eller overdreven trening. *Tanker* som spiller inn kan være individets tolkning av et verkende kne eller hodepine, mens basale *følelser* en ser etter kan være frykt (knyttet til smerte), eller sinne (over sjefens hersketeknikk) (Bjørke, 2018). Mengden av og styrken på stressorene er av betydning for den allostatiske belastningen (Hannibal et al. 2014), og dette har man altså et blikk for. Samtidig kan genetik og epigenetik ha betydning for hvordan man takler stresset (McEwen 2016). For noen kan for eksempel en senebetennelse eller hjernerystelse være dråpen som får begeret til å renne over i en allerede stressfull hverdag, og føre til både langvarige smerter og redusert kapasitet for allostatisk belastning (Hannibal 2014, Linton 2018). Modellen forholder seg til disse hovedprinsippene i behandlingen (Bjørke 2018): a) Forståelsen av smertene/plagene, altså å endre hvordan man tolker sine smerter og symptomer, b) Balansere input, som kan dreie seg om å jobbe mindre, eller finne en balanse mellom trening og hvile, c) Øke toleransen for input gjennom å være passe fysisk og sosialt aktiv, sørge for god søvnkvalitet, og adressere fastlåste tankemønstre. For én pasient kan behandlingen være fokusert på å finne tilbake til trygghet i bruk av en vond skulder, mens for en annen kan det dreie seg om å redusere stressfaktorer i livet og begynne med daglige gåturer.

2.4.1 Likhetsstrekk med andre behandlingsmodeller innen fysioterapi

Lignende forståelse og klinisk tilnærming som i Bjørke-Erås-modellen ser man innen Kognitiv funksjonell terapi (KFT) for langvarige korsryggsmerter, som også har en biopsykososial tilnærming. Behandlingsprinsipper i KFT kan oppsummeres slik: a) Å gi

mening til smertene/plagene, b) Adressere bevegelsesstrategier og gradert eksponering, c) Implementere livsstilsendringer som fysisk trening, søvnhygiene og balansering av stressfaktorer (Vibe Fersum 2019). Her legges det altså vekt på både kroppslige funn, adressering av tankemønstre inspirert av kognitiv terapi, og livsstilsendring. En annen behandlingstilnærming er psykomotorisk fysioterapi, der undersøkelse og behandling av kroppslige spenningsmønstre og reaksjoner står sentralt, i tillegg til å se etter og jobbe med forståelse av sammenhenger mellom livsbelastning og helseplager (Øien 2010). Diagnoser med psykologiske komponenter har dog fortsatt lav status hos helsepersonell generelt, med “fysiske” diagnoser som hjerteinfarkt og hjerneslag høyest i hierarkiet (Johannessen et al. 2020).

3. Metode

Dette kapittelet vil først forankre oppgaven i en fortolkende tradisjon og valg av metode for å få svar på problemstillingene. Deretter beskrives rekrutteringen, intervjupersonene og analyseprosessen.

3.1 Metodologisk forankring og valg av metode

3.1.1 Forforståelse og metodologisk forankring

Opgaven skriver seg inn i en fortolkende og pragmatisk tradisjon (Malterud 2013). Dette er knyttet til den hermeneutiske tradisjonen, som handler om hva forståelse og fortolkning dreier seg om, og deres vilkår. Det handler også om hvordan gå frem for å oppnå gyldige tolkninger av tekst og tale i forskning (Thornquist 2018, s 167). I den sammenheng er forskerens posisjon, forforståelse og åpenhet sentralt. Ny forståelse av det som studeres krever at forforståelse settes på prøve i møte med andres erfaring og det en studerer (Malterud 2013, Kvale 2015). Som forsker ville jeg forsøke å beskrive hvordan pasientene selv erfarte og tolket sin endringsprosess gjennom et behandlingsforløp, og hvordan dagliglivet deres ble preget i denne sammenheng. Jeg ønsket videre å fordype forståelsen av hva deltakerne fortalte om via tolkning ved hjelp av relevante, teoretiske perspektiver. At studien skriver seg inn i en pragmatisk tradisjon, betyr først og fremst at den er styrt av

forskningsspørsmål som vurderes nyttige for klinisk praksis (Malterud 2013), her innen manuellterapi.

Kvale (2015, s. 45) forteller om hvordan forskeren bør forsøke å innta en åpen og beskrivende posisjon, men samtidig uvergelig blir farget av teorigrunnlaget som er valgt, og sin egen forforståelse. Som fysioterapeut og student i manuellterapi var jeg i forkant av studien belastet og beriket med en forforståelse knyttet til behandlingstilnærmingen pasientene hadde erfaring fra, og hva jeg ville avdekke av funn. Det kunne være en fare for å se etter kun bedring og positive erfaringer i informantenes fortellinger. Derfor var det viktig å bli bevisst hvordan min bakgrunn farget problemstilling og intervjuguide, slik at jeg gjennom egenrefleksjon og diskusjon med veileder og medstudenter, kunne utvide min horisont og stille med et så åpent sinn som mulig. Dette kommer jeg tilbake til i metodediskusjonen.

En ny forståelse krever en aktiv og vedvarende bevissthet omkring sin egen forforståelse, og et åpent sinn i møte med informanten og dennes erfaringsgrunnlag. Målet er at ny forståelse av det en studerer skal oppstå i møtet med andres erfaringsverden. Dette vil føre til endringer i ens egen forforståelse, og slik veksler man fram og tilbake i denne *hermeneutiske spiralen*, som er et sentralt begrep innenfor hermeneutikken (Thornquist 2018, s 171). Et annet eksempel på den hermeneutiske spiral er hvordan man må forstå delkomponentene av en tekst opp mot helheten – og motsatt. Dette er relevant når man analyserer hele intervjutekster i samspill med isolerte tekstbiter (Johansson 2016), noe som er en del av analysen i denne studien og utdypes under analyseavsnittet.

3.1.2 Valg av forskningsdesign og metode

Malterud skriver at man ikke skal bestemme seg for metode i forkant av en studie, men derimot velge metode etter egnethet til det man ønsker å forske på (Malterud 2013 s. 29). Med utgangspunkt i problemstillinger knyttet til utforsking av pasienters erfaringsverden, er en kvalitativ forskningstilnærming godt egnet. Kvalitative metoder brukes gjerne for å finne ut mer om nettopp kvalitet – “*tings måte å være på*” (Gundersen 2018) - for eksempel kvaliteter ved menneskers erfaringsverden.

Jeg ønsket å tilegne meg dypere kunnskap om erfaringer med behandlingstilnærmingen etter Bjørke-Erås-modellen fra pasienters ståsted, og det ble tidlig klart for meg at kvalitative intervjuer var veien å gå. Denne typen intervjuer gir rom for at det kan dukke opp informasjon som kanskje er ny og overraskende for forskeren (Tjora 2018, s 114). Jeg håpet at intervjuene ville belyse viktige aspekter ved endringsprosessene pasientene ble loset inn i, og at analysen i etterkant kunne øke min innsikt omkring denne tematikken. Å øke forståelsen for pasientenes perspektiv i en behandlingsprosess kan gjøre at man som terapeut lettere forstår hva som bør vektlegges i behandlingen (Malterud 2013, s 82).

Fokusgrupper kunne også ha vært relevant i studien, men siden informantene ble antatt å ha vært i en sårbar situasjon under behandlingen, ble det vurdert som mer hensiktsmessig å samle inn data gjennom individuelle, semi-strukturerte intervjuer. At intervjuene var semi-strukturerte handlet om at jeg hadde forberedt noen store tema jeg mente var viktige å berøre, samtidig som det var åpenhet for andre tema (se intervjuguide, vedlegg nr. 2). Jeg regnet også med at individuelle intervjuer ville gjøre det lettere å fortelle om vanskelige tema og etablere tillit mellom informant og intervjuer. Gjensidig tillit mellom partene er noe Tjora (2018) og Kvale (2015) setter som premiss for å få fram og bli kjent med informantenes dypere liggende erfaringsverden. Det ble planlagt ett intervju med hver informant, der de retrospektivt ble bedt om å dele erfaringer og refleksjoner over behandlingsprosessen de hadde vært gjennom.

3.2 Utvalg

Når man rekrutterer intervjupersoner til kvalitativ forskning, vil det i følge Malterud (2013, s 56) være hensiktsmessig med et variert utvalg som ivaretar en strategisk variasjon². Såfremt kvaliteten på intervjuene er god, vil dette bidra til at materialet vi ender opp med bringer fram flere nyanser enn et homogent utvalg. Samtidig gir det oss et større potensial for å avdekke ny kunnskap. Bredden i utvalget trenger ikke dreie seg om alder og kjønn, men kan likefremt gjelde pasienters forskjellige problemstillinger knyttet til deres helse. I denne oppgaven vil pasientene som intervjues betegnes som “intervjupersoner”, “informanter” og noen ganger “pasienter”. Dette er for å skape større variasjon i språket, samtidig som konteksten i blant fordrer det ene uttrykket framfor det andre.

² ikke representativ i kvantitativ forstand

3.2.1 Inklusjonskriterier

Jeg ønsket å rekruttere pasienter som hadde erfart bedring av langvarige muskelskjelettplager, hvor behandling med Bjørke-Erås-modellen var den siste behandlingen de hadde erfaring fra. Bjørke-Erås-modellen adresserer blant annet pasienters adferd, symptomforståelse og totalbelastning, og jeg så for meg at de som hadde opplevd bedring sannsynligvis hadde oppnådd endringer i noen av disse dimensjonene. Videre antok jeg at pasienter med opplevd bedring hadde et større grunnlag for å reflektere rundt endringsprosessene enn de uten bedring, og at sistnevnte også kunne være vanskelige å rekruttere.

Inklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none">• Pasienter som var i eller hadde gjennomgått fysioterapibehandling etter Bjørke-Erås-modellen.• Pasienter som hadde opplevd bedring av sine plager (se begrunnelse ovenfor).• Pasienter som hadde hatt smerter eller andre symptomer av vedvarende karakter, med en varighet lenger enn tre måneder.<ul style="list-style-type: none">◦ <i>Det vil sannsynligvis være større behov for å adressere biopsykososiale faktorer ved langvarige enn ved kortvarige muskelskjelettplager (se kap. 2).</i>• Alder over 18 år. Problemstillingen kan besvares ved innlemming av voksne informanter.<ul style="list-style-type: none">◦ <i>Unge under 18 år kan også ha langvarige muskelskjelettplager, men barn og unge representerer en ekstra sårbar gruppe, og det stilles strengere krav til å innlemme dem i forskning (Fossheim, 2013).</i>• God formuleringsevne på norsk.<ul style="list-style-type: none">◦ <i>Dette ble sett på som en forutsetning for at informantene skulle kunne reflektere over og diskutere sine behandlingsforløp på en adekvat og, for forskeren, forståelig måte.</i>
Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none">• Pasienter som er under annen behandling på intervju tidspunktet• Pasienter som ikke har opplevd bedring via behandling etter Bjørke-Erås-modellen.• Pasienter som ikke godt kan uttrykke sine erfaringer på norsk.• Pasienter som lider av andre, alvorlige, kroniske tilstander eller sykdommer enn langvarige muskelskjelettplager• Pasienter under 18 år.

Tabell I: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

3.2.2 Rekruttering

Utvalget var delvis strategisk, delvis et bekvemmelighetsutvalg (Malterud 2013). For å komme i kontakt med aktuelle intervju personer henvendte jeg meg til to manuellterapeuter som bruker Bjørke-Erås-modellen i sin kliniske praksis. Terapeutene tok kontakt med seks

tidligere eller nåværende pasienter som falt innunder inklusjonskriteriene og ville la seg kontakte for eventuell deltagelse. Disse ble oppringt av undertegnede, som informerte om studiens hensikt og hvordan datainnsamlingen skulle foregå. Dette skulle egentlig foretas av tredjeperson, men i diskusjon med terapeutene kom vi fram til at dette kunne virke kunstig. Utdypende informasjon og samtykkeskjema ble sendt per post/epost (vedlegg nr. 2). Hvis de ønsket å delta skulle de fylle ut og returnere samtykkeskjemaet. Det ble gitt tydelig beskjed om at de kunne avstå fra å delta, eller trekke seg underveis, uten spørsmål eller konsekvenser. Fem av pasientene sa seg villige til å delta i studien. De representerer sammensatte helseproblemer og erfaringer (se nedenfor).

3.2.3 Beskrivelse av utvalget

Intervjupersonene var fire kvinner og en mann, med et aldersspenn fra 29 til 44 år. Alle hadde høyere utdanning. Fire informanter hadde gått til behandling hos den ene terapeuten, én hos den andre terapeuten. Plagene (se nedenfor) hadde vart fra et halvt år til flere år, og alle unntatt én hadde vært sykmeldt over lenger tid på grunn av sin tilstand. Da intervjuene ble gjennomført var dog alle arbeidsføre. Tre av intervjupersonene var ferdigbehandlet innenfor siste 12 måneder, mens to av dem fortsatt gikk til oppfølgende behandling. Med et visst tidsrom siden siste møte med terapeuten var det en risiko for at detaljerte aspekter ved behandlingen kanskje hadde gått i “glemmeboka”. Samtidig kan det retrospektive perspektivet ha gitt rom for at det pasientene hadde erfart som mest betydningsfullt over tid kom fram.

Navn (pseudonym)	Årsak for behandling
Siv	Smerter i nakke og arm
Lars	Senplager etter hjemerystelse
Kristina	Senplager etter hjemerystelse
Helle	Svimmelhet og fatigue
Jorunn	Smerter i skulder

Tabell II: Beskrivelse av informantene

3.3 Datainnsamling

3.3.1 Intervjuguide

For å besvare oppgavens problemstilling og belyse ønskede tema, er det formålstjenlig å utvikle en intervjuguide når man skal gjennomføre kvalitative intervjuer (Kvale 2015, s 137). Intervjuguiden skal hjelpe forskeren med å strukturere intervjuet, samtidig som det semi-strukturerte designet åpner for at man kan deviere fra spørsmål og rekkefølge underveis. God forberedelse vil gi bedre kvalitet på materialet man sitter igjen med til slutt (Kvale 2015, s 133). Som beskrevet tidligere var jeg åpen for at det ville komme fram emner og tematikk jeg selv ikke hadde tenkt på under intervjuene. Med åpne spørsmål som ga rom for refleksjon kunne intervjupersonenes svar bidra til å endre intervjuets tiltenkte retning.

Kvale (2015), Malterud (2013) og Tjora (2018) ga meg inspirasjon til å utvikle intervjuguiden, blant annet gjennom eksempler på hvordan man stiller åpne og lukkede intervju spørsmål, ber om utdypende refleksjoner, og hvordan man kan strukturere intervjuet. Jeg brukte oppgavens problemstillinger som utgangspunkt for en initiell idémyldring angående intervju spørsmål. I diskusjon med medstudenter og veileder fikk jeg innspill til flere spørsmål, mulige oppfølgingstemaer og intervjustruktur.

Intervjuguiden (vedlegg nr. 3) hadde fire hoveddeler: A, B, C og D. A-delen tok for seg å innhente formalia, gi informasjon om prosjektet, og bli kjent med intervjupersonene via “ufarlige” spørsmål. B-delen gikk nærmere inn på årsaken til at informantene søkte behandling, hvilke forventninger de hadde i forkant, og hvordan forventningene ble møtt i tidlig fase av behandlingen. I C-delen tok vi for oss hvordan informantene hadde erfart endringsprosessene underveis i behandlingen, hvordan behandlingen hadde foregått, og om de hadde støtt på hindre underveis. I den avsluttende D-delen av intervjuet skulle intervjupersonene få mulighet til å ta opp egne temaer eller tanker hvis de følte at noe manglet underveis. Samtidig kan et intervju med dyptgående spørsmål frambringe utfordrende minner eller skape psykisk uro, noe man lettere kan avdekke og adressere gjennom en avsluttende samtale der en åpner for dette (Malterud 2013, s 203).

3.3.2 Gjennomføring av intervjuene

Planen var å gjøre intervjuene på nøytral grunn eller hjemme hos intervjupersonene, ut fra hva de selv ønsket, for slik å skape trygge rammer for refleksjon og samtale rundt de aktuelle temaene. Grunnet koronapandemien våren 2020 ble intervjuene, av smittevern hensyn, gjort per telefon i stedet for ansikt til ansikt. Et prøveintervju uten pasient ble gjort for å teste lyd kvaliteten, og diktafonen min, en Zoom H2n, klarte fint å spille inn lyd fra en iPhone 8 på høyttaler. Noen informanter var til tider i støyende omgivelser, men av 188 minutter taletid var det kun to ord som ikke kunne tydes under transkripsjonen. Fra diktafonen kunne lydfilene føres over til PC, slettes fra diktafonen, overføres til en kryptert minnepinne, for så å lagres på SAFE server ved utdanningsinstitusjonen. Intervjuene varte fra 28 til 51 minutter.

Intervjuene fulgte strukturen i intervjuguiden (se ovenfor). Del A innebefattet gjennomgang av formalia, repetisjon av informantens rettigheter og informasjon fra samtykkeerklæringen, samt besvarelse av eventuelle spørsmål. Dette var for å ha det formelle på plass, samtidig som det ga en myk start på intervjuet, noe som kan gjøre informanten (og intervjueren) mer trygg i situasjonen (Tjora 2018, s 146). Jeg ga informantene tydelig beskjed før jeg startet diktafonen og vi tok for oss guidens del B, som begynte med spørsmål om hvorfor de søkte behandling i utgangspunktet. Dette ga en naturlig, "kronologisk start" på intervjuet, og gjorde at intervjupersonene i mange tilfeller besvarte spørsmål fra intervjuguiden før jeg i det hele tatt rakk å stille dem. Det var nyttig med forhåndsformulerte spørsmål, men jeg måtte ofte endre ordlyden eller improvisere fram nye spørsmål underveis.

Det følte i blant som en balansegang å opprettholde strukturen i intervjuet uten å avbryte informantens flyt. Der noen kunne gjøre nye refleksjoner underveis i intervjuet, var andre mer rigide og hadde gjort seg opp en mening på forhånd. Enkelte ganger vegret jeg meg for å grave dypere, da jeg var redd for at dette kunne bli for invasivt og sette informantens tillit på prøve. Dette er sannsynligvis noe man blir bedre på med trening; kunsten å vite hvor dyptgående man kan være. Samtidig virket informantene ærlige og oppriktige, og bar ikke preg av å skjule eller holde tilbake informasjon. Intervjuene ble som regel avsluttet når intervjupersonen ikke hadde mer å fortelle, og når alle spørsmålene i intervjuguiden var besvart, eller i hvert fall berørt. Jeg fikk inntrykk av at de fleste syntes tematikken i oppgaven var interessant, og derfor stilte seg til disposisjon for å kunne hjelpe faget videre.

3.3.3 Transkribering

Utskriften av intervjuene blir regnet som *“en indirekte representasjon av en indirekte gjengivelse”* (Malterud 2013, s 75). Det verbatim transkriberte intervjuet er altså ikke den “sanne” virkelighet. Noe informasjon vil alltid endres eller gå tapt mellom leddene, som for eksempel stemningen i samtalen. Teksten man ender opp med må derfor tolkes med omhu, men notater fra intervjuene kan belyse nettopp aspekter ved stemningen, for eksempel nøling eller ironi, som kan ha relevans for meningsinnholdet.

Intervjuene ble transkribert ved bruk av programmet NVivo 12. Dette forenklet prosessen noe, men samtidig ble jeg anbefalt å bruke programmet kritisk, da en digital analyse kunne gjøre at noe informasjon forsvant. I mangel på en mentor med inngående kunnskap i NVivo, valgte jeg derfor å gjøre analysen analogt, det vil si med papirutskrifter og markørpenn. Det ga en vesentlig bedre oversikt over materialet, og en palpabel nærhet til teksten.

Trinnvis transkribering av intervjuene skulle gi meg økt forståelse og læring underveis. Derfor gjorde jeg avtaler om intervjuer med en til to ukers mellomrom. Av forskjellige årsaker tok transkriberingen lenger tid enn antatt, og da de fem intervjuene var gjennomført mellom april og juni, var kun ett intervju ferdig transkribert. Dette gjorde at intervjuguiden ble lite forandret underveis, og modifikasjoner ble gjort på bakgrunn av erfaringer fra tidligere intervjuer. Transkripsjonene ble på totalt 51 dataskrevne sider (26.953 ord). Etter at transkriberingen var fullført ble det tydeligere hvilke spørsmål jeg ønsket mer utdypende svar på, hvor jeg skulle hatt mer struktur, og enkelte steder hvor samtalen ble henledet ut i digresjon som både kunne bidra eller ei til å belyse problemstillingene. Samtidig ledet denne frie formen til interessante samtaler hvor informantene fikk fortelle sin historie på sine premisser. En mer rigid tilnærming ville kanskje gjort at jeg gikk glipp av informasjon som intervjupersonene fortalte om spontant.

3.4 Analyse av data

I en kvalitativ studie ønsker man å utvikle ny kunnskap om nettopp kvalitet og egenskaper ved et fenomen, som for eksempel erfaringer fra en behandlingsprosess. For å ivareta en vitenskapelig tilnærming bør analysen være veldokumentert og strukturert, samt ivareta en

viss intersubjektivitet og reproduserbarhet (Malterud 2013, s 82). Analysen ble foretatt ved bruk av systematisk tekstkondensering, en stegvis og tverrgående tematisk innholdsanalyse egnet til analyse av kvalitativt intervjumateriale, som er utviklet av Kirsti Malterud (Malterud 2013, s 96). De fire trinnene og deres hensikt beskrives kort her:

A. *Helhetsinntrykket:*

Man ønsker å danne seg et helhetsinntrykk gjennom å lytte til intervjuene og lese transkripsjonen. Man noterer seg hvilke foreløpige temaer man finner i teksten, og det anses som positivt hvis disse ikke er identiske med temaene i intervjuguiden.

B. *"Identifisere meningsbærende enheter":*

Her skal man finne tekstbiter knyttet til meningsaspekter i teksten (erfaring, synspunkt, refleksjon eller lignende), som altså danner enheter og passer inn under et eller flere av temaene fra trinn 1. Man kan danne seg nye temaer, eller slå sammen eksisterende. Tekstbitene kodes og en utvikler kodegrupper. Temaer som ikke passer med problemstillingen kan utelates.

C. *"Kondensering":*

Man går gjennom de forskjellige kodegruppene og vurderer om store grupper bør deles opp, eller om små grupper bør slås sammen. Videre omskriver man meningsinnholdet i de ulike tekstbitene under samme kodegruppe til et sitat i jeg-form, som skal favne kjerneinnholdet i de meningsbærende enhetene under den aktuelle kodegruppen. Dette kalles et "kondensat".

D. *Rekontekstualisering:*

For hver kodegruppe med undergrupper, konstruerer man en analytisk tekst. Denne skal på en helhetlig måte gjengi hva forskningen har avdekket, og kontrolleres for samsvar eller motsigelser i det transkriberte materialet. Der forskningen har ført til ny innsikt bør kodegruppens overskrift gjenspeile dette (Malterud, 2013, s. 109). Ved å sammenligne funnene med eksisterende forskning og empiri, kan man øke forståelsen for intervjuteksten i en vitenskapelig kontekst.

Tabell III: Systematisk tekstkondensering

3.4.1 Helhetsinntrykket

Jeg var altså den som utførte intervjuene, lyttet til opptakene og transkriberte dem. Før denne mer formaliserte analysen startet, hadde jeg altså nært kjennskap til hva som ble formidlet i intervjuene.

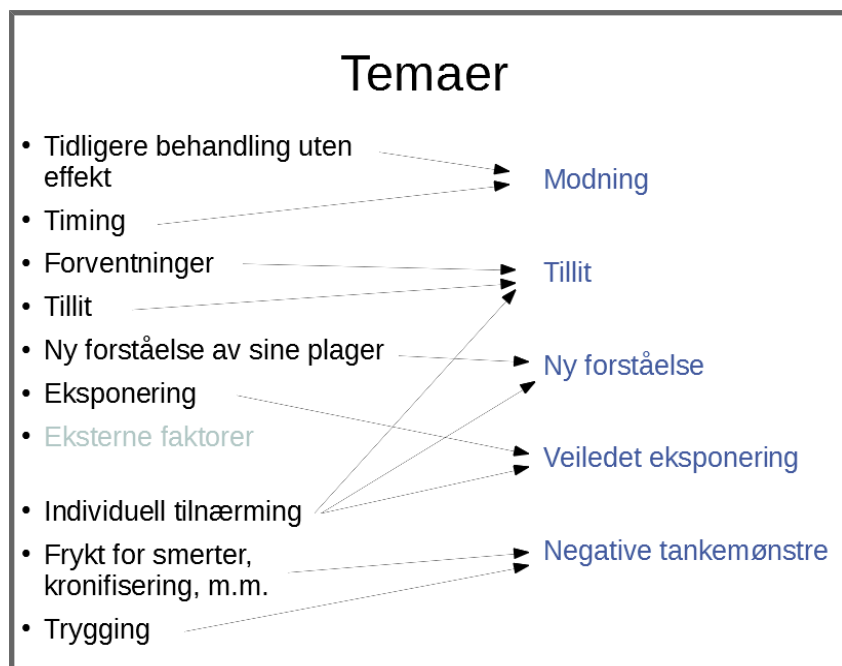
Jeg leste først gjennom alle intervjuene for å danne meg et generelt inntrykk av hva de handlet om. Var det for eksempel noen temaer som stakk seg ut eller gikk igjen hos flere informanter? Jeg noterte stikkord underveis for å få oversikt, og leste deretter gjennom intervjuene flere ganger for å supplere funnene. Som en validering fikk jeg en medhjelper uten helsefaglig bakgrunn til å gjennomgå teksten på samme måte. Vi fant i stor grad de

samme temaene, og der vi hadde ulike funn kunne vi diskutere oss fram til hva divergensen skyldtes. De foreløpige temaene vi identifiserte var: *“Tidligere behandling uten effekt”, “timing”, “forventninger”, “tillit”, “ny forståelse av sine plager”, “eksponering”, “endringer utenom behandlingen”, “individualisert tilnærming”, “trygghet”, “frykt”*. Disse var felles for de fleste informantene, eller de belyste nye eller interessante aspekter ved behandlingsforløpet.

3.4.2 Identifisere meningsbærende enheter

Etter å ha identifisert de foreløpige temaene gikk jeg gjennom intervjuene på ny. Nå var oppgaven å finne tekstbiter som bar med seg kunnskap om ett eller flere temaer fra forrige trinn. Det kunne dreie seg om deler av en eller flere setninger, eller en dialog mellom intervjuer og informant. Meningsenhetene ble merket med et tall fra 1 til 10 og kategorisert under hvert sitt foreløpige tema, en del av prosessen som her kalles “koding”. Noen tekstbiter var aktuelle for flere temaer samtidig. Hvert sitat fikk en tallkode som viste hvilket intervju og hvilket sidetall de var hentet fra. En tekstbit fra side to i intervju nummer tre fikk koden “3:02”, noe som vises i eksempelet under “Kondensering”. Denne delen av arbeidet var spennende og følte mer som en kreativ prosess enn for eksempel transkriberingen. Det ble også lettere å se hva jeg burde ha etterspurt tydeligere svar på eller dypere refleksjoner omkring i intervjuene.

Under vises ett av trinnene i arbeidet med temaer og kodegrupper. Her kan man se hvordan noen temaer var overlappende og kunne slås sammen til én kodegruppe, mens andre temaer, som “individuell tilnærming” var aktuelt under flere grupper. “Eksterne faktorer” havnet litt på siden av de andre og ble ekskludert. Når temaer ble slått sammen kunne de danne undergrupper, som for eksempel “frykt” og “trygging” under “negative tankemønstre”. Her ble det stadig gjort endringer, både med sammenslåing og oppdeling av kodegrupper.



Figur 1: Temaer og kodegrupper

3.4.3 Kondensering

I kondenseringsprosessen forsøker man å hente ut essensen i de meningsbærende enhetene. Gjennom å skrive et “kondensat” i jeg-form viser man tydeligere og sammenfattet hva teksten i undergruppene faktisk handler om. Denne prosessen førte også til omrokking og justering av kodegruppene underveis. Noen undergrupper hadde lite informasjon når man kokte det ned til et kondensat, mens andre tydelig bygde opp under andre undergrupper. Under vises et eksempel på hvordan meningsbærende tekstbiter fra undergruppen “erfaring med tidligere behandlere” sammenfattes i et kondensat.

1.1 Tidligere behandlere

1:01: "...så da gikk jeg til behandling ganske lenge... gikk vel i over et.. ja, vet ikke, mellom ett og to år, altså da var jeg innom ganske mange forskjellige behandlere."

1:01: "Jeg har varierende erfaringer med behandlere, så det var litt viktig for meg å finne en som hadde retning.. samme type behandling som jeg hadde fått hos han i <hjembyen>."

1:02: "Tidligere så har de behandlerne jeg har gått til.. det har vært en veldig sånn fysisk behandling."

1:05: -Informant: MT2 (nåværende terapeut) har antydnet at den type smerte som jeg har i nakken eller mellom skulderbladene er sånn.. man skal egentlig ikke røre det sånn som det er nå.. og der har jo jeg tidligere fått ganske heftig, fysisk behandling.. så... det er nok også positivt at det bare får lov til å være i fred.

-Intervjuer: Ja...

-Informant: Hvis det gir mening?

-Intervjuer: Ja...så det har nesten gjort mer skade enn det har gjort bra med behandlingen du har vært til tidligere?

-Informant: Ja, det er litt det inntrykket jeg har fått fra både MT2 og MT1 (nåværende og forrige behandler)

-Intervjuer: Sitter du igjen med den følelsen selv også, når du ser tilbake på det?

-Informant: Ja, egentlig.

1:05: jeg skulle kanskje ønske at det ... var noe som de jeg har vært hos tidligere hadde vært litt mer bevisste på.. prøve å finne ut om det faktisk ble bedre eller verre av de tingene som ble gjort.

5:04: (Om en tidligere behandler) "Etter hvert så bare sluttet jeg hos ham, fordi han fant liksom alltid noe nytt da. (...) Og etter hvert så trodde jeg liksom ikke helt på ham."

4:01: Jeg hadde vært gjennom flere behandlingsopplegg.

4:01: Så har jeg vært i samtale med psykologer, det har jeg vært i to år (...). Bare samtaler.

4:02: (Om tidligere behandlere) Jeg tror det handler litt om at de er mer fokusert på det som har med kropp å gjøre, (...) og ikke går så mye inn i for eksempel hva som skjer i omgivelsene, (...) tankene og følelsene.

2:02: Nå prøver jeg hva som helst; jeg var jo hos forskjellige fysioer og ble knadd på uten at det liksom hjalp noe som helst.

3:02: Altså, det kan godt hende at de hadde den samme faglige kunnskapen, men de formidlet det ikke til meg på samme måte.

1:03: "Det som skilte han veldig fra tidligere var nok en veldig god dialog hvor jeg forstod hvor smertene kom fra, mens de tidligere hadde mer hoppet kjapt på behandling uten at jeg helt forstod hva som var galt og hvorfor de valgte å behandle meg på den måten."

5:05: (Om behandling hos fastlegen) "Jeg tror det har påvirket mitt bilde på hvordan man skal håndtere smerte da, at det er noe som er litt farlig."

Figur 2: Eksempel på meningsenheter i undergruppen "erfaring med tidligere behandlere":

Jeg har varierende erfaring med tidligere behandlere og behandlingsopplegg. Jeg tror det handler litt om at de har vært mer fokusert på kropp og fysisk behandling, og ikke gått så mye inn på hva som skjer i omgivelser, tanker og følelser. De hoppet kjapt på behandling uten at jeg helt forstod hva som var galt eller hvorfor de valgte å behandle meg på den måten. Det kan godt hende at de hadde den samme faglige kunnskapen, men de formidlet det ikke til meg på samme måte som nåværende behandler. Jeg skulle ønske at de hadde vært mer bevisste på om jeg faktisk ble bedre eller verre av behandlingen.

Figur 3: Eksempel på kondensat fra samme undergruppe.

3.4.4 Rekontekstualisering og endelige resultat kategorier

Under dette trinnet ble kondensatene fra forrige trinn sammenfattet i en kondensert, analytisk tekst som innledning til hver resultat kategori. Der kondensatene var i jeg-form, ble denne analytiske teksten skrevet i tredjeperson for å danne et mer objektivt perspektiv. Også sammenbindende tekst i fremstillingen bar preg av å være analytisk. Dette skal vise at teksten ikke bare er en direkte gjenfortelling av hva informantene har sagt, men også en tolkning fra forfatterens side. Sitater fra intervjupersonene ble trukket inn for å eksemplifisere eller synliggjøre det som ble beskrevet. Den analytiske teksten ble deretter rekontekstualisert opp mot datamaterialet. I denne prosessen undersøkte jeg om begreper som er brukt i fremstillingen av resultatene, korrelerte med rådataen fra intervjuene.

Der noen av informantene formulerte seg mer utdypende enn andre, ble disse sitatene oftere plukket fram som eksempler. Derfor har noen informanter blitt sitert i mindre grad enn andre, men alle er likevel representert i resultatene. I arbeidet med å skrive frem resultat kategoriene inngikk også innspill fra og diskusjon med veileder. Selv langt ut i prosessen ble det gjort endringer i den tematiske strukturen som de endelige resultat kategoriene representerer, noe som viser at analysestegene ikke er helt adskilte. Resultatdelen endte til slutt opp med fire resultat kategorier pluss undergrupper. Undergruppene er presentert med egne avsnitt og navn.

3.5 Ethiske hensyn

Det ble søkt om forhåndsgodkjenning hos Regional etisk komité (REK) før oppstart av forskningsprosjektet. Prosjektet ble vurdert å falle utenfor helseforskningslovens virkeområde, og søknaden ble avvist (referansenummer 96764). Det ble derfor søkt om godkjenning hos Norsk senter for forskningsdata (NSD) (referansenummer 255187). Denne ble godkjent 18.03.20 (vedlegg nr. 4).

4. Resultater: Deltakernes erfaringer og tanker fra behandlingen

Her presenteres resultat kategorier fra analysen på bakgrunn av hva som er relevant for å besvare oppgavens problemstilling. Resultat kategoriene gir leseren et innblikk i informantenes erfaringer, opplevelser og tanker fra behandlingsprosessen de har vært gjennom. Hver kategori starter med en kondensert beskrivelse av meningsinnholdet, fulgt av en mer detaljert fremstilling med sitater og sammenbindende tekst.

4.1 Å være moden for endring - en utviklingsprosess gjennom tidligere møter med helsevesenet

Alle informantene hadde vært til behandling for muskelskjelettplager tidligere, både for aktuelle plager og for andre helseproblemer. De fortalte om kortere og lengre behandlingsforløp hos fysioterapeuter og behandlere fra andre faggrupper, hvor den positive effekten var kortvarig, stagnerte eller uteble. Flere hadde opplevd at behandlingen ikke “traff” helt for dem, noe som gjorde at de søkte andre behandlere eller behandlingsmetoder. En modningsprosess gjennom fravær av bedring og at “noe manglet” ble beskrevet som viktig for at informantene etter hvert omfavnet en biopsykososial forklaringsmodell for sine plager. Dette ble fremstilt som en prosess i samspillet mellom nåværende behandlerformidling og det å være moden for denne tenkningen.

Siv fortalte om hvordan hun begynte å gå til behandling for smerter i en arm, men at plagene etter hvert bredte seg ut til forskjellige steder i kroppen. Hun gikk til forskjellige behandlere som alle hadde en biomedisinsk forklaring på hva plagene kunne skyldes, uten at hun kom helt i mål med denne forklaringen, slik Siv oppfattet det. Hun kunne også oppleve at en behandling ble startet uten noen tydelig forklaring på hva formålet var, eller hvordan dette ville hjelpe henne. Når den positive effekten uteble var det sjelden noen refleksjon rundt årsakene til dette initiert av behandler. Hun sa det slik: *“Jeg skulle ønske at de jeg var hos tidligere hadde vært litt mer bevisste på... prøvde å finne ut om jeg faktisk ble bedre eller verre av de tingene som ble gjort.”* Fraværet av bedring gjorde at hun nærmest hadde gitt opp å gå til fysikalsk behandling, men valgte likevel å gjøre et nytt forsøk, noe hun fortalte slik:

-Siv: (...) jeg hadde egentlig for lengst gitt opp å gå til den type behandling. Så jeg hadde egentlig ikke tenkt til å søke noe hjelp da. Jeg tenkte at det ikke var noe poeng. For at jeg egentlig ofte hadde følt at jeg ble verre når jeg gikk til fysioterapi.

-Intervjuer: Mm...(bekreftende tone)

-Siv: Men så var jeg sånn: "Vi gir det en siste sjanse."

-Intervjuer: Ja...

-Siv: Så.. det var litt flaks.³

Helle hadde lignende erfaringer gjennom sine møter med helsevesenet. Fysikalske behandlere hadde gjerne et ensidig fokus på det fysiske og lokale. Aspekter fra andre deler av livet og tilværelsen ble ikke vurdert til å være av betydning. Selv om det kunne være innslag av en biopsykososial tenkning og et mer helhetlig syn på kroppen, ble det, slik hun oppfattet det, ikke praktisert til fulle. Hun uttrykte dette: *"Jeg tror det handler litt om at de er mer fokusert på det som har med kropp å gjøre, (...) og ikke går så mye inn i for eksempel hva som skjer i omgivelsene, (...) tankene og følelsene."* Helle hadde også vært til en psykolog som kun konsentrerte seg om det kognitive, uten å kunne knytte dette opp mot kroppen og fysiske utfordringer. Behandlinger ble initiert uten at Helle oppfattet forklaringsmodellen som lå bak, tiltakene favnet ikke om alle fasettene av hennes problemer, og var like ensidige som tidligere behandlinger hos fysioterapeut.

Noen informanter fortalte at den ensidige, fysiske tilnærmingen de møtte hos tidligere terapeuter var litt som forventet med helseproblemene de hadde da. Med "fysiske" plager som hovedproblem søkte informantene gjerne en lokal, fysisk behandling eller spesifikke øvelser for sine plager. Dette fortalte de at virket mest logisk også for dem på den tiden, og verken de selv eller behandlerne la særlig vekt på stressorer og totalbelastning i dagliglivet. Møtet med deres siste behandler ga perspektiv på tidligere behandlingserfaringer, og det ble tydeligere hva som manglet tidligere. Flere av informantene var usikre på om de ville ha godtatt en biopsykososial tilnærming i en tidlig fase. De beskrev en form for modningsprosess som ble til gjennom mislykkede behandlinger og økende erfaring med hvordan hendelser i livet påvirket helsa. Lars uttrykte det slik:

3 Har inkludert intervjuers små, bekreftende ord, for å peke på at det var en samtale.

“Det er fullt mulig at jeg ikke hadde blitt noe særlig frelst da, hadde du spurt xx år gamle meg,” mens en av de andre utdypet erfaringen:

“Så, nei, det var ikke det jeg forventet. Jeg tror nok at hvis jeg hadde gått til ham for fire-fem år siden så hadde jeg sikkert sluttet fordi jeg hadde tenkt at “han sitter bare og prater” (...). Så det var nok riktig timing for meg å komme til den type behandling da (...). At jeg hadde prøvd såpass mye annet som ikke hadde fungert.” (Siv)

Jorunn fortalte om opplevelsen av at behandleren stadig fant nye “feil” hos henne; det kunne for eksempel handle om at hun hadde et rotert bekken eller protrauerte skuldre. Hun var blitt bedre av plagene hun søkte hjelp for i utgangspunktet, men opplevde at hun ble overtalt til å fortsette i behandling for å adressere de nye “feilene”. Etter hvert forstod hun at dette ikke lenger hadde noen hensikt. Tilliten hun hadde til behandleren i begynnelsen forsvant gradvis da han kom med nye forklaringsmodeller som ikke stemte med hennes oppfatninger. Hun sa: *“Etter hvert så bare sluttet jeg hos ham, fordi han fant liksom alltid noe nytt da. (...) Og etter hvert så trodde jeg liksom ikke helt på ham.”*

4.2 Møte med nåværende behandler: Kommunikasjonskarakter og etablering av tillit

Dette temaet handler om hvordan tillit mellom pasient og terapeut ble bygd opp fra første konsultasjon, og hvordan dette var viktig for informantene gjennom forløpet. God kommunikasjon og dialog var viktige aspekter ved relasjonen, og dannet et stødig fundament når informantene ble utfordret kognitivt og fysisk gjennom behandlingen. Informantene fortalte om forskjellige årsaker til at de endte opp med å stole på behandleren sin, og hvordan dette hjalp dem til å komme videre.

Alle informantene ble anbefalt sin terapeut av en person de stolte på eller kjente, og flere beskrev at dette ga grobunn til en positiv forventning allerede før første konsultasjon. Kristina fortalte: *“Det var rett og slett en venninne av meg som anbefalte ham. Hun var veldig fornøyd med ham og hun hadde også fått ham anbefalt fra en annen.”* Lars sa det slik:

“Også var det en kompis av meg som sa at de greiene her (den behandlingstilnærmingen nåværende terapeut stod for) er bra.”

Informantene fortalte om god kommunikasjon med behandleren allerede fra starten av, noe de beskrev som tillitsvekkende og positivt. Behandleren tok seg god tid til å gå i dybden når de formidlet sine helseplager og dagligliv, og flere opplevde at han var grundig og spurte dem om “alt”. Dette ble sett på som et viktig premiss i jakten på hva som skulle behandles og hvordan man skulle gjøre det. Informantene opplevde terapeuten som kunnskapsrik, og samtidig flink til å formidle kunnskapen videre. En av informantene hadde selv lest om stressreaksjoner og fysiologi en gang i tiden, men måten det nå ble formidlet på gjorde at hun skjønnte hvilken betydning det hadde for hennes helseplager. Behandleren ble beskrevet som god til å kartlegge informantenes livssituasjon, men også til å tydeliggjøre sammenhenger mellom hvordan livet leves og påvirkning på deres symptomer og plager. Flere av informantene beskrev at dialogen som ble etablert ga rom for oppklaringer rundt plagenes opphav og opprettholdelse, og at det ble satt gripbare ord på deres tilstand. Dette bidro til å forsterke tillitsforholdet.

Siv la vekt på dialogen som ble skapt, og fortalte at hun endelig fikk en forklaring på hvor plagene hennes kom fra:

“Det som skilte han veldig fra tidligere var nok en veldig god dialog hvor jeg forstod hvor smertene kom fra, mens de tidligere hadde mer hoppet kjapt på behandling uten at jeg helt forstod hva som var galt og hvorfor de valgte å behandle meg på den måten.” (Siv)

Kristina beskrev behandlerens redegjørelse for hennes symptomer som “spot on”: *“Jeg tror kommunikasjon har alt å si, for mye av det xx (terapeuten) bygger sitt virke på har jeg jo lest i en bok en gang.”* Mens Helle understreket at denne terapeuten var faglig dyktig, noe som bidro til tillit: *“Han var så kunnskapsrik og kunne forklare meg ALT, så det var egentlig der jeg begynte å få tilliten på at han her vet hva han snakker om. Så han her må jeg bare stole på.”* Jorunn ble overrasket da terapeuten ikke fant noen feil hos henne, og i stedet ba henne reflektere over hvorfor hun hadde en forventning om dette. Hun sa det slik: *“Og så sa han at*

her er alt fint, du er jo sterk, og det er ingenting galt (...). Og det stusset jeg litt over. (...) Og da begynte han å utforske litt hvorfor jeg syntes det var rart, da.”

Tillit til behandleren ble beskrevet som ekstra viktig der informantene skulle eksponere seg for symptomprovoserende aktiviteter. Når de opplevde tilbakefall, eller hvis de stod litt fast, ble en god dialog mellom pasient og terapeut beskrevet som trygghetsskapende, og gjorde at de ikke mistet håpet underveis. Lars fortalte at han hadde tillit til behandleren allerede fra første konsultasjon, men at positive erfaringer var med på å opprettholde tilliten gjennom behandlingsforløpet.

“Men det er akkurat det hele den greia her handler om, da, det er på en måte tillit. Og den er vanskelig å få uten å ha fått noe bekreftet, men det handler liksom om å tørre å tro på de greiene her.” (Lars)

4.3 Fra uhensiktsmessige tankemønstre til ny forståelse - å endre tolkning og antagelser

Informantene fortalte hvordan deres forståelse av egne plager ble adressert tidlig i forløpet. Fra å tolke smerte som en skade eller et tegn på at noe var i ferd med å ødelegges, ble de utfordret til å vurdere kroppslige signaler mer kritisk. Hvis belastningen var lav og all logikk tilsa at de tålte den, ble de rådet til å stole på at det ikke var farlig selv om kroppen deres sa noe annet. Samtidig var det viktig å ikke overdrive slik belastning da dette kunne føre til oppblussing av plagene (flare-ups). Flere av intervjupersonene fortalte om reduserte plager nærmest umiddelbart etter at de forstod det terapeuten hadde formidlet om den fysiologiske bakgrunnen for symptomene deres.

I tillegg til feiltolkning av smerte, hadde mange av informantene det man i fagterminologien beskriver som uhensiktsmessige tankemønstre. Eksempler på tankemønstrene var frykt eller engstelse for smerte, svimmelhet, eller andre kroppslige symptomer, hvor frykten hindret dem i å leve sine normale liv. Det ble også beskrevet frykt for å bli skadet, eller for å ha en alvorlig sykdom. Noen følte skam over å ikke ha klart å bli frisk på egen hånd, mens andre var redde for å vise sårbarhet, og isolerte seg fra venner og bekjente. Der det var slike

tankemønstre til stede, ble disse adressert allerede i den første konsultasjonen, når man jobbet med å danne en ny symptomforståelse, og under eksponeringen. Flere av informantene fortalte om en betryggelse ved å forstå at tankene deres var en normal reaksjon på en unormal belastning i livet. Økt kunnskap var en viktig faktor for å endre tankemønstrene, men informantene måtte også utfordre den nye kunnskapen gjennom praktiske oppgaver i dagliglivet.

En av informantene, Siv, fortalte hvordan hun tidligere hadde stanset all aktivitet når hun fikk vondt. Bare ti minutter foran pc'en kunne føre til store smerter selv om den fysiske belastningen var minimal. Hun og terapeuten diskuterte hva som var faktisk belastning, og hva som var en stressreaksjon som følge av negative assosiasjoner og følelser knyttet til aktiviteten. Det kom fram at Siv gjennom mange år hadde blitt fortalt at plagene hennes i stor grad skyldtes dataarbeid, både av helsepersonell, bekjente og media. Det gjorde at frykten for permanente skader og økte plager var vanskelig å overkomme. Positive erfaringer fra utprøvingen og støtte fra terapeuten gjorde at hun etter hvert tørte å utfordre kroppens overdrevne alarmsignaler, noe hun beskrev på denne måten: *"Det har vært en aha-opplevelse å erfare at ting jeg har tenkt i mange år at jeg ikke tåler, at jeg faktisk... tåler det."* Til tross for fremskritt på mange områder fortalte hun at dataarbeid fortsatt var en utfordring for henne. Hun forklarte det slik:

"Det henger veldig igjen. Og det tenker jeg jo at ikke er så rart, når du i fire-fem år har fått beskjed om at alt dette her er på grunn av den "store, farlige" pc'en. Og det er jo eksperter som har sagt dette her, så ja, det sitter veldig godt i." (Siv)

Jorunn lærte tidlig i behandlingsforløpet at plagene hun søkte hjelp for ikke skyldtes en skade, men at hun tolket kroppens signaler på en uhensiktsmessig måte. Dette fortalte hun at var overraskende da hun hadde blitt opplært til at smerter i kroppen hørte sammen med vevsskade. Som ungdom med leddplager hadde fastlegen til Jorunn vært klar på at hun måtte slutte med sin idrett, ellers kom hun bare til å bli verre. Hun beskrev opplevelsen av det fastlegen sa slik: *"Jeg tror det har påvirket mitt bilde på hvordan man skal håndtere smerte da, at det er noe som er litt farlig."* Dette var medvirkende til at hun unngikk det meste av

aktivitet som ga smerter. Gjennom en fysisk undersøkelse kunne manuellterapeuten hennes vise henne at hun var sterk, hadde god funksjon og slett ikke var skadet, slik hun selv trodde. Dette ble brukt i den videre refleksjonen for å utfordre hennes syn på kroppslige smerter. Slik beskrev hun undersøkelsen hos manuellterapeuten: *“Og så sa han at her er alt fint, du er jo sterk, og det er ingenting galt (...). Og det stusset jeg litt over: (...) Og da begynte han å utforske litt hvorfor jeg syntes det var rart, da.”* Samtidig fortalte hun også hvordan manuellterapeuten lærte henne at smerte ikke automatisk betyr at noe er ødelagt i kroppen. Dette sa hun slik: *“Så det var han veldig tidlig inne på, å få meg til å forstå at det er ganske stor forskjell på en strukturell skade og en “vondte”, da.”*

Kristina opplevde stor hjelp av å forstå hvordan symptomene hun opplevde kunne forklares på et basalt, fysiologisk nivå. Slik hun forstod det hadde hun i lengre tid gått med en høy stressaktivering, noe som hadde ført til at nervesystemet hennes ble sensitivisert og tålte mindre stimuli enn før. Fysiologien var kjent for henne fra tidligere, men hun hadde trengt hjelp til å sette dette i sammenheng med hennes egen situasjon. Kristina beskrev en lettelse da hun forstod at symptomene kunne forklares gjennom kroppens naturlige fysiologi: *“(…) å få hjelp til å se at det rent fysiologisk er mekanismer som gjør at kroppen reagerer sånn, det er ikke noe jeg gjør galt.”* Hun fortalte også om hvordan det kunne være tabubelagt å mangle en tydelig, fysisk årsak for plagene sine. Slik beskrev hun det:

“Hvis man klarer å formidle til pasienten at det ikke nødvendigvis er bare psykisk eller bare fysisk, tror jeg man har kommet veldig langt. (...) Ja, at det sitter i huet, og det er det alle er så redde for. (...) som jeg også var redd for selv, i denne situasjonen.”

(Kristina)

4.4 Veiledet eksponering - å utfordre sin frykt

Etter å ha utfordret synet på sine symptomer og plager, var det sentralt for den videre behandlingen, slik informantene hadde oppfattet det, at de fikk prøve ut sin nye kunnskap i praksis. Denne eksponeringen ble gjerne gjort innenfor en aktivitet eller en arena informantene var godt kjent med og ønsket å returnere til. Sammen med terapeuten ble de enige om arbeidsoppgaver som var spesifikke opp mot den enkelte aktivitet. Det kunne dreie

seg om løping, skigåing, arbeid på PC, eller det å fungere i et arbeidsmiljø. Terapeuten var tett på i begynnelsen slik at informantene kunne få veiledning når det oppstod forverring eller tilbakevending av symptomer, eller hvis det fikk problemer med å gjennomføre aktiviteten. Den praktiske eksponeringen ble av informantene beskrevet som essensiell i rehabiliteringsprosessen. Den ga en tydeligere kobling mellom det de kognitivt hadde bearbeidet og hvordan kroppen reagerte i dagligdagse aktiviteter.

Helle fortalte at samtaler med psykolog og psykomotorisk fysioterapeut hadde hjulpet henne med å takle tanker og følelser bedre, men at det manglet en overføring til å mestre hverdagen og fysiske utfordringer. Det hadde vært noe bedring, men på et punkt stagnerte det - hun kom ikke videre. Leger, fysioterapeuter og annet helsepersonell hadde rådet henne til å hvile og ta det med ro siden det meste av aktivitet, alt fra gåturer til styrketrening eller langrenn, førte til en symptomøkning. Helle ønsket å returnere til et aktivt liv, men det eneste verktøyet hun hadde var å hvile. Det kom til et punkt hvor hun skjønnte at hun måtte prøve noe annet for å komme videre. *“Jeg hadde nok hvilt i fra meg,”* sa hun. Hun og manuellterapeuten hun gikk til nå jobbet med å finne arenaer hvor hun hadde lyktes før, aktiviteter hun hadde positive assosiasjoner fra, og som hun ønsket å finne tilbake til. I begynnelsen var det aktivitet med lav intensitet og varighet som gjaldt, hvor noe av poenget var, slik hun understreket det, at hun skulle føle seg trygg på at hun tålte belastningen. Samtidig skulle hun unngå overdreven oppblussing av symptomer, da dette kunne ha negativ innvirkning. Til tross for at lista ble lagt lavt og innenfor det Helle rasjonelt sett forstod at hun tålte i begynnelsen, kunne hun oppleve svimmelhet og andre plager i forbindelse med fysisk aktivitet. Hun sa det slik: *“Du har hvilt deg veldig mye, og så skal du ut og bevege deg igjen, og da blir kroppen litt sånn: -Hei, hei, hva er det her?”* I etterkant reflekterte hun og terapeuten rundt hva som hadde skjedd, og hvordan “systemet” hennes var litt ekstra på vakt etter flere år med lite aktivitet. Han trygget henne på at dette var en normal reaksjon i kroppen, og at det ikke var farlig. Selv om hun beskrev den praktiske utprøvingen som mentalt tøff, opplevde hun det som en positiv og viktig del av prosessen, der hun gradvis økte sin robusthet.

Så jeg gikk ut og jeg kjente på redselen når jeg gikk, så det var mentalt tøft, (...) for jeg måtte jo gå der alene og være redd.” Og videre: “(...) men når jeg da gjorde det,

og jeg så at det gikk bra gang på gang, (...) så ble jo det trygghet i seg selv (...), da jeg fikk den erfaringen.” (Helle)

Lars jobbet også med å gradvis finne tilbake til et normalt nivå av fysisk aktivitet. Noen ganger kunne han øke intensitet og belastning uten symptomer, mens andre ganger ble det for mye, og han fikk et tilbakefall. I slike situasjoner var det til stor hjelp å kunne diskutere hva som hadde skjedd med terapeuten. Slik ga de mening til symptomene han opplevde, at de ikke nødvendigvis var et tegn på en overbelastning eller skade, men et tilsvar på at han hadde utfordret kroppen. *“Altså en liten symptomøkning når du har vært ute og prøvd noe nytt, det er ikke farlig; det er bare en kvittering på at du har gjort noe riktig,”* påpekte Lars. Gjennom å erfare at han tålte treningen og belastningen han gradvis utsatte seg for, fikk Lars økende tillit til at han var inne på rett spor. Terapeuten hadde hjulpet ham med å sette ord på forskjellige tilvente reaksjoner, og til å endre tankesettet sitt først gjennom samtale, deretter med praktiske øvelser. Lars forklarte at positive erfaringer fra den praktiske eksponeringen var spesielt viktige for ham. De ble en slags bekræftelse på at det som hadde blitt sagt, faktisk stemte. Han fortalte det slik: *“Før du skal hoppe så er det vondt, men etterpå så tenker du at det var lett, og at det er derfor det liksom... Troen kommer etter du har utført noe, og ikke før.”*

5. Diskusjon

I dette kapitlet diskuteres først Bjørke og Erås-modellen i forhold til andre behandlingsmodeller med en biopsykososial forståelse av muskelskjelettplager. Videre utdypes forståelsen av studiens sentrale funn som diskuteres opp mot tidligere forskning. Kapitlet avsluttes med metodediskusjon.

5.1 Hva er hva - en utvidet forståelse av langvarige muskelskjelettplager

Informantene fortalte om bedring i plagene sine, økt kapasitet til mestring av utfordringer og aktiviteter i dagliglivet, og en god behandlingsrelasjon. I Bjørke-Erås-modellen (BEM) legges det vekt på en utvidet forståelse av pasientens plager med hensyn til bevegelsesfrykt, stressbelastning og livsstil. Modellen er et pedagogisk verktøy som skal gi pasientene (og

terapeuten) en oversikt over hva som påvirker symptomene deres i måten de lever på, og er første ledd i å gi dem en endret forståelse av sine plager (Bjørke 2018). Det å se etter sammenhenger mellom livsbelastning og plager, samt gi mening til pasientens symptomer, er også viktig innen psykomotorisk fysioterapi (PMF) (Øien 2009) og Kognitiv funksjonell terapi (KFT) (Vibe Fersum 2019). KFT og BEM står muligens nærmere hverandre i behandlingsfilosofi. Begge legger vekt på en kognitiv og rasjonell bearbeiding av hva smerter og andre symptomer kan bety, og de forsøker å identifisere faktorer i pasientens liv som kan bidra til økt stressbelastning, for eksempel søvnproblemer, kognitiv komborbiditet eller yrkesrelatert stress. Dette er prinsipper som er forskningsmessig godt belagt, altså adressering av “fear avoidance” (Leeuw et al. 2007), “pacing” (Antcliff et al. 2017) og allostatisk belastning (Arroll 2013). Eksponeringstrening og aktivitetsregulering kan være aktuelt som behandling i begge metodene, men i KFT har man nok et ekstra øye for betydningen av uhensiktsmessige bevegelsesmønstre og “bracing” som drivere for korsryggplager (Vibe Fersum 2019). KFT retter seg i hovedsak mot pasienter med korsryggplager, mens BEM ikke er definert for noen spesiell diagnosegruppe.

Det er også viktig å se på betydningen av kroppsundersøkelsen, som er til stede i alle tre metodene, og hvordan funn fra denne påvirker behandlingstiltakene. BEM benytter en manuellterapeutisk undersøkelse for å avdekke eventuelle somatiske smertegeneratorene eller funksjonsnedsettelse, samtidig som man ønsker å bygge opp under pasientens kroppslige ressurser, altså de sterke sidene (Bjørke 2018). I KFT er det viktig å kartlegge bevegelsesmønstre, pust og spenninger, og vurdere deres rolle i opprettholdelsen av pasientens plager. Adressering av frykt knyttet til pasientens bevegelsesstrategier står også sentralt (Vibe Fersum 2019). I PMF er spenningsmønstre i muskulatur og pust, samt kroppslige reaksjoner vesentlige å kartlegge i kroppsundersøkelsen. Man jobber med spenning og pust gjennom hele behandlingsforløpet, bruker kroppslige innfallsvinkler for å forstå sammenhenger mellom for eksempel angst, depresjon, livssituasjon og pasientens plager, og jobber med å overføre innsikter fra behandlingen til dagliglivet (Dragesund et al. 2020). Disse forskjellene i behandlingstilnærmingene hadde det vært interessant å gå videre inn i.

5.2 Tidligere møter med helsevesenet - modning gjennom mangel på bedring ved tidligere behandling

Langvarige muskelskjelettplager, slik informantene hadde, påvirkes blant annet av kognitive og kontekstuelle faktorer, som tanker, tidligere erfaringer og sosial støtte (Linton 2018). Det fordrer at behandlingen også bør inneholde elementer som tar for seg disse aspektene, noe som blir stadig mer aktuelt innenfor fysioterapibehandling og forskning på langvarige muskelskjelettplager (Linton 2018, Vibe Fersum 2019). Sannsynligvis har ikke pasienter alltid grunnlag for å forstå hvilke viktige sammenhenger muskelskjelettplagene deres påvirkes av. Flere av informantene fortalte sågar at det virket logisk for dem med en ensidig “fysisk” behandlingstilnærming til plagene da de først begynte i behandling. Siv hadde lenge hatt vondt i nakken og en arm, mens Jorunn hadde varige smerter i en skulder. Det var naturlig å forvente spesifikk behandling rettet mot disse avgrensede kroppsregionene, slik de fortalte det. En kan også tenke seg at helseproblemene kanskje virket mer avgrenset fysiske (“biomedisinske”) for begge parter i terapirelasjonen, da informantene først startet i behandling. Likevel har terapeuten et større ansvar for å søke etter psykososiale faktorer som kan disponere for langvarige muskelskjelettplager. Til tross for økende evidens omkring viktigheten av psykososial kartlegging i behandlingen av kroniske muskelskjelettplager, er det fortsatt mange fysioterapeuter som vegrer seg for å endre sin praksis, som tradisjonelt har vært preget av et ensidig, fysisk fokus (Synnott 2015). Samtidig er det ikke alle pasienter som er mottagelige for en slik type behandling (Bunzli 2016). Både Siv og Lars var usikre på hvordan de ville ha reagert på nåværende terapeuts tilnæringsmetode hvis de var fem år yngre, og Helle og Kristina var innom flere ensrettede behandlingsformer (inkludert psykolog) før de endte opp hos nåværende terapeut. Kanskje trengte de tid på seg for å forstå at de trengte en mer helhetlig behandling. Informantene ga uttrykk for at “noe manglet” i tidligere behandling, men det kan ha vært nåværende terapeut som gjorde dem oppmerksomme på dette og slik bidro til et skifte av fokus. I følge stadieteorier for endring må mennesker vite *hva* som skal endres før de kan gjøre endringer (Prochaska 1997). Å erkjenne problemets natur er med andre ord en forutsetning for å kunne gjøre noe med det. Behandlingsforløp uten ønsket effekt kan likevel ha fungert som en modningsprosess for informantene, og gjort at de lettere aksepterte en biopsykososial forklaringsmodell for sine plager når denne først ble presentert. I Scott-Dempster et al. sin studie (2017) foreslås det

sågar pasienter som har “nådd bunnen” kan bli mer åpne for å prøve en ny behandlingstilnærming.

5.3 Møte med nåværende behandler: Terapeutisk allianse og tillit.

Informantene ble alle anbefalt sin nåværende behandler fra en annen tillitsperson, altså en venn, et familiemedlem, eller annet helsepersonell. Denne “forhåndsgodkjenningen” kan ha vært med på å danne et grunnlag for positive forventninger og tro på alliansebygging allerede før første konsultasjon. Hvis man samtidig antar at anbefalingen ga økt tro på bedring for pasientene, kan dette ytterligere ha styrket troen på en god terapeutisk allianse (Connolly Gibbons 2003). Til tross for positive forventninger visste ikke informantene helt hva de gikk til. Siv fortalte at hun ikke hadde forventet samtaleterapi. Jorunn ble overrasket over at terapeuten ikke avdekket “feil” i hennes kropp i den fysiske undersøkelsen. Tvert i mot mente han at hun var fysisk sterk! Hvis terapeuten ikke hadde avklart slike forventninger tidlig i behandlingen, kunne dette ha skapt brudd i alliansen (Safran 2000). Tidlige forventningsavklaringer av denne art ser altså ut til å ha banet vei for tillit til terapeuten, noe som også er vist i andre studier (Martin et al. 2000, Safran 2000). Noe lignende ser vi også i beskrivelsen av eksponeringstreningen. Der informantene opplevde en oppblussing av sine symptomer, kunne det lett ha ført til usikkerhet omkring egen mestring og hvorvidt øvelsene var egnet for dem. Slik både Helle og Lars fortalte, var refleksjon over disse episodene viktig for dem i forståelsen av egne symptomer og hvor deres tålegrenser gikk. Oppklaringen og refleksjonen sammen bidro til å opprettholde tillit.

Alle informantene beskrev at de hadde en høy grad av tillit til nåværende terapeut, og flere pekte på at terapeuten spurte om og var interessert i “alt”. Den biopsykososiale forståelsen legger nettopp til rette for å ha pasientens erfaringsverden og plagenes konsekvenser i fokus (Borrell-Carrió 2004). For å danne meningsfulle behandlingsmål bør man vite hva som er viktig for pasienten, hva hen ønsker å oppnå, og hva som står i veien for dette (Booth 2017). Deltakerne ga altså terapeutene et godt skussmål når det gjelder dette. Samtidig fortalte Siv at hun ennå ikke trodde helt på at PC-arbeid var ufarlig for henne, slik terapeuten sa, og Helle tok fortsatt kontakt med terapeuten ved oppblussing av symptomer. Lars beskrev at han hadde tillit til behandleren fra første konsultasjon, men at han likevel trengte bekreftelse gjennom

positive erfaringer underveis i behandlingen. Det antyder at arbeidet med å utforske aktiviteter og aktivitetsnivå i forhold til egne tålegrenser var stadig pågående, og at de trengte ytterligere råd og “trygging” på egne erfaringer. Informantene hadde arbeidsoppgaver relatert til aktiviteter de ønsket å gjenoppta, men intervjuene kunne ha gått nærmere inn på hvordan utviklingen av behandlingsmål foregikk i praksis, og hvordan pasientenes erfaringer med dette var. I blant kan langvarige smerter eller redusert helse begrense pasienters evne til å konkretisere sine mål (Alanko et al. 2019), og det er ikke alltid at terapeuten ser godt nok hva som fremmer eller hemmer pasienten i å komme videre. Forhandlinger og utforsking av hva som fungerer og ikke er en prosess, og selv om informantene fortalte om refleksjon knyttet til oppblussing av symptomer etter aktivitet, vet vi ikke nok om hvordan dette fungerte i denne studien. Uansett er altså tillit ikke noe man har betingelsesløst når den først er etablert, den må stadig fornyes og bekreftes for å opprettholdes i terapirelasjonen. I en studie av langvarige behandlingsprosesser i psykomotorisk fysioterapi, viser Øien og medarbeidere (2011) at den terapeutiske alliansen skapes og gjenskapes i pågående forhandlinger mellom partene, med utgangspunkt i små og litt større brudd i samhandlingen. I en studie innen psykoterapi kom det fram at mellommenneskelige egenskaper og terapeutisk allianse var viktigere enn selve behandlingsteknikkene som ble brukt (Lambert 2001). Dette er sannsynligvis overførbart til en fysioterapikontekst hvor man adresserer psykososiale aspekter.

5.4 Fra uhensiktsmessige tankemønstre til ny forståelse - å endre tolkning og antagelser

Intervjupersonene fortalte at der det ble kartlagt en uhensiktsmessig forståelse av egne symptomer, eller utfordringer med stressmestring, ble dette adressert tidlig. En tidlig avklaring kan sørge for å etablere en status quo og komme til enighet om hvilke mål man skal jobbe mot. Dette er i tråd med studier gjort av Bunzli et al. (2016) og Vibe Fersum et al. (2019). Samtidig vil bearbeiding av forståelse for egne symptomer kunne føre til mindre engstelse og frykt, slik både Siv og Jorunn erfarte med å prøve ut aktiviteter de hadde unngått, nemlig dataarbeid og trening. Ved å bli kjent med det ukjente (her på forståelsesplanet) vil man også kunne påvirke smerteopplevelsen i positiv retning (van der Meulen 2017, Adamczyk 2020). Dette så vi tydelig hos Jorunn som fortalte om en momentan endring i plagene da hun lærte om den bakenforliggende årsaken. For Siv tok det lenger tid å

venne seg til dataarbeid igjen, og hun uttrykte at hun fortsatt trengte oppfølging fra terapeuten da intervjuet fant sted. En mulig årsak til denne forskjellen kan ha vært at Jorunn kunne redusere smertene ved å unngå eller regulere treningen, mens Siv var mer tvunget til å tyne grensene sine bak tastaturet for å rekke tidsfrister knyttet til sine studier. Denne repetitive smerteprovokasjonen kan ha ført til høyere grad av sensitivisering eller nociplastisk smerte hos Siv. Man ser også forskjeller i individers nevralt plastisitet, altså hvor raskt de tilpasser seg nye erfaringer. Langvarige smerter kan gjøre at hjernen danner sterke synapser med forankring i affektive, assosiative nettverk (Moseley 2017). Disse endringene på mikronivå kan imidlertid påvirkes både av aktivitetsnivået og av tanker og følelser (stressreaksjoner). Kanskje hadde Siv en tendens til katastrofetenkning når hun satt bak PC-skjermen, eller følte hun seg presset med tanke på studieprogresjonen? Dette er det mangelfull informasjon om. Det er vist at negative assosiasjoner og selv enkeltord assosiert med smerte kan øke aktiviteten i smerterelaterte nettverk (Kelly 2007), noe som viser viktigheten av å endre både forståelsen av egne symptomer og hvordan man omtaler dem. Jorunn fortalte at terapeuten lærte henne å skille mellom en “vondte” og en “skade”, noe som dempet frykten hun tidligere hadde i forbindelse med trening. I dette bildet er det også interessant å trekke inn Kristina, som fryktet for at plagene hennes var psykosomatiske, eller bare “satt i hodet”. Dette kan være relatert til et samfunnsmessig tabu hvor “psykiske” diagnoser har lavere status enn de “somatiske”. Både leger og sykepleiere plasserer psykiske og kroniske diagnoser lavt på rangstigen (Album et al. 2008, Johannessen 2020), en holdning man kan se for seg at forekommer også i samfunnet for øvrig. Stigmatisering eller frykt for stigmatisering kan bidra til opprettholdelse av smerte (Sapolsky 2004). Et “ulykkelig” skille mellom psyke og soma kan hos mange bidra til å hindre forståelsen for sammenhenger mellom kroppslige plager, følelser og liv.

Forhøyet stress og symptomforståelse var også sentralt i Lars’ historie. Han hadde vært vant til hardkjør på jobb, trening og sosialt. Etter hodeskaden tålte han ikke det høye tempoet lenger, og måtte redusere arbeidsbelastning, treningsintensitet og sosial omgang. For ham ble det grunnleggende å forstå hvordan jobb, trening, søvn, kosthold og tanker omkring dette påvirket hvordan han hadde det. Både det å forstå sammenhengen og klare å gjøre livsstilsendringene som må til, ses på som sentralt i behandlingen av langvarige muskelskjelettplager (Linton 2018).

5.5 Veiledet eksponering - å utfordre sin frykt

Den praktiske delen av behandlingen knyttet til aktiviteter i det daglige ble beskrevet som viktig for informantenes mestringsfølelse, og en bekreftelse på at deres endrede symptomforståelse var hensiktsmessig. Informantene hadde spesifikke arbeidsoppgaver opp mot en aktivitet de ønsket å returnere til: Helle gjenopptok sine aktiviteter som å gå til fots eller på ski, Siv jobbet med pusten foran PCen, mens Lars løp, syklet eller gikk på ski, som var velkjente aktiviteter for ham. Flere studier viser at fysisk aktivitet kan ha positiv effekt på langvarige smerter og nedsatt funksjon (Ambrose et al. 2015, Geneen 2017), men samtidig er det også vist at endringer i eksempelvis styrke eller utholdenhet ikke korrelerer med endret smerte (Steiger 2012). Informantene kunne muligens ha oppnådd bedret funksjon med vanlig trening. Samtidig ville det ikke nødvendigvis hatt positiv effekt på plagene deres, hvis kognitive faktorer som redsel for økt smerte eller skade ved fysisk aktivitet var de viktigste symptomdriverne. Studier har vist at eksponeringstrening har større potensial til å forbedre bevegelsesfrykt og lignende kognitive faktorer enn gradert trening (Leeuw et al. 2008, George 2010). Siden Lars, Siv og Jorunn allerede hadde forsøkt treningsintervensjoner uten å lykkes, kan man kanskje forklare de positive endringene de nå hadde opplevd primært ut ifra kognitive aspekter og endret forståelse av plagene. Dette er noe andre fysioterapitilnæringer basert på en biopsykososial forståelse også har bevissthet rundt (Moseley 2015, Booth 2017). For fibromyalgipasienter er det dog vist at moderat fysisk trening framfor høyintensiv trening, bidrar til reduserte smerter og bedret funksjon (Rain 2015). Å ta et visst hensyn til smertene, ikke bare utfordre, kan altså være hensiktsmessig for denne pasientgruppen.

Helle fortalte at hun i lengre tid hadde fått beskjed om å hvile og ta det med ro. Dette ga også mening når økt aktivitet førte til økte symptomer. Samtidig var det hennes eneste behandlingsverktøy, og hun ble ikke bedre. Å redusere aktivitetsnivået kan være fornuftig i en akutt fase, for eksempel etter en hodeskade (McCrary et al. 2017) eller et ankelovertråkk (Doherty et al. 2017). Når plagene derimot vedvarer over flere måneder eller år, er hvilens potensial sannsynligvis oppbrukt. Helle og manuellterapeuten jobbet med å finne arenaer som skapte positive assosiasjoner, noe som først bare var å komme seg ut og gå. Gåing i seg selv kan ha effekt på funksjonen hos pasienter med langvarige muskelskjelettplager (Jeong 2017).

Helle beskrev samtidig at refleksjon rundt oppblussing av symptomer var betryggende, og førte til at hun gradvis tålte mer fysisk og sosial aktivitet. Belastningsregulering er et viktig poeng innenfor behandling av både smerter og tretthetssyndrom. Man kommer ingen vei ved å hvile seg til mål, men det kan være nyttig å dosere fysisk aktivitet og daglige gjøremål med rett progresjon underveis, også kalt “pacing” (Antcliff 2018). “Pacing” var også relevant for Lars. Der Helle sannsynligvis gjorde for lite, måtte Lars begrense totalbelastningen. Han fikk hjelp til å identifisere og redusere stressbelastninger han hadde i hverdagen, og gradvis øke toleransen for fysiske og sosiale utfordringer. Prinsippet om å finne det “optimale” aktivitetsnivået var aktuelt hos begge, men måtte implementeres ulikt. Det viser noe av viktigheten med det “kliniske blikket”, og at pasient og terapeut sammen må utforske hva som er en optimal balanse mellom å utfordre seg selv, og trekke seg tilbake og restituere. Behandling av mennesker kan ikke følge en kokebokoppskrift, men må være skreddersydd og individuelt tilpasset (Booth 2017). Det å finne balanse mellom innsats og hvile, eller utforske og utfordre egne tålegrenser, er løftet fram i flere studier som vesentlige prosesser hos pasienter med kroniske muskelskjelettplager og fibromyalgi, som har blitt bedre eller helt friske på egenhånd (Råheim et al. 2006, Grape et al. 2015). Fra intervjuer med pasienter innen psykomotorisk fysioterapi, trekker Dragesund og Øien (2020) fram økt kjennskap og eierskap til egne kroppslige reaksjoner som viktig for å kunne overføre endringer fra behandlingsrommet til hverdagen.

5.6 Validitet, overførbarhet og forskerens rolle

5.6.1 Validitet og overførbarhet

Kontakten med informantene ble formidlet av terapeutene. Selv om det ble understreket at informantenes ytringer under intervjuet ikke ville påvirke eventuell videre behandling, kan dette ha gjort dem mer vare for å komme med kritikk eller fortelle om negative erfaringer. Dette kan ha vært spesielt aktuelt for de to informantene som fortsatt gikk i behandling da intervjuene ble foretatt. En rekrutteringsprosess som ikke involverte den nåværende terapeuten kunne ha fått frem flere sider ved behandlingen, noe som antydes i omtalen av intervjupersonenes tidligere behandlingserfaringer.

Utvalget var delvis strategisk, delvis et bekvemmelighetsutvalg. Selv om man ikke ønsker et representativt utvalg slik epidemiologisk forskning beskriver det, er det viktig å få et bredt utvalg når det gjelder erfaringer og refleksjoner (Malterud 2013, s 61). Grunnet masteroppgavens begrensede omfang kunne man ikke rekruttere mange nok informanter til å nå en “metning”, altså når innlemming av flere respondenter ikke fører til økt bredde i datamaterialet. Samtidig ga datagrunnlaget et bredt spekter av refleksjoner og meningsfulle historier, noe som kan gjøre at utvalget likevel var tilfredsstillende med tanke på å kunne besvare problemstillingen (ibid).

At kun pasienter med bedring ble inkludert, kan ha gjort at materialet fikk et ensidig perspektiv, og det kunne ha vært interessant å undersøke hvilke erfaringer pasienter uten bedring hadde. Samtidig gir studien noe viten om hva som kan oppleves som manglende i et behandlingsforløp for langvarige muskelskjelettplager hos fysioterapeut, her gjennom beskrivelser av tidligere behandling uten varig effekt.

Av smittevern hensyn ble intervjuene gjennomført per telefon. Dette kan ha gjort at non-verbal kommunikasjon som kroppsspråk og ansiktsuttrykk gikk tapt, både for intervjuer og informant. Slik Kvale og Brinkmann (2015) understreker, handler kvalitative forskningsintervjuer om “InterViews” - både informant og intervjuer bidrar til hva som kommer fram. Det kunne ha vært nyttig å etterspørre i større grad hva informantene erfarte som deres største kognitive utfordringer nå, mer om re-etablering av gamle vaner, og hvilke kroppslig-emosjonelle forhold de strevde mest med i relasjon til plagene sine. Alle disse aspektene ble berørt, men her kunne det vært mer å hente. Ikke minst kunne forsker vært mer oppmerksom på å etterspørre hva informantene eventuelt savnet i nåværende behandling til tross for bedring. Hvis de var enda mer komfortable i situasjonen kunne det kanskje åpnet for dypere refleksjoner. Et møte ansikt til ansikt kunne ha styrket betydningen av et imøtekommende kroppsspråk og gjort informantene mer åpne for å dele sine erfaringer. En ukjent stemme i en telefon er kanskje ikke like betryggende. Under forholdene virket likevel telefonisk kontakt som et godt alternativ til intervjuer i samme, fysiske rom.

Det retrospektive perspektivet i intervjuene kan gjøre at man går glipp av interessante aspekter ved endringsprosessene i behandlingen. Informantene kan ha glemt vesentlige

hendelser fra behandlingen, eller forhold av betydning for plagene i dagliglivet. Samtidig kan tidsforløpet også ha gjort dem mer bevisste på hva som var viktigst for dem i behandlingen. Det kunne ha vært interessant å utforske disse prosessene grundigere gjennom intervjuer underveis i et behandlingsforløp.

Jeg fulgte en godt beskrevet, systematisk framgang i analysen, som motvirker å trekke forhastede slutninger. Hvilke temaer som kommer fram under dataanalysen er gjerne et spørsmål om tolkning fra forskerens side. Her fikk jeg også en medhjelper uten helsefaglig bakgrunn til å lese gjennom transkripsjonene og komme med temaene hun så i datamaterialet, hvorpå vi sammenlignet våre funn. Dette var med på å styrke funnernes troverdighet. Diskusjon med og innspill fra veileder bidro også til ytterligere bearbeiding av datamaterialet i analysen.

Som nevnt under metodebeskrivelsen, ble kvalitative intervjuer vurdert som godt egnet for å fordype forståelsen av pasienters erfaringsverden. Det er presentert aktuell teori og metodiske overveielser underveis, og funnene er diskutert opp mot det teoretiske grunnlaget. Det er forsøkt fulgt en rød tråd fra problemstilling til konklusjon, hvor alle deler bidrar til det totale kunnskapsgrunnlaget. Dette borger for gjennomsiktighet (transparency), som også er et validitetskriterium (Malterud 2001). Sentrale funn i studien har paralleller til funn i tidligere relevant forskning, som for eksempel Bunzli et al. (2016) og Fersum et al. (2019). Dette styrker en mulig overførbarhet til lignende sammenhenger. Samtidig er også pragmatisk validitet ((Malterud 2001) aktuell, nemlig om funn fra studien oppleves som relevante for terapeuter og/eller pasienter i lignende behandlingskontekster og med lignende helseproblematikk, og dermed bør tas i bruk og prøves ut videre.

5.5.2 Refleksjoner rundt forskerens rolle

Forforståelse og åpenhet, nærhet og distanse er viktige tema i kvalitativ forskning, og knyttet til forskerens rolle og refleksivitet (Malterud 2013, s 40). Å forstå på bakgrunn av forforståelse som en betingelse for å forstå overhodet, er trukket sterkt fram i den hermeneutiske tenkningen. Det å stille seg bevisst åpen og sette forforståelse på prøve for å nå en ny forståelse er vesentlig (Thornquist 2018, s 171). Min forforståelse som fysioterapeut

gjorde at jeg hadde noen antagelser om hva informantene kom til å beskrive som vesentlige erfaringer i sine behandlingsforløp. Dette kommer fram av spørsmålene i intervjuguiden. Jeg hadde også tanker om at behandlingsmetoden var god, basert på min kjennskap til Bjørke-Erås-modellen fra før av. Samtidig var utgangspunktet for studien at jeg genuint var interessert i pasientenes perspektiv, noe som gjorde at jeg stilte med et så åpent sinn som mulig gjennom intervjuer og analyse. Min forforståelse har gjort at jeg stilte relevante spørsmål, men kan likevel ha gjort at jeg ikke boret dypt nok i eventuelle negative erfaringer med behandlingsmetoden eller behandlerne. At det kom fram temaer som ikke var nevnt i intervjuguiden kan tyde på at jeg ikke visste nok om endringsprosesser i fysioterapibehandling på forhånd, men at jeg også klarte å bevege meg vekk fra min forforståelse underveis i intervjuene. Dialogen mellom intervjuer og informant var likevel påvirket av min bakgrunn som kliniker, som kan ha vært både en fordel og en ulempe. Samtidig har jeg lite erfaring med forskningsintervjuer; en mer erfaren intervjuer ville sannsynligvis ha avdekket flere aspekter ved temaene som ble diskutert.

6. Konklusjon

Denne studien har undersøkt hva pasienter med langvarige muskelskjelettplager erfarer som viktige aspekter ved deres behandlingsforløp hos manuellterapeuter som undersøker og behandler ut ifra biopsykososiale prinsipper. Hovedfunnene peker i retning av disse sentrale punktene: Tillit til behandleren; ny eller utvidet forståelse av egne symptomer; aktiv jobbing med mestring av egen bevegelsesfrykt og engstelse over sine symptomer; gjenopptagelse av meningsfull aktivitet. Det hele rammes inn av en pågående utforskning av egne tålegrenser i samarbeid med og med støtte fra behandler. Det kan trekkes paralleller til funn i tidligere relevant forskning som styrker en mulig overførbarhet til lignende sammenhenger.

For videre forskning er det flere innfallsvinkler som kunne ha vært interessante å se på. Hvilke erfaringer har pasienter uten bedring etter fysioterapibehandling? Ville intervjuer av pasienter underveis i et behandlingsforløp gitt andre resultater enn denne retrospektive studien? Hvordan er behandlingseffekten av Bjørke-Erås-modellen for en større populasjon, sammenlignet med en kontrollgruppe og/eller andre behandlingsmetoder?

Referanser

Ackerman, S. J. and M. J. Hilsenroth (2003). "A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance." Clinical Psych. Review **23**(1): 1-33.

Adamczyk, A. K., T. S. Ligeza and M. Wyczesany (2020). "The dynamics of pain reappraisal: the joint contribution of cognitive change and mental load." Cognitive, affective & behavioral neuroscience **20**(2): 276-293.

Alanko, T., M. Karhula, T. Kröger, A. Piirainen and R. Nikander (2019). "Rehabilitees perspective on goal setting in rehabilitation – a phenomenological approach." Disability and Rehabilitation **41**(19): 2280-2288.

Album, D. and S. Westin (2008). "Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students." Social Science & Medicine **66**(1): 182-188.

Ambrose, K. R. and Y. M. Golightly (2015). "Physical exercise as non-pharmacological treatment of chronic pain: Why and when." Best Pract Res Clin Rheumatol **29**(1): 120-130.

Antcliff, D., M. Campbell, S. Woby and P. Keeley (2017). "Activity Pacing is Associated With Better and Worse Symptoms for Patients With Long-term Conditions." Clin J Pain **33**(3): 205-214.

Antcliff, D., P. Keeley, M. Campbell, S. Woby, A. M. Keenan and L. McGowan (2018). "Activity pacing: moving beyond taking breaks and slowing down." Qual Life Res **27**(7): 1933-1935.

Arroll, M. A. (2013). "Allostatic overload in myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome (ME/CFS)." Med Hypotheses **81**(3): 506-508.

Beales, D., M. Kendell, R. P. Chang, M. Håmsø, L. Gregory, K. Richardson and P. O'Sullivan (2016). "Association between the 10 item Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire and physiotherapists' perception of the contribution of biopsychosocial factors in patients with musculoskeletal pain." Man Ther **23**: 48-55.

Beltran-Alacreu, H., I. Lopez-de-Uralde-Villanueva, J. Fernandez-Carnero and R. La Touche (2015). "Manual Therapy, Therapeutic Patient Education, and Therapeutic Exercise, an Effective Multimodal Treatment of Nonspecific Chronic Neck Pain: A Randomized Controlled Trial." Am J Phys Med Rehabil **94**(10 Suppl 1): 887-897.

Bjørke, G. E., Øyvind (2018). Symptomer i et systemperspektiv. V. Ølstørn. Youtube, Faggruppen for Manuellterapi, NFF.

Booth, J., G. L. Moseley, M. Schiltenswolf, A. Cashin, M. Davies and M. Hübscher (2017). "Exercise for chronic musculoskeletal pain: A biopsychosocial approach." Musculoskeletal Care **15**(4): 413-421.

Borrell-Carrió, F., A. L. Suchman and R. M. Epstein (2004). "The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry." Ann Fam Med **2**(6): 576-582.

Bunzli, S., S. McEvoy, W. Dankaerts, P. O'Sullivan and K. O'Sullivan (2016). "Patient Perspectives on Participation in Cognitive Functional Therapy for Chronic Low Back Pain." Phys Ther **96**(9): 1397-1407.

Chapman, C. R., R. P. Tuckett and C. W. Song (2008). "Pain and stress in a systems perspective: reciprocal neural, endocrine, and immune interactions." J Pain **9**(2): 122-145.

Connolly Gibbons, M. B., P. Crits-Christoph, C. de la Cruz, J. P. Barber, L. Siqueland and M. Gladis (2003). "Pretreatment expectations, interpersonal functioning, and symptoms in the prediction of the therapeutic alliance across supportive-expressive psychotherapy and cognitive therapy." Psychother Res **13**(1): 59-76.

Dar, R., D. Ariely and H. Frenk (1995). "The effect of past-injury on pain threshold and tolerance." Pain **60**(2): 189-193.

Doherty, C., C. Bleakley, E. Delahunt and S. Holden (2017). "Treatment and prevention of acute and recurrent ankle sprain: an overview of systematic reviews with meta-analysis." Br J Sports Med **51**(2): 113-125.

Dragesund, T. and M. Råheim (2008). "Norwegian psychomotor physiotherapy and patients with chronic pain: Patients' perspective on body awareness." Physiotherapy Theory and Practice **24**(4): 243-254.

Dragesund, T. and A. M. Øien (2020). "Transferring patients's experiences of change from the context of physiotherapy to daily life." International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being **15**(1): 1735767.

Erås, Ø. (2019). Tillatelse til bruk av Bjørke-Erås-modellen i prosjektoppgave. A. E. Henriksen. E-mail.

Fossheim, H., J. Hølen and H. Ingierd (2013). Barn i forskning
Etiske dimensjoner, De nasjonale forskningsetiske komiteene.

Geneen, L. J., R. A. Moore, C. Clarke, D. Martin, L. A. Colvin and B. H. Smith (2017). "Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews." Cochrane Database Syst Rev **1**(1): Cd011279.

George, S. Z., V. T. Wittmer, R. B. Fillingim and M. E. Robinson (2010). "Comparison of graded exercise and graded exposure clinical outcomes for patients with chronic low back pain." J Orthop Sports Phys Ther **40**(11): 694-704.

Grape, H. E., K. N. Solbrække, M. Kirkevold and A. M. Mengshoel (2015). "Staying healthy from fibromyalgia is ongoing hard work." Qual Health Res **25**(5): 679-688.

Gundersen, D. H., Leif. (2018, 28.05.2018). "Kvalitet." Retrieved 16.10.2019, 2019, from <https://snl.no/kvalitet>.

Hannibal, K. E. and M. D. Bishop (2014). "Chronic stress, cortisol dysfunction, and pain: a psychoneuroendocrine rationale for stress management in pain rehabilitation." Phys Ther **94**(12): 1816-1825.

Helseforskningsloven. (2008, 20.06.2008). "Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven.) Retrieved 16. oktober, 2019, from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>.

Ihlebaek, C., S. Brage and H. R. Eriksen (2007). "Health complaints and sickness absence in Norway, 1996-2003." Occup Med (Lond) **57**(1): 43-49.

Jeong, S. and S. Cho (2017). "Acceptance and patient functioning in chronic pain: the mediating role of physical activity." Qual Life Res **26**(4): 903-911.

Johannessen, L. E. F., D. Album and E. B. Rasmussen (2020). "Do nurses rate diseases according to prestige? A survey study." J Adv Nurs **76**(7): 1691-1697.

Johansson, K. (2016) "Mellom hermeneutikk og fenomenologi - et essay i vitenskapsteori." **2**.

Katz, N. (2002). "The Impact of Pain Management on Quality of Life." Journal of Pain and Symptom Management **24**(1, Supplement 1): S38-S47.

Kelly, S., D. Lloyd, T. Nurmikko and N. Roberts (2007). "Retrieving Autobiographical Memories of Painful Events Activates the Anterior Cingulate Cortex and Inferior Frontal Gyrus." The Journal of Pain **8**(4): 307-314.

Kvale, S. B., Svend (2015). Det kvalitative forskningsintervju. Oslo, Norge, Gyldendal akademisk.

Lambert, M. J. and D. E. Barley (2001). "Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome." Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training **38**(4): 357-361.

Leeuw, M., M. E. Goossens, G. J. van Breukelen, J. R. de Jong, P. H. Heuts, R. J. Smeets, A. J. Köke and J. W. Vlaeyen (2008). "Exposure in vivo versus operant graded activity in chronic low back pain patients: results of a randomized controlled trial." Pain **138**(1): 192-207.

Leeuw, M., M. E. J. B. Goossens, S. J. Linton, G. Crombez, K. Boersma and J. W. S. Vlaeyen (2007). "The Fear-Avoidance Model of Musculoskeletal Pain: Current State of Scientific Evidence." Journal of Behavioral Medicine **30**(1): 77-94.

Linton, S. J., I. K. Flink and J. W. S. Vlaeyen (2018). "Understanding the Etiology of Chronic

Pain From a Psychological Perspective." Phys Ther **98**(5): 315-324.

Linton, S. J., J. Vlaeyen and R. Ostelo (2002). "The back pain beliefs of health care providers: are we fear-avoidant?" J Occup Rehabil **12**(4): 223-232.

Malterud, K. (2001). "Qualitative research: standards, challenges, and guidelines." Lancet **358**(9280): 483-488.

Malterud, K. (2013). Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring. Oslo, Norge, Universitetsforlaget AS.

Martin, D. J., J. P. Garske and M. K. Davis (2000). "Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review." J Consult Clin Psychol **68**(3): 438-450.

McCrorry, P., W. Meeuwisse, J. Dvorak, M. Aubry, J. Bailes, S. Broglio, R. C. Cantu, D. Cassidy, R. J. Echemendia, R. J. Castellani, G. A. Davis, R. Ellenbogen, C. Emery, L. Engebretsen, N. Feddermann-Demont, C. C. Giza, K. M. Guskiewicz, S. Herring, G. L. Iverson, K. M. Johnston, J. Kissick, J. Kutcher, J. J. Leddy, D. Maddocks, M. Makdissi, G. T. Manley, M. McCrea, W. P. Meehan, S. Nagahiro, J. Patricios, M. Putukian, K. J. Schneider, A. Sills, C. H. Tator, M. Turner and P. E. Vos (2017). "Consensus statement on concussion in sport—the 5th international conference on concussion in sport held in Berlin, October 2016." British Journal of Sports Medicine **51**(11): 838-847.

McEwen, B. S. (2005). "Stressed or stressed out: what is the difference?" Journal of psychiatry & neuroscience : JPN **30**(5): 315-318.

McEwen, B. S. (2016). "In pursuit of resilience: stress, epigenetics, and brain plasticity." Ann N Y Acad Sci **1373**(1): 56-64.

McEwen, B. S. and E. Stellar (1993). "Stress and the individual. Mechanisms leading to disease." Arch Intern Med **153**(18): 2093-2101.

Mitchell, T., D. Beales, H. Slater and P. B. O'Sullivan (2017). Musculoskeletal Clinical Translation Framework: From Knowing to Doing, Curtin Research Publications.

Moseley, G. L. (2007). "Reconceptualising pain according to modern pain science." Physical

Therapy Reviews **12(3)**(01 September 2007): 169-178.

Moseley, G. L. and D. S. Butler (2017). Explain Pain Supercharged, Noigroup publications.

Moseley, G. L. and J. W. Vlaeyen (2015). "Beyond nociception: the imprecision hypothesis of chronic pain." Pain **156(1)**: 35-38.

Nicholas, M., J. W. S. Vlaeyen, W. Rief, A. Barke, Q. Aziz, R. Benoliel, M. Cohen, S. Evers, M. A. Giamberardino, A. Goebel, B. Korwisi, S. Perrot, P. Svensson, S.-J. Wang, R.-D.

Treede and T. I. T. f. t. C. o. C. Pain (2019). "The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain." PAIN **160(1)**: 28-37.

Nielsen, C. e. a. (2018, 16.04.2018). "Langvarig smerte." from <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/smerte>.

O'keeffe, M., P. B. O'sullivan and K. O'sullivan (2019). "Education can 'change the world': Can clinical education change the trajectory of individuals with back pain?" British Journal of Sports Medicine.

Oien, A. M., S. Steihaug, S. Iversen and M. Raheim (2011). "Communication as negotiation processes in long-term physiotherapy: a qualitative study." Scand J Caring Sci **25(1)**: 53-61.

O'Keeffe, M., P. Cullinane, J. Hurley, I. Leahy, S. Bunzli, P. B. O'Sullivan and K. O'Sullivan (2016). "What Influences Patient-Therapist Interactions in Musculoskeletal Physical Therapy? Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis." Phys Ther **96(5)**: 609-622.

O'Sullivan, K., W. Dankaerts, L. O'Sullivan and P. B. O'Sullivan (2015). "Cognitive Functional Therapy for Disabling Nonspecific Chronic Low Back Pain: Multiple Case-Cohort Study." Phys Ther **95(11)**: 1478-1488.

O'Sullivan, P. B., J. P. Caneiro, M. O'Keeffe, A. Smith, W. Dankaerts, K. Fersum and K. O'Sullivan (2018). "Cognitive Functional Therapy: An Integrated Behavioral Approach for the Targeted Management of Disabling Low Back Pain." Phys Ther **98(5)**: 408-423.

Prochaska, J. O. and W. F. Velicer (1997). "The transtheoretical model of health behavior change." Am J Health Promot **12(1)**: 38-48.

- Rain, C., W. Seguel and L. Vergara (2015). "Does exercise improve symptoms in fibromyalgia?" Medwave **15 Suppl 3**: e6335.
- Råheim, M. and W. Håland (2006). "Lived experience of chronic pain and fibromyalgia: women's stories from daily life." Qual Health Res **16(6)**: 741-761.
- Safran, J. D. and J. C. Muran (2000). "Resolving therapeutic alliance ruptures: diversity and integration." J Clin Psychol **56(2)**: 233-243.
- Sapolsky, R. M. (2004). Why zebras don't get ulcers -revised edition, St. Martin's Press.
- Schulkin, J. and P. Sterling (2019). "Allostasis: A Brain-Centered, Predictive Mode of Physiological Regulation." Trends Neurosci **42(10)**: 740-752.
- Scott-Dempster, C., F. Toye and K. Barker (2017). "The experience of activity pacing in chronic pain management-An interpretive phenomenological analysis of out-patient physiotherapists and patients." Physiother Theory Pract **33(11)**: 841-849.
- Skovholt and M. H. Rønnestad (2003). "Struggles of the Novice Counselor and Therapist." Journal of Career Development **30**: 45-58.
- Steiger, F., B. Wirth, E. D. de Bruin and A. F. Mannion (2012). "Is a positive clinical outcome after exercise therapy for chronic non-specific low back pain contingent upon a corresponding improvement in the targeted aspect(s) of performance? A systematic review." Eur Spine J **21(4)**: 575-598.
- Synnott, A., M. O'Keeffe, S. Bunzli, W. Dankaerts, P. O'Sullivan and K. O'Sullivan (2015). "Physiotherapists may stigmatise or feel unprepared to treat people with low back pain and psychosocial factors that influence recovery: a systematic review." J Physiother **61(2)**: 68-76.
- Tan, S. Y. and A. Yip (2018). "Hans Selye (1907-1982): Founder of the stress theory." Singapore Med J **59(4)**: 170-171.
- Thornquist, E. (2018). Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag. Bergen, Fagbokforlaget.
- Tjora, A. (2018). Kvalitative forskningsmetoder i praksis. Oslo, Norge, Gyldendal

akademisk.

Vachon-Preseau, E., M. Roy, M. O. Martel, E. Caron, M. F. Marin, J. Chen, G. Albouy, I. Plante, M. J. Sullivan, S. J. Lupien and P. Rainville (2013). "The stress model of chronic pain: evidence from basal cortisol and hippocampal structure and function in humans." Brain **136**(Pt 3): 815-827.

van der Meulen, M., S. Kamping and F. Anton (2017). "The role of cognitive reappraisal in placebo analgesia: an fMRI study." Social cognitive and affective neuroscience **12**(7): 1128-1137.

Vibe Fersum, K., A. Smith, A. Kvale, J. S. Skouen and P. O'Sullivan (2019). "Cognitive functional therapy in patients with non-specific chronic low back pain-a randomized controlled trial 3-year follow-up." Eur J Pain.

Øien, A. M. (2010). Change and communication: Long-term psychomotor physiotherapy treatment for patients with chronic muscle pain., University of Bergen.

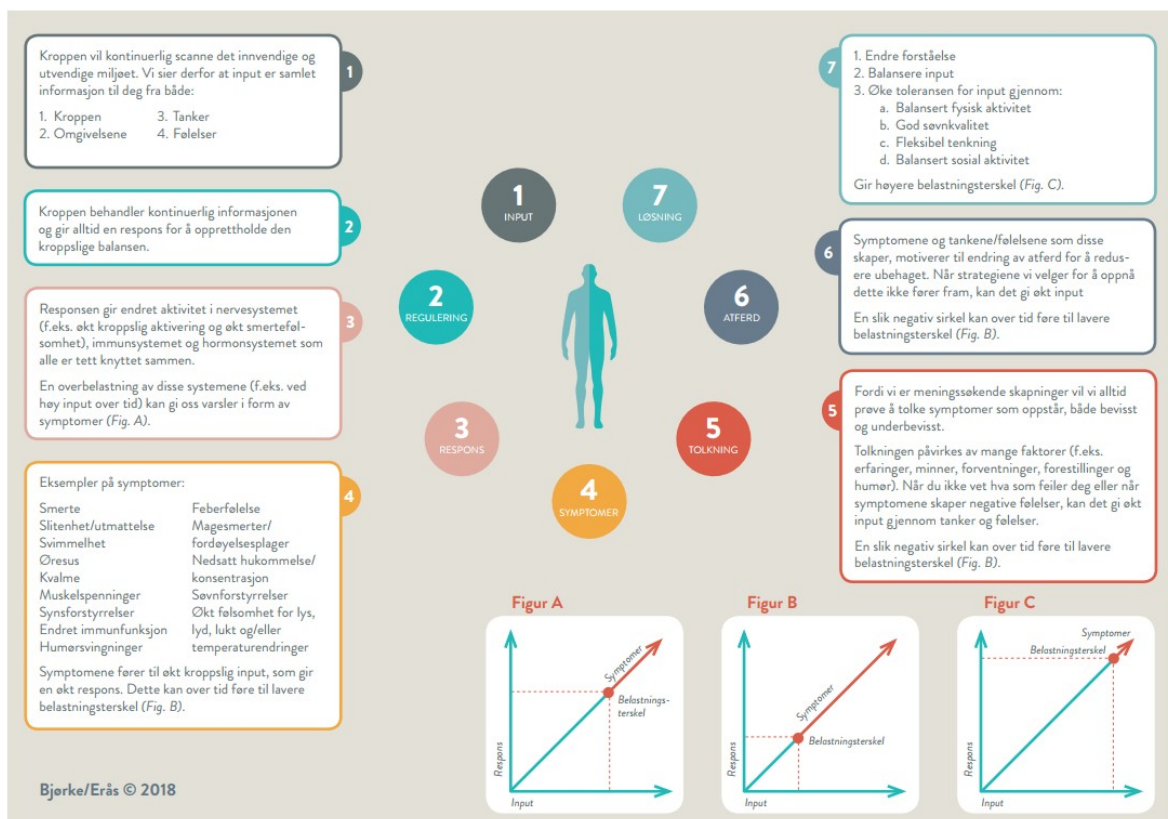
Øien, A. M., M. Råheim, S. Iversen and S. Steihaug (2009). "Self-perception as embodied knowledge – changing processes for patients with chronic pain." Advances in Physiotherapy **11**(3): 121-129.

Øien, A. M., S. Steihaug, S. Iversen and M. Råheim (2011). "Communication as negotiation processes in long-term physiotherapy: a qualitative study." Scand J Caring Sci **25**(1): 53-61.

Aaron, L. A. and D. Buchwald (2003). "Chronic diffuse musculoskeletal pain, fibromyalgia and co-morbid unexplained clinical conditions." Best Pract Res Clin Rheumatol **17**(4): 563-574.

Vedlegg

Vedlegg 1: Bjørke-Erås-modellen (Gjengitt med tillatelse: Erås, 2019).



Vedlegg: Intervjuguide

Intervjuguide

A: Innledning

- Formalia: Navn, alder, utdanning og arbeid/sykmelding/uforetrygd, hvor lenge en har hatt gjeldende helseplager (registreres ikke på lydopptaket, noteres ned på eget ark).
- Sjekke at informert, skriftlig samtykke er levert, eller leveres der og da.
- Gjenta fra informasjonsskrivet hensikten med studien, taushetsplikt, anonymisering og lagring av informasjon fra intervjuet, og minne om at intervjuet tas opp på bånd.
- Presentasjon av intervjuets hovedtema.
- Understreke at hans/hennes erfaringer og refleksjoner er det som er viktigst å få innsikt i.

B: Bakgrunn for å oppsøke behandling, forventning til behandling

- Hva gjorde at du søkte behandling?
- Var det noen spesiell grunn til at du valgte denne behandleren/dette instituttet?
- Hadde du hørt om behandlingstilnærmingen som brukes ved dette instituttet i forkant, og i så fall, hva hadde du hørt om den?
 - Forventninger, ble de innfridd? Hvis ja, fortell på hvilke måter de ble innfridd. Hvis nei, fortell hva det handlet om at de ikke ble innfridd.
 - Noe som var uventet i behandlingstilnærmingen?
 - Hva med relasjonen mellom deg og terapeuten – hvordan har du opplevd den?
 - Tidligere erfaringer/behandlinger – hva lignet? Hva var eventuelt annerledes?
 - Bjørke-Erås-modellen tar for seg andre symptomer enn bare smerte – hva tenker du om dette? Var det overraskende?

C: Endringsprosesser

- Hva har vært det mest betydningsfulle for deg med hensyn til denne behandlingen?
 - Kan du si litt mer om?
- Endringer i plager/symptomer
 - Kan du si litt om hvordan plagene dine er nå?
 - Hvordan ser du på plagene dine nå?

- Har det skjedd endringer i hvordan du ser på plagene underveis i behandlingen? Hva har i så fall endret seg? Hva mener du bidro til den endringen du har fortalt om? Hvordan skjedde dette?
- Kan du si litt om hvordan det er å leve med de plagene du har nå? Har du spesielle strategier i det daglige mht. å leve så godt som mulig med plagene? Har behandlingen bidratt til dette, og i så fall på hvilken måte? Har du selv funnet ut måter å leve godt med plagene dine? Hva går dette ut på i så fall? Kan du gi konkrete eksempler fra dagliglivet mht. hvordan dette kan fungere?
- Er det endringer du tenker har vært viktigere enn andre? Eventuelt mindre viktige?
 - Hvorfor har de vært viktige/mindre viktige? Kan du utdype litt det du sa om
- Har det vært perioder i behandlingen hvor du følte at det ikke gikk framover/ikke kom til å bli bedre? Hva tenker du i ettertid at det handlet om? Om dette løste seg, hva gjorde at dere kom videre i behandlingen? Om dette hadde med selve behandlingen å gjøre, hva bidro til at prosessen kom videre? Om dette hadde med andre faktorer enn behandlingen å gjøre, hva skjedde, og hvordan erfarte du at dette bidro til å komme videre/bedring?
- Hva tror du har gjort til at endringene ikke har skjedd av seg selv eller ved hjelp av tidligere behandling?

D: Avslutning

- Er det noe du synes vi ikke har tatt opp som du tenker kan være relevant?
- Hvordan synes du intervjuet har vært?

Forespørsel om deltagelse i forskningsintervju i forbindelse med masteroppgave i Manuellterapi.

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsintervju for å belyse hvordan pasienter med langvarige smerter og symptomer i muskel-/skjelettsystemet opplever endringene de gjennomgår i behandlingsprosessen ved bruk av Bjørke-Erås-modellen. Forskningsintervjuet inngår i en mastergradsoppgave i Manuellterapi ved Universitetet i Bergen.

Hva innebærer studien?

Underveis eller etter ditt behandlingsløp hos din manuellterapeut, vil studien innebære et intervju på 30-70 minutter, hvor kun du og mastergradsstudenten er til stede.

Mulige fordeler og ulemper

Studien vil ikke medføre noe ubehag, annet at du vil måtte sette av tid til intervjuet, og at lyden blir spilt inn med en opptaker. En fordel med å delta i studien kan være at du blir mer bevisst hva du har oppnådd og erfart gjennom behandlingsforløpet ditt hos manuellterapeuten. For å forstå hvilke endringer du har erfart, vil det være nyttig å vite mer om bakgrunnen for dine plager før behandlingen startet. I noen tilfeller vil det kunne oppleves som tungt å gjenfortelle sin opplevelse fra vanskelige perioder i livet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Opptaket av intervjuet vil bli oppbevart og sikret etter gjeldende lover og retningslinjer. Uten rimelig opphold etter intervjuet blir opptaket omgjort til skriftlig form og anonymisert. Deretter slettes innspillingen permanent.

Informasjonen om deg blir ikke oppbevart sammen med opplysningene fra studien eller gjenkjennende opplysninger.

Utdypende forklaring av hva studien innebærer

Kriteriene for å delta i studien er at du har hatt langvarige plager i muskel -og skjelettapparatet (mer enn seks mnd), at du har gått til behandling hos en manuellterapeut som benytter Bjørke-Erås-modellen som rammeverk, og at du har opplevd en bedring i dine plager.

Bjørke-Erås-modellen befinner seg i samme landskap som flere andre behandlings- og forklaringsmodeller med et biopsykososialt ståsted. Samtidig er det ikke tidligere gjort studier av denne typen med Bjørke-Erås-modellen som utgangspunkt.

Å delta i studien vil innebære et intervju som tar ca. 30-70 minutter, og avhengig av hva som er hensiktsmessig, gjennomføres dette underveis i eller i etterkant av ditt behandlingsforløp.

Personvern, økonomi og forsikring

Personvern

Opplysninger som registreres om deg er lydopptak fra intervjuet, og (den skriftlige) transkripsjonen av dette, som vil oppbevares forsvarlig etter gjeldende retningslinjer. Kun masterstudenten vil ha tilgang til materialet. Lydopptaket slettes innen rimelig tid etter transkripsjonen, og det skriftlige materialet anonymiseres.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg og sletting av prøver

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Dersom du ønsker det kan du be om å få utlevert en kopi av dine personopplysninger. Hvis du ønsker å trekke deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser, eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Du har rett til å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger, hvis du skulle ha grunn til dette.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Masterstudent i manuellterapi, Anders Eltvik Henriksen: andhen@live.no / tlf: 909 910 67
- Universitetet i Bergen v/professor Målfrid Råheim: malfriid.raheim@uib.no / tlf: 55 58 61 69
- Universitetet i Bergen har oppnevnt Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) som sitt personvernombud for forskning: personverntjenester@nsd.no / tlf: 55 58 21 17.

Samtykke til deltakelse i studien

- Jeg har lest og forstått informasjonen om prosjektet og samtykker til å delta i studien.*

(Signatur prosjektdeltaker)

(Sted/dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien.

(Signatur masterstudent/annen kontaktperson)

(Sted/dato)

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Pasienters erfaringer med endringsprosesser i fysioterapibehandling for langvarige muskelskjelettplager

Referansenummer

255187

Registrert

19.02.2020 av Anders Eltvik Henriksen - Anders.E.Henriksen@student.uib.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Bergen / Det medisinske fakultet / Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Målfrid Råheim, malfrid.raheim@uib.no, tlf: 55586169

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Anders Eltvik Henriksen, andhen@live.no, tlf: 90991067

Prosjektperiode

01.03.2020 - 31.12.2020

Status

18.03.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

18.03.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 18.03.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

Aktiver Windows

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseopplysninger og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2020.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Mathilde Hansen
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)