



LEDDMANIPULASJON

En levende behandlingstradisjon i utvikling

Kandidatnr.: 47746

MANT 395

Høsten 2014

Masterprogram i helsefag

Klinisk Masterstudium i Manuellterapi for fysioterapeuter

Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

Antall ord: 10938

Innholdsfortegnelse

<i>SAMMENDRAG</i>	
<i>ABSTRACT</i>	
1. INTRODUKSJON OG TEORI	5
1.1. <i>Presentasjon av problemområdet og bakgrunn for valg av tema</i>	5
1.2. <i>Teori</i>	6
1.2.1. <i>Manuell terapi - om kunnskap, skjønn og profesjonell identitet</i>	6
1.2.2. <i>Leddmanipulasjon – historikk og teoretisk forståelse</i>	9
2. HENSIKT OG PROBLEMSTILLINGER	12
3. METODE	13
3.1. <i>Fokusgruppeintervju som forskningsmetode</i>	13
3.2. <i>Deltakere og antall grupper</i>	14
3.3. <i>Moderator, co-moderator, type spørsmål og prosess</i>	15
3.4. <i>Gjennomføring</i>	16
3.5. <i>Intervjuguide og lydopptak</i>	16
3.6. <i>Analyse</i>	17
3.7. <i>Etikk</i>	20
4. RESULTATER: Manipulasjon – bruk og begrunnelser: sentrale tema fra klinikken	21
4.1. <i>Profesjonell identitet - bredde og spesifisitet</i>	21
4.1.1. <i>Kombinasjonen av bredde og spesifisitet</i>	22
4.1.2. <i>Manipulasjon – en spesifikk klinisk ferdighet og behandlingsmetode</i>	24
4.2. <i>Forklaringsmodeller – gamle teorier utfordres i klinikken, nye blir integrert</i>	27
4.3. <i>Manipulasjonseffekten – om betydningen av teknisk nivå, relasjonens kvalitet og klinisk skjønn</i>	30
5. DISKUSJON	36
5.1. <i>Diskusjon av funn</i>	36
5.2. <i>Metodediskusjon</i>	40
6. KONKLUSJON	42
REFERANSELISTE:	44
<i>VEDLEGG</i>	

SAMMENDRAG:

Hensikt: Å få en dypere innsikt i teoretisk grunnlag for og klinisk anvendelse av manipulasjonsmetoden.

Teori: Manipulasjonens og manuellterapiens historie danner bakgrunn, mens teori om profesjonskunnskap og virkningsmekanismer ved manipulasjon er analysens tolkningsgrunnlag.

Metode: Fokusgruppeintervju med 5 manuellterapeuter ble tatt opp på diktafon, transkribert og analysert etter Malteruds: ”*Systematic text condensation*”.

Resultater: 3 hovedtema: Profesjonell identitet – bredde og spesifisitet, Forklaringsmodeller – gamle teorier utfordres, og nye blir integrert og Manipulasjonens effekt – om betydningen av teknisk nivå, relasjonens kvalitet og klinisk skjønn. Manuellterapeutene i denne studien vektla manuellterapi som en sammensetning av bredde og spesifisitet. Bredden var tuftet på grunnutdannelsen som fysioterapeut. Manuellterapi-utdanningen økte bredden, men la og grunnlaget for den spesifikke teoretiske og praktiske kunnskapen. Primærkontaktrollen, undersøkelsessystemet og manipulasjonsmetoden ble angitt som det som først og fremst skiller manuellterapeuter fra andre fysioterapeuter. Manipulasjon ble beskrevet som en viktig del av faget, men oftest brukt sammen med andre tiltak. Effekten av manipulasjon ble knyttet til skjønnsmessig vurdering av den spesifikke kliniske situasjonen, teknisk ferdighet og tillit i terapeut – pasient relasjonen. Faget har endret seg, særlig etter innføringen av primærkontaktrollen. Bevissthet rundt senere forklaringsmodeller og ny viten om smerte, med mindre fokus på biomekanikk og større vekt på biopsykososial tilnærming kom også tydelig frem, og dette ble beskrevet som en positiv utvikling. Men den fysiske nære og tekniske delen av manuellterapi ble likevel vektlagt spesielt, som viktig for faget.

Konklusjon: Studien har bidratt til en dypere forståelse for manipulasjonsmetoden med hensyn til teoretisk grunnlag og klinisk bruk. Den har gitt mer innsikt i manuellterapeuters profesjonelle identitet og deres anvendelse av teoretisk og praktiske kunnskap, samt hvordan denne anvendelsen i stor grad hviler på utøvelse av skjønn.

Nøkkelord: Manipulasjon, kunnskap, skjønn, profesjonell identitet, bredde –spesifisitet, fokusgruppeintervju

ABSTRACT

Purpose: To develop deeper insight into the theoretical basis and clinical use of manipulation.

Theory: The history of manipulation and manual therapy provides background while theories about professional knowledge and understanding of manipulation give the basis for analysis.

Method: A focus group interview with five manual therapists was recorded, transcribed, and analysed.

Results: Three main themes were visited; Professional Identity - broadness and specificity, Explanatory models - old theories challenged, new ones getting integrated, and Effect of manipulation – importance of technical level, relationship quality, and clinical judgment. Manual therapy was emphasized as both broad and specific; the broadness based on their education as physiotherapists, while manual therapy education broadens it more and also provides the foundation for specific theoretical and practical knowledge. The role as “primary contacts”, the examination system, and manipulation method were presented as what differentiate manual therapists from other physiotherapists. Manipulation is described as an important tool, but most often used together with other treatment modalities. The effect of manipulation is related to clinical judgement, manual therapists technical skill, and trust in the therapist – patient relationship. The profession has changed, especially after introduction of the role as “primary contacts”. Awareness of recent understanding and explanations about pain, less focus on biomechanics, and more emphasis on biopsychosocial understanding were evident, and described as a positive change. Nonetheless the physical and technical aspects of manual therapy were particularly emphasized as important to the profession.

Conclusion: This study has provided a deeper understanding of the manipulation method with respect to the background theory and clinical application. It has provided better insight into manual therapists’ professional identity, their use of theoretical and practical knowledge, and how this knowledge largely rests on the exercise of clinical judgement.

Key words: Manipulation; knowledge; clinical judgment; professional identity; broadness – specificity; focus group interview

1. INTRODUKSJON OG TEORI

1.1. Presentasjon av problemområdet og bakgrunn for valg av tema

Selv om jeg vil berøre flere aspekter av faget, er mitt hovedfokus i denne studien leddmanipulasjon, det fysiske ”grepet” som manuellterapeuter (MTer) anvender som en del av behandlingsrepertoaret. Manipulasjon blir ofte referert til, blant annet av Freddy Kaltenborn, som: ”*High velocity, low amplitude thrust movement*”(Kaltenborn, 2008; s. 2), der en ytre kraft forårsaker en separasjon av leddflatene (Kaltenborn, 2008; Evans, 2010; Evans&Lucas, 2010). Bakgrunnen for valget av tema var ønsket om å få en dypere innsikt i både teoretisk grunnlag og den kliniske begrunnelsen for å bruke behandlingsmetoden, hva som skjer ved manipulasjon og forventet effekt.

Mitt teoretiske utgangspunkt vil være en kort presentasjon av manipulasjonens og MT-fagets historiske bakgrunn og utvikling, samt forklaringer av i dag med hensyn til effekt av og virkningsmekanismer bak manipulasjon. Her vil det komme frem at begrunnelsen for å bruke og forståelsen for hva vi påvirker gjennom manipulasjon har endret seg ganske radikalt, også i nyere tid. Her er ny kunnskap om biomekaniske forhold, smertefysiologi og ikke minst om psykososiale forhold tillagt stor vekt.

Manuell terapi kommer videre inn under de såkalte profesjonsyrkene. Disse yrkene karakteriseres blant annet ved at de anvender en kombinasjon av praktisk og teoretisk kunnskap, og ikke minst vil bruk av skjønn være en viktig del av bakgrunnen for vurderinger og valg som blir gjort. Jeg vil starte relevante teoretiske perspektiver i denne studien med å se nærmere på disse begrepene (kunnskap og skjønn) samt hvilke forhold som kan spille inn ved dannelsen av ens *yrkesidentitet (profesjonelle identitet)*.

For å få mer kunnskap om MTers bruk av manipulasjon i klinisk praksis, valgte jeg å gjøre et fokusgruppeintervju med manuellterapeuter. Fokusgruppeintervjuet som forskningsmetode, analysemetode med videre presenteres i kap. 3. Deretter følger resultatene av intervju og analyse. Avslutningsvis følger en diskusjon rundt viktige funn, med anvendelse av teori samt metodediskusjon.

Som det allerede har kommet frem, vil jeg bruke forkortelsen MT, både for *manuell terapi* og *manuell terapeut*. Det vil komme frem av sammenhengen hva det gjelder, og jeg vil bruke endelser (MTer/ers/ere mv.) som passer til de ulike tilfellene.

1.2. Teori

1.2.1. Manuell terapi - om kunnskap, skjønn og profesjonell identitet

Manuell terapi tilhører de såkalte profesjonsyrkene. Dette er yrker på universitets eller høgskolenivå, basert på teoretisk og vitenskapelig kunnskap, samt elementer av praksis (Grimen, 2008; s. 72). Grimen understreker viktigheten ved at de anvender *vitenskapelig kunnskap* (s71), men antyder samtidig at profesjonene kanskje baseres mer på *praktisk kunnskap* enn det som vanligvis er antatt. Han sier videre at profesjonenes *kunnskaps-baser* for en stor del er heterogene, sammensatt av elementer fra forskjellige vitenskapelige disipliner og kunnskapsfelt, og at de i stor grad er fragmenterte, som betyr at kunnskapselementene ofte mangler forbindelse med hverandre. Dessuten sier han, er de forskjellige elementene integrert som praktiske, ikke teoretiske synteser. Dette betyr at kunnskapselementene kommer til anvendelse ut fra hvilke praktiske krav og behov som gjør seg gjeldende ved profesjonsutøvelsen, ikke først og fremst basert på teoretiske refleksjoner og sammenhenger. Grimen hevder at profesjonenes praksis ofte befinner seg relativt langt fra forskningsfronten, eller i alle fall at praksisutøvelse ikke kan basere seg på en direkte overføring derfra:

”For å forstå noen av særtrekkene av profesjonskunnskap, må man trolig studere hvordan vitenskapelig kunnskap blir spredt utover fra forskningsfronten og til dem som skal anvende den i profesjonell praksis. Mye avansert teoretisk integrasjon går trolig tapt på veien. Det er dessuten sann at selv om en profesjons teoretiske fundament skulle være godt integrert, så vil praksis, og kunnskap opparbeidet gjennom praksis også spille en selvstendig rolle.” (Grimen, 2008; s. 73)

MT, på linje med de andre helseprofesjonene anvender altså i stor grad praktisk kunnskap. Grimen påpeker at *”praktisk kunnskap uttrykkes i handlinger, bedømmelser, vurderinger og*

skjønn.» (Grimen, 2008; s. 76), der «*taus kunnskap*» også er sentral. Han beskriver taus kunnskap som *hvordan* vi tenker, bedømmer og handler intuitivt i konkrete situasjoner. Den er nødvendig for å utføre en handling, men dersom den får fokus, ødelegger den for utførelsen. (Grimen, 2008; s. 80). Grimen viser videre til Habermas når han sier at bakgrunnen for våre handlinger inneholder store kunnskapsområder som vi ikke lar komme til uttrykk eksplisitt. Den inneholder forhold som vi oppfatter som selvsagt, og som vi kanskje ikke til vanlig tenker på. ”*Mye av det vi vet, vet vi ikke at vi vet.*” (s. 80)

Som det kom frem ovenfor, er det en distanse mellom teori og praktisk arbeid som gjør at kunnskapen fra forskning ofte ikke er direkte overførbart, og profesjonell yrkesutførelse kan ikke nødvendigvis fullt ut beskrives teoretisk. Når en situasjon ikke er entydig må det utøves *skjønn*. Grimen og Molander sier:

”Skjønn må sees som en uomgjengelig side ved en type praksis som anvender generell kunnskap, nedfelt i handlingsregler, på enkelttilfeller. Alle profesjoner gjør det, i en eller annen form. Allmenne handlingsregler gir sjelden entydige konklusjoner om hva som bør gjøres i konkrete tilfeller. For å kunne fatte slike beslutninger, må man også bruke dømmekraft.” (Grimen&Molander, 2008; s. 179)

Thomas Hobbes (Grimen&Molander, 2008; s. 180) beskrev allerede i 1651 *skjønn* både som en kognitiv prosess der vurderinger gjøres på grunnlag av grader av ubestemthet, samt der det gjøres beslutninger på bakgrunn av disse vurderingene innenfor bestemte rammer.

Det vises også til Ronald Dworkin (Dworkin, 1978) som sier at retten til å utøve *skjønn* bygger på en tillit til at en innehar god nok dømmekraft til å gjøre valg på basis av «en ubestemthet», som for eksempel kliniske situasjoner innebærer. En handling baserer seg både på tolkning av det vi oppfatter av en situasjon, og et ønske om å oppnå et mål ved å handle på bakgrunn av dette. Det krever at vi må ha forutsetning for å forstå situasjonen og en holdning til hvordan vi bør forholde oss til denne. Begge deler er *skjønn*sutøvelse. Vi vil i visse situasjoner være nødt til å redegjøre for *skjønn*et, og da kreves både at vi kan beskrive situasjonen, at vi har en gyldig *norm* eller *empirisk erfaring*, og at denne normen / erfaringen er anvendbar i situasjonen. *Skjønn* er altså en form for praktisk resonnering, der de normative holdepunktene er svake. Men de må likevel være til stede i en viss grad for at ikke konklusjonen skal være vilkårlig.

Skjønnets byrder viser til de forhold som gir skjønn en viss vilkårlighet, selv om det blir utført av kompetente personer og etter beste evne. Som det har kommet frem, ligger det i skjønnets natur at det er en grad av usikkerhet som klinikere må leve med. Det behøver ikke være skjødesløshet som ligger til grunn for variasjon ved utøvelse av skjønn. Det kan skyldes de uunngåelige forholdene som ligger innebygd i skjønn og som er redegjort for ovenfor. Grimen og Molander sier: *”Ved ”skjønnets byrder” er det først og fremst bevisstgjøring som er viktig, slik at man forstår hvorfor personer som alle resonnerer samvittighetsfullt og grundig, kan komme til forskjellige konklusjoner om samme sak.”* (Grimen&Molander, 2008; s. 195)

Noe av det jeg gjerne ville få belyst gjennom studien, var MTers opplevelse av *yrkesidentitet* (*profesjonell identitet*), og hvordan manipulasjon er en del av denne. Jeg vil derfor se på noen forhold som gjør seg gjeldende ved dannelsen av denne identiteten. Kåre Heggen sier:

”Kvalifisering for profesjonell yrkesutøving handler om læring av kunnskap og ferdigheter. Det skjer i ein kombinasjon av skulebasert utdanning og yrkespraksis. Men profesjonskvalifisering handler også om å identifisere seg med eit yrkesfelt og ein profesjon, og i tillegg identifisere seg sjølv som profesjonell utøvar i dette feltet. Det handler om kven ein er og ønskjer å være.” (Heggen, 2008; s. 321)

Heggen nevner noen forhold som er med på å danne ens profesjonelle identitet (s. 321). Det ene er at det er vanlig å gå gjennom yrkesutdanningen sin i en periode som er viktig for å danne sin voksne identitet. Det andre er at mange har et forhold til og forståelse av hva yrket innebærer fra tidligere møter og observasjoner av de ulike profesjonene. Det tredje er den normative karakteren som mye av yrkesaktiviteten kan inneholde av samhandling og sosiale relasjoner med andre (eks. kolleger og pasienter), samt en i stor grad skjønnbasert vurdering av hva yrkesutøvelsen bør eller ikke bør inneholde. Identiteten dannes i sosiale interaksjoner i kombinasjon av egenvurdering og det en oppfatter og tolker av andres vurdering. Videre at det handler om gjennom selvrefleksjon å finne et ståsted både psykisk, fysisk, sosialt og moralsk. Heggen understreker videre at profesjonell identitet, i likhet med menneskers identitet i sin alminnelighet, handler om både kontinuitet og endring (Heggen, 2008; s. 323). Den blir kontinuerlig utfordret og må derfor både gjenskapes og nyskapes. Dette gjelder selvsagt også identiteten som MT.

Det skilles mellom profesjonsidentitet og profesjonell identitet. Det første er gruppeidentitet, mens profesjonell identitet er den personlige identifiseringen med ens yrkesrolle.

Profesjonsidentiteten omfatter både de forhold som en profesjon vil definere som ønsker og krav til hva en bestemt type yrkesutøver skal eller bør etterstrebe, men også hvordan en ønsker å fremstå og bli oppfattet av omverden. Profesjonsidentiteten vil påvirke den profesjonelle identiteten i større eller mindre grad, og det kan være både overenstemmelse og motsetninger mellom dem. Disse motsetningene behøver ikke være negative. Tvert imot kan bevisst refleksjon over slike forhold ifølge Heggen være med på å utvikle faglig skjønn (s. 325).

1.2.2. Leddmanipulasjon – historikk og teoretisk forståelse

Flere forfattere viser til at det historiske opphav for leddmanipulasjon strekker seg flere tusen år tilbake i tid og til mange ulike kulturer (Schiøtz, 1958; Pettman, 2007; Kaltenborn, 2008; Nielsen, 2009; Huijbregts, 2010; Ottoson, 2011) Skisser som blir tilegnet Hippokrates (ca. år 400 f. Kr) viser relativt voldsomme metoder for å rette opp og trykke på plass skjevheter i ryggen. Disse inkluderte diverse traksjonsmetoder, bruk av vektstang og ulike måter å anvende behandlerens kroppsvekt på (Schiøtz, 1958; Kaltenborn, 2008), og de har til felles bruk av ytre mekaniske krefter for å få ting *på plass* igjen. Schiøtz nevner flere kurer fra vestlig folkemedisin (inkl. norsk) med formål å behandle ryggsmarter, som ”*tråkkekur*”, ”*løftekur*”, ”*å bryte på ryggen*” og ”*slag mot ryggen*” (Schiøtz, 1958; s. 7).

Manipulasjon som metode synes å ha hatt sine opp og nedturer når det gjelder aksept og popularitet, og i det 18. århundre ble den diskreditert blant legestanden, muligens pga. risikoen for å påføre skader i en tid med mye tuberkulose (Pettman, 2007; s. 166). Dette ble derfor lenge først og fremst behandlingsmetoder som ble utført av lekfolk, eller bonesettere som de ble kalt i England. Betegnelsen kom av at behandlingen ble basert på antakelsen om en knokkel som var kommet utav posisjon måtte settes på plass igjen (Schiøtz, 1958; s. 10). Mange av disse fikk til tross for at de ofte ble karakterisert som uprofesjonelle kvakksalvere, anerkjennelse av både allmennheten og enkelte leger. Etter hvert ble metodene adoptert i sterkere grad av legestanden, og ble så i det 20. århundre i England særlig assosiert med de to legene John McMillan Menell og James Henry Cyriax (Pettman, 2007).

Anders Ottosen presenterer en annen historie (Ottoson, 2011). Han argumenterer for at svenskene Per Henrik Ling og Jonas Henrik Kellgren, med utgangspunkt i Det Kungliga Gymnastiska Centralintitutet allerede i første halvdel av 18-hundretallet eksporterte manuell terapi til England. Etter Ottosens syn var det altså fysioterapeuter som først var ledende i det som etter den tids standard kunne betegnes som vitenskapelig anvendelse av disse metodene, ikke legene. Av diverse grunner, blant annet profesjonsstrid, er denne delen av historien angivelig fortiet. På 1890-tallet i USA kom så grunnleggelsen av osteopati og kiropraktikk. Begge disse retningene har vært med å påvirke utviklingen av manipulasjonsmetoden innen manuell terapi (Pettman, 2007)

Manuell terapi har siden utviklet seg parallelt med og i samarbeid med leger, men samtidig som en selvstendig disiplin. Jeg viser til Pettman (Pettman, 2007) og Huijbregts (Huijbregts, 2010) når jeg nevner noen sentrale navn i utviklingen av MT. Disse har lagt vekt på ulike teknikker og i forskjellig grad brukt manipulasjon som behandlingsmetode. Fra Australia kom Geoff Maitland og David Butler, fra New Zealand kom Stanley Paris, Robin McKenzie og Brian Mulligan, og Huijbregts nevner spesielt Freddy Kaltenborn fra Norge. Han sier: *"Without a doubt, the most influential person to again increase the emphasis on manual therapy within the profession of physiotherapy and arguably "the father of manual therapy" was Norwegian-born Freddy Kaltenborn."* (Huijbregts, 2010; s. 15)

Kaltenborn var den første mannlige student som fikk innpass i undervisningen i sykegymnastikk i Norge, og etter dette studerte han både ortopedisk medisin under James Cyriax, kiropraktikk i Tyskland og osteopati i London. Kaltenborn fikk tillatelse til å undervise i Cyriax sitt konsept om manipulasjons- og traksjonsbehandling, og den første eksamen i dette ble avholdt i Oslo i 1955 (Schjøtz, 1958; Nielsen, 2009; Huijbregts, 2010). Basert på denne sammensatte faglige bakgrunnen utviklet Kaltenborn, blant annet sammen med Olav Evjenth, det som ble kalt: "the Kaltenborn-Evjenth system" (Nielsen, 2009; Huijbregts, 2010). Denne tenkemåten har vært med på å prege MT både nasjonalt og internasjonalt.

Jeg viser til boken "Traction-Manipulation" av Freddy Kaltenborn, som eksempel på vektleggingen av biomekaniske forhold og lokal vevstilstand. Kaltenborn sier: *"The mechanical goal is to produce joint separation and restore the translatory gliding component of normal joint roll-gliding."* (Kaltenborn, 2008; s. 3) Han sier også: *"Joint manipulation is*

the most effective treatment available for intraarticular restriction.” (s.3) Kaltenborn beskriver også *terapeutiske påvirkninger* av ledd ved manipulasjon, som frigjøring av et låst ledd og økt *range of motion* samt en nevrologisk reflektorisk muskel-inhibisjon (avspenning) (s. 4).

Ifølge Huijbregts har det de senere årene vært en endring fra et i stor grad *autoritetsbasert* fagmiljø via *evidensbasert* forståelse til en såkalt *evidensinformert* praksis, dvs. en praksis der terapeuten er bevisst både sitt kliniske skjønn og forskningsbasert kunnskap. Han viser til Kuhn (Kuhn, 1970) og kaller dette et *paradigmeskifte* innen faget (Huijbregts, 2010; s. 19).

MT som fag har altså gått en lang vei fra de mer «grove» forsøkene på reponering av angivelig ”lukserte” ledd, til et mer spesifikt fokus på biomekanikk og finere leddmekaniske forhold og så til påvirkning av muskler og nerver. Nyere forskning har gått enda lengre med kritiske spørsmål til tidligere forklaringsmodeller, både når det gjelder årsaker til smerter i columna og kroppen for øvrig, og til hva som skjer ved manipulasjon. For eksempel har det de senere år vært en økende forståelse innen smerteforskning og helsefagene, også MT, for en *biopsykososial* tilnærming. Denne tenkningen har som utgangspunkt at det ikke nødvendigvis er en fysisk ”skade” som ligger til grunn for sykdom og smerte. Fysiske, psykiske og sosiale forhold blir sett på som integrerte prosesser som gjensidig påvirker hverandre og som kan bli symptomgivende til tross for manglende ”vevsskade”.

Det synes godt dokumentert at manipulasjon har en signifikant effekt på smerte (Bialosky et al., 2009; Strunce et al., 2009; Huijbregts, 2010; Coronado et al., 2012; Millan et al., 2012), men som nevnt omfatter den senere tids forklaringer på hvorfor det virker flere prosesser enn det som har vært lagt til grunn tidligere (Apkarian et al., 2005; Fernandez-Carnero et al., 2008; Moseley et al., 2008; Bialosky et al., 2009; Lederman, 2011; Millan et al., 2012; Moseley&Flor, 2012; Bialosky et al., 2014). Det stilles spørsmål ved flere av de forutsetninger som tidligere er lagt til grunn. Bialosky (Bialosky et al., 2009) viser for eksempel til at en for det første ikke finner varige biomekaniske forandringer etter manipulasjon. For det andre er det dårlig reliabilitet mellom palpasjonsfunn av spesifikke leddposisjoner og bevegelser. I tillegg påvirker ikke manipulasjon bare det spesifikke leddet som behandles, men kan gi effekt på områder som er i relativt betydelig avstand fra behandlingsstedet, eksempelvis påvirkning av cervicalcolumna ved behandling av thoracalcolumna. Blant annet på bakgrunn av disse eksemplene, antas det altså at det er mer

sammensatte prosesser som virker, både biomekaniske, nevrofysiologiske, kognitive og emosjonelle (Bialosky et al., 2009; Zusman, 2011), og at dette i stor grad er samsvarende med forståelse av smertemekanismer generelt (Bialosky et al., 2009; Cook, 2011). Bialosky (Bialosky et al., 2009; s. 3) sier for eksempel: “...*this model suggests a mechanical stimulus initiates a number of potential neurophysiological effects which produce the clinical outcomes associated with MT in the treatment of musculoskeletal pain.*” Flere forfattere er inne på viktigheten av å forstå og forholde seg bevisst til ulike virkningsmekanismer innen smertegenerering for eksempel *sentral sensitivisering*, og hvordan en kan bidra til å forebygge, bedre eller i det minste unngå å forsterke kronifisering av smerter. Det kan synes som at en forutsetning for dette er en pasientsentrert og biopsykososial tilnærming. (Moseley, 2007; Nijs&Van Houdenhove, 2009; Nijs et al., 2010; Moseley&Flor, 2012; O'Sullivan&Lin, 2014)

2. HENSIKT OG PROBLEMSTILLINGER

Vi har sett at bruk av leddmanipulasjon har vært en viktig del av behandlingstilbudet i MT. Men forklaringsmodeller knyttet til bruken av manipulasjon har endret seg over de senere tiår, som følge av bedre kunnskap om biomekanikk og nevrofysiologi og som nevnt, ikke minst i tråd med nyere kunnskap om smerte og en sterkere vekt på biopsykososiale forståelsesmodeller. I tillegg har jeg vært inne på hvordan klinikken i stor grad baseres på praktisk kunnskap, kunnskap som kan ha betydelig avstand fra teori og forskning, og som ofte tar utgangspunkt i erfaring og klinisk skjønn. Ved søk i relevante databaser har jeg ikke funnet studier som utforsker MTers eget syn på og forståelse av bruk av manipulasjon i klinikken i dag, og hvilken plass kompetanse på og bruk av denne behandlingstilnærmingen har i MTers profesjonelle identitet.

Hensikten med denne studien er derfor å få økt kunnskap om MTers bruk av manipulasjon i klinikken, om praksisen avspeiler og støtter seg på nyere teorier om hva som skjer ved manipulasjon, og hvordan manipulasjon er med og preger MTers profesjonelle identitet.

Følgende *problemstillinger* belyses:

Hvilke forklaringsmodeller ligger til grunn for bruk av manipulasjonsteknikker i behandlingen av pasienter med muskelskjelettplager hos MT'er i dag, og hvordan påvirker nyere forklaringsmodeller MTers tanker rundt anvendelsen av manipulasjon i den kliniske praksis?

Hvordan har ny viten om muskelskjelettplager og smerte påvirket forklaringene som gis til pasientene?

Hvilken faglig kompetanse og kunnskap er det manuellterapeuter først og fremst forbinder med sin profesjonelle identitet?

Hvordan er manipulasjon spesielt, med på å prege denne identiteten?

3. METODE

Som vi har sett, ønsket jeg å få mer kunnskap om MTers tanker om, erfaringer med og synspunkter på hvordan manipulasjon brukes og begrunnes i klinisk praksis, samt hvilken faglige kompetanse og kunnskap som synes å spille mest inn i beskrivelse av deres profesjonelle identitet. Derfor inviterte jeg noen MTer til å delta i et fokusgruppeintervju.

3.1. Fokusgruppeintervju som forskningsmetode

Malterud hevder at fokusgrupper er hensiktsmessige til å utforske erfaringer, holdninger eller synspunkter om et tema av felles interesse (Malterud, 2012a). Hensikten i min studie var ikke å få en representativ beskrivelse om hva MTer står for generelt i denne sammenhengen. Derimot ønsket jeg å utnytte fokusgruppens potensiale til å få en refleksjon over temaene. Malterud sier:

” I en fokusgruppedesign bruker vi gruppeintervjuer til å utvikle kvalitative data om et tema. Samhandlingen mellom deltakerne står sentralt. Intervjuene skal gjennomføres slik at dynamikken mellom deltakerne åpner for innsikt av en annen karakter enn den vi får ved individuell-intervjuer.” (Malterud, 2012a; s. 19).

Det er av interesse å få belyst de uttalte problemstillingene, men også få frem *nye ideer og perspektiver*. Kitzinger beskriver hvordan en gjennom åpne spørsmål, i en gruppedynamikk som fungerer bra, kan oppnå en prosess der deltakerne gjennom refleksjon og samtale blir ”*co-participants*” og ”*co-researchers*.” (Kitzinger, 2006; s. 22) Fokusgruppe-intervjuer er blant annet brukt til å studere sosiale prosesser mellom deltakerne, med fokus på samtaleformer og atferd under gruppeprosessen. Dette var ikke mitt mål. Jeg ønsket først og fremst gjennom en eksplorerende holdning å få innblikk i deltakernes meninger, erfaringer og saksforståelse angjeldende de aktuelle temaene. For å få til dette var det viktig å få til en god prosess og dynamikk i gruppen. Her er det flere forhold som spiller inn, bl.a. sammensetningen av gruppen, antall deltakere og intervjuers/moderators måte å lede gruppesamtalen på mht. å skape en god gruppedynamikk (Morgan, 1997; Malterud, 2012a)

3.2. Deltakere og antall grupper

Det er vanlig med flere grupper for å få dekket et sakskompleks. I mitt tilfelle ville jeg prøve å nå målsetningen med kun en gruppe. Dette har sammenheng med masteroppgavens tidsramme (30 studiepoeng). Som jeg var inne på ovenfor, ville det innebære begrensninger i forhold til hvor dypt og bredt de ulike temaene ville bli dekket. Håpet var likevel at ett enkelt gruppeintervju skulle gi gode refleksjoner og eksempler på hvordan det aktuelle sakskomplekset kan forholde seg blant MTer i klinisk praksis.

Jeg tok videre utgangspunkt i Malteruds anbefaling om 5-8 deltakere, basert på studier av gruppedynamikk og hennes egen erfaring (Malterud, 2012a; s. 40). Både hun, Kitzinger (Kitzinger, 2006) og Morgan (Morgan, 1997) beskriver hvordan gruppedynamikken kan være avhengig av en viss homogenitet innad i gruppen. Homogenitet og heterogenitet er altså viktig å vurdere ved gruppesammensetningen. En homogen gruppe betyr ikke at deltakerne trenger å ha samsvarende tanker og meninger, men for eksempel at det ikke er store sosiale ulikheter eller store forskjeller i status. Morgan nevner her kjønn, rase, alder og sosial klasse (Morgan, 1997; s. 36). Disse forholdene kan medvirke til at noen deltakere blir dominerende, mens andre finner det vanskelig å bidra med sine tanker. I denne studien kunne det for eksempel være et poeng å unngå deltakere som fremstod som eksperter, eller som hadde en helt spesiell faglig status. Malterud nevner *poseringsbias* og *innsmitningsbias* som eksempler på forhold som kan bidra til å begrense verdien av dataene (Malterud, 2012a; s. 76).

I min studie skulle alle deltakere være MTer, altså utdannet fysioterapeut og med spesialisering i manuellterapi. Jeg ønsket å få deltakere fra forskjellige institutter for å unngå for stor påvirkning av eventuelle sementerte roller de måtte ha på arbeidssedet. I praksis ble det vanskelig, og flere jobbet sammen eller hadde gjort det tidligere. Jeg ønsket videre en viss spredning blant deltakerne mht. fartstid innen MT, da jeg mente at dette kunne påvirke den enkeltes tanker om de aktuelle temaene. Fartstid i *studien* var fra 4 til 21 år. Av samme grunn ønsket jeg deltakere fra både norsk og utenlandsk utdanningsbakgrunn. Her var fire av deltakerne utdannet i Norge (Oslo og Bergen), og en var utdannet i Australia. Alderen var fra 37 til 53 år. I utgangspunktet ønsket jeg balanse mellom kjønnene, men måtte fravike dette. Utvalget bestod av 4 menn og 1 kvinne. Ønsket mitt var størst mulig grad av det som Malterud kaller et *"strategisk utvalg"* (Malterud, 2012a; s. 42) dvs. deltakere som best kan belyse forskningstemaene. Men etter å ha tilskrevet 10 personer (og telefonisk kontakt med enda flere) før jeg til slutt fikk de nevnte 5 deltakerne, vurderte jeg gruppen til å ha karakteristika et sted mellom strategisk utvalg og det som Malterud beskriver som et *"bekvemmelighetsutvalg"*, som vil si at en bruker de en får fatt i. Deltakere oppfylte de viktigste inklusjonskriteriene, men variasjonen i noen viktige bakgrunnsforhold ble mindre enn ønsket.

Jeg har vært inne på hvordan rammeforhold kan påvirke gruppedynamikken. I den sammenheng er også moderators styring viktig.

3.3. Moderator, co-moderator, type spørsmål og prosess

Målsetningen for moderator er å stimulere til aktiv deltakelse. Morgan beskriver en såkalt *"trakt-modell"* (Morgan, 1997; s. 41). Her innledes det med et generelt spørsmål, for så å lede samtalen inn på de mer konkrete temaene en ønsker å få belyst. Det anbefales å stille åpne spørsmål, med mulighet for assosiasjoner og for nye, kanskje uventede synsmåter. Moderator skal forsøke å være åpen og fordomsfri, og det bør søkes en balanse mellom innlevelse og distanse. Malterud beskriver en god prosess som når samtalen flyter fritt mellom deltakerne, og der moderator for en stor del bare stimulerer og styrer retningen når det er nødvendig. Ideelt sett samtaler en mer og mindre naturlig fra det ene spørsmål eller tema til det andre. Malterud viser til Krueger og Casey (Krueger&Casey, 2000) når hun bl.a. beskriver følgende kjennetegn: *"en uformell og trygg atmosfære, - et språk som deltakerne forstår, - en ledig formulering, - forståelige spørsmål, - korte spørsmål, - åpne spørsmål, - entydige"*

spørsmål” (Malterud, 2012a; s. 71). Morgan viser videre til ”*grunnregler*” som at bare en deltaker snakker om gangen, at en unngår sidekonversasjon, og at alle deltar uten å bli for dominerende (Morgan, 1997; s. 49). Han viser også til et mål om at gruppedeltakerne føler et ansvar for å bidra og opprettholde diskusjonen. Introduksjonen blir nevnt spesielt: ”*The best introduction is often the honest admission that the researcher is there to learn from them, but do not carry this attitude to the extreme of faking ignorance.*” (s. 49) Jeg forsøkte å følge disse rådene. I litteraturen anbefales det å ha med co-moderator (Morgan, 1997; Malterud, 2012a), dvs. assistent. I denne studien var veileder co-moderator. Hun noterte vesentlige aspekter ved gruppedynamikken og tema som ble diskutert, det siste for å oppsummere mot slutten, oppmuntre til å kommentere om det var riktig oppfattet, og om gruppen ville utdype hovedpoeng. Co-moderator lagde et feltnotat rett i etterkant av intervjuet.

3.4. Gjennomføring

Jeg (forsker) ledet gruppeintervjuet (som moderator), og startet opp med å ønske velkommen, samle inn signerte samtykkeerklæringer og levere ut navneskilt. Det ble gitt utdypende informasjon i forhold til informasjonsskrivet (*vedlegg nr. 1*) om hensikten med prosjektet og målsetningen med fokusgruppeintervjuet. Jeg informerte om moderators og co-moderators roller, litt om *grunnregler* og det å holde ”timeplanen”. Det ble også anmodet om gjensidig diskresjon, for at alle skulle føle seg komfortable med å uttale seg fritt. Vi benyttet et lyst rom der vi satt plassert rundt et kvadratisk bord midt i rommet. Moderator og co-moderator satt ved den ene siden, de andre fordelt rundt. Det ble servert kaffe, te, frukt og kjeks.

Selve fokusgruppeintervjuet startet med en diskusjon rundt temaet *profesjonell identitet*. Etter en litt ”forsiktig” start, forløp intervjuet i en engasjert tone med det jeg oppfattet som reflekterte og fagbevisste deltakere. Det ble avrundet med en oppsummering av co-moderator og mulighet for avsluttende kommentarer. Til slutt ble det en kort debriefing mellom moderator og co-moderator, der spesielle forhold ble tatt opp.

3.5. Intervjuguide og lydopptak

En viktig forutsetning for en god gruppedynamikk er en god intervjuguide. Morgan sier: ”*In essence, the moderator uses the guide as a resource to maintain the balance between the researcher’s focus and the group’s discussion.*” (Morgan, 1997; s. 48) Han understreker også

”pros” og ”cons” på denne måten: ”... *an effective guide can produce a discussion that manages itself, whereas an ineffective guide can produce problems that no amount of moderating skill can fix.*” (s. 48)

I mitt tilfelle utviklet jeg en intervjuguide (*vedlegg nr. 2*) som fungerte som ”huskeliste” over både praktisk og innholdsmessig informasjon. Men først og fremst inneholdt den hovedtemaer og forslag til oppfølgings spørsmål. Jeg brakte inn alle de aktuelle temaene etter hvert, samt gav rom for noen nye som kom opp underveis. Gruppesamtalen ble tatt opp på lydopptaker. To lydopptakere var testet på forhånd og plassert midt på bordet (2 stk. i tilfelle tekniske problemer). Deltakerne var informert om dette i forkant. Opptakene ble sjekket i etterkant for å være sikker på at ingenting var gått tapt.

3.6. Analyse

I et fokusgruppeintervju er det ytringene som kommer frem i gruppeprosessen og følgelig lydopptaket som er rådata. Opptaket av samtalen ble ganske umiddelbart (2 dager) transkribert av meg (forsker). Transkripsjonen dannet så grunnlaget for analysen. Egentlig begynner analysen allerede før transkripsjonsprosessen. Kvale og Brinkman poengterer at det allerede fra den interaktive prosessen under intervjuet til den ferdig transkriberte teksten, ligger både tolkninger og muligheter for å miste eller endre forståelse av det som egentlig ble formidlet (Kvale&Brinkman, 2009). Fra den autentiske samtalen til lydopptak, mister en blant annet kroppsspråk og mimikk, og fra lydopptak til skrift forsvinner delvis tonefall og pauser. Alt dette kan være viktig for å forstå nyanser i det som blir sagt.

I min transkripsjon forsøkte jeg å skrive ned mest mulig ordrett det som ble sagt, men det ble skrevet i bokmål, og jeg beskrev emosjonelle forhold kun der det var relevant å vise til spesielt engasjement, allmenne uttrykk for bekræftelse (eller uenighet), spesiell munterhet mm., som ga informasjon om deltakernes opplevelse og vurdering av det som ble diskutert. Det var som nevnt engasjerte deltakere, og jeg oppfattet det som at engasjementet gjennomgående var knyttet til saksinnholdet. Dette kom også frem i gruppedynamikken som ble beskrevet i co-moderators feltnotat. Det var altså først og fremst det tematiske innholdet jeg var interessert i, mens aspekter ved gruppedynamikken ble sett som interessante ut fra hvordan dette kunne utdype tematikkens meningsinnhold.

Malterud beskriver hvordan vår forforståelse er medbestemmende for hva vi oppfatter som relevant under analysen (Malterud, 2012a; s. 103), mens Morgan sier noe om forholdet mellom den enkelte deltaker og gruppen: *”Neither the individual nor the group constitutes a separable unit of analysis; instead, our analytic efforts must seek a balance that acknowledges the interplay between these two levels of analysis.”* (Morgan, 1997; s. 60) Jeg har forsøkt å være bevisst dette underveis, og både latt meg styre av problemstillingene og samtidig prøvd å stille meg åpen for nye forhold jeg ikke har tenkt på.

Med intensjon om å gjennomføre en analyse av det transkriberte fokusgruppeintervjuet på en måte som følger vitenskapelige kriterier, benyttet jeg Kirsti Malteruds metode, *Systematisk tekst-kondensering*, slik den blir presentert i artikkelen *”Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis”* (Malterud, 2012b). Hun deler analyseprosessen inn i 4 faser: 1) Helhetsinntrykk – fra kaos til tema, 2) Identifisere og sortere meningsbærende enheter – fra tema til koder, 3) Kondensering (fortetning) – fra kode til mening og 4) Syntese – fra kondensering til beskrivelser og konsepter.

Trinn 1 handler om å lese gjennom det transkriberte intervjuet flere ganger for å danne seg et overblikk over innholdet. En noterer så et antall foreløpige tema (4-8). Etter dette reflekteres det over om disse avspeiler og kan bli gjenfunnet i teksten. Dette første trinnet innebærer kun en foreløpig sortering. Jeg fikk fram følgende foreløpige tema: *Identitet, Fagkarakteristika, Forklaringsmodeller, Manipulasjon, når og hvordan?, Terapeut-pasient-relasjonen, Fagutvikling, Profesjons-forskjeller samt Utdanning og erfaringsbakgrunn.*

Under trinn 2 gjennomgås teksten systematisk, og meningsbærende enheter (utsagn og beskrivelser som kan belyse forsknings-spørsmålene) identifiseres. Etter dette kommer koding av de meningsbærende enhetene. Dette innebærer å identifisere, klassifisere og sortere dem under temaene som ble funnet i trinn 1. I denne prosessen vil en kunne få en dypere forståelse for innholdet, og de meningsbærende enhetene er med på å belyse de temaene en har funnet i trinn 1, inkludert eventuelt å nyansere og endre dem. Jeg gikk gjennom det transkriberte intervjuet og brukte nummer og fargekoder for å sortere de meningsbærende enhetene. Temaene ble tilnærmet identiske som trinn 1.

Ved trinn 3 trekkes de kategoriserte meningsenhetene ut av teksten (dekontekstualisering) og sorteres under de ulike kodegruppene (temaene). Disse enhetene skal ha potensiale til å belyse

forhold rundt forskningsspørsmålene, som altså i min studie omhandler bruk av manipulasjon i klinikken. Under hver kodegruppe søker en å trekke ut fortettet meningsinnhold, og på den måten få frem nyanser rundt de ulike temaene. En danner videre undergrupper av de ulike kodegruppene og analyserer disse mer inngående. Basert på denne analysen får en fram et fortettet kondensat av mening som presenteres som kunstige sitater i første person. Abstraheringen og revurderingen av meningsenhetene gjøres mens en hele tiden har tanke om hvordan disse er med på å belyse forskningsspørsmålene. Navn på de ulike kodegruppene kan også her justeres og endres, ettersom overblikk og innsikt bedres under arbeidet.

Jeg hadde her 6 tema med underpunkter. Jeg velger her temaet Yrkesidentitet til illustrasjon. Det hadde disse undertemaene: *Generell profesjonell identitet, Bredde-spesifisitet, Balanse mellom klinisk forståelse og håndverk, Primærkontakt og behandler, Mange modaliteter og Manipulasjon som del av identiteten*. Den siste ble særlig utdypet, og hadde disse elementene: *Brukt mye tid på å lære det, Tydelig og gjenkjennelig når en får det til – ekte glede, Utførelsen av et håndverk, men basert på teoretisk forståelse, Spisskompetanse brukt i en større setting, Kan være svært effektiv, Fasilitering av andre tiltak*.

Under hvert punkt prøvde jeg så å få noen samlende kunstige sitat i første person, som forsøksvis inneholdt essensen av temaet (kodegruppen) og undertema. Ett kunstig sitat er hentet fra *Manipulasjon som del av identiteten*, under kodegruppen *Yrkesidentitet*:

En viktig grunn til manipulasjon er en så sterk del av min profesjonelle identitet er at jeg har brukt så mye tid på å lære det. Det er en veldig konkret metode, og det er tydelig og gjenkjennelig når vi får det til. Både for meg selv og mine medstudenter ga det under innlæringen en ekte glede hver gang vi lyktes med dette klikket, og vi husker gjerne bedre de (medstudentene) som var spesielt flinke på manipulasjon, enn de som var dyktige i anamnese eller klinisk resonnering. Manipulasjonsmetoden illustrerer på mange måter hvordan MT bygger på utførelsen av et håndverk, basert på en teoretisk forståelse. Manipulasjon er en spisskompetanse som vel og merke blir brukt i en større setting. Det er en metode som er med og preger det behandlingsopplegget jeg presenterer for pasientene. Spesielt ved kortere og forholdsvis ukompliserte sykehistorier, kan manipulasjon være et svært effektivt tiltak. Noen ganger er det nesten bare det som skal til for å løse problemet.

Trinn 4 er den siste delen av analysen. Her trekkes de ulike fortattede delene av meningsinnhold sammen til nye synteser. Disse må så vurderes mot det originale transkriptet, for å se om de faktisk svarer til det meningsinnholdet som ble uttrykt. Syntesene representerer essensen av det som belyser forskningsspørsmålene. Denne delen skrives i tredje person, og er følgelig på et mer abstrahert nivå. Fjerde trinn avsluttes ved at hver kodegruppe kategoriseres med en kort og uttrykksfull overskrift, og disse skal uttrykke en konsentrert og tydelig beskrivelse av det endelige resultatet. Hovedtema og kondenserte sammenfatninger presenteres nedenfor, i resultatkapittelet.

3.7. Etikk

Det ble ikke søkt om godkjenning av Regional etisk komité for medisin og helsefag, siden studien omhandler profesjonelles, ikke pasienters erfaringer. Norsk samfunnsvitenskapelig datatilsyn ble heller ikke søkt. Ved nærmere undersøkelse av regler rundt studier som faller inn under søkerplikten her, kom det fram at ved anonymisering av datamaterialet fra første stund faller studier utenom denne plikten. I mitt tilfelle ble ikke personopplysninger tatt opp på lydopptaket (navn, alder, erfaring som MT, arbeidssted mv.), men notert ned og oppbevart atskilt fra bånd og transkripsjoner. Transkripsjonene hadde fiktive navn.

Deltakerne ble forespurt om å delta på grunnlag av et informasjonsskriv som ble sendt til fysikalske institutter i en større norsk by (vedlegg nr. 1), og de deltok på grunnlag av skriftlig informert samtykke. I skrivet ble frivillig deltakelse, anonymisering osv. vektlagt.

I mitt tilfelle vurderte jeg det som lite sannsynlig at det skulle oppstå situasjoner som kunne virke truende eller vanskelige for deltakerne. Likevel var det viktig at jeg som moderator hadde et spesielt fokus på den enkeltes velbefinnende og utviste den oppmerksomhet og empati som var nødvendig for å oppnå dette. Malterud viser til allmenneriske verdier som respekt, velgjørenhet og rettferdighet, som grunnlag for forskningsetiske prinsipper (Malterud, 2012a; s. 140). Gjensidig respekt mht. å holde informasjon innenfor gruppen er viktig for at den enkelte skal føle seg trygg og fri til å bidra med sin mening uten frykt for at det skal bli brukt mot dem i andre sammenhenger. Det ble som nevnt oppfordret til at det som kom fram av eventuelle kontroversielle synspunkter skulle holdes innenfor gruppen. Det ble opplyst om at forskerne har taushetsplikt, at lydopptakene ville bli slettet etter transkribering og at resultatpresentasjonen ville få fiktive navn.

Jeg har hatt som rettesnor at en etisk grunnholdning skal gjøre seg gjeldende gjennom hele prosjektet, både ved planlegging, praktisk gjennomføring, analyse og rapportering.

4. RESULTATER: Manipulasjon – bruk og begrunnelser: sentrale tema fra klinikken

Jeg vil her presentere hovedtemaer som kom frem i gruppeintervjuet. Disse er: *Profesjonell identitet – bredde og spesifisitet, Forklaringsmodeller – gamle teorier utfordres i klinikken, nye blir integrert og Manipulasjonseffekten – om betydningen av teknisk nivå, relasjonens kvalitet og klinisk skjønn*. Disse temaene er dels samsvarende med de jeg i utgangspunktet vurderte som viktige i intervjuguiden, men det kom også opp noen nye.

Hvert hovedtema starter altså med en kondensert beskrivelse av kjerneinnholdet, som deretter blir utdypet i detalj, med en sammenbindende tekst og sitater. Det er, som nevnt, brukt fiktive navn, og det er av og til i sitatene satt inn (i parentes) oppklaringer knyttet til sammenhengen utsagnet stod i.

4.1. Profesjonell identitet - bredde og spesifisitet

Det mest fremtredende når det gjaldt deltakernes vurdering av sin profesjonelle identitet som MT, var kombinasjonen av bredde og spesifisitet, og at MT som fag har en mer helhetlig forståelse av sykdom og helse enn før. MT ble videre beskrevet som å ha et systematisk undersøkelsessystem og et bredt spekter av behandlingsmodaliteter. Primærkontaktrollen, undersøkelsessystemet og manipulasjonsmetoden ble angitt som det som først og fremst skiller MTer fra andre fysioterapeuter. De ga uttrykk for at MTer skiller seg fra kiropraktorer og naprapater ved å ha en større bredde i kunnskapsbasen og tilnærming, og dette ble knyttet til deres grunnleggende kompetanse som fysioterapeuter. Manipulasjon som ferdighet og behandlingstilnærming ble i stor grad sett i sammenheng med andre behandlingstiltak, men hadde likevel en spesiell stilling i deltakernes definering av seg selv som MTer.

4.1.1. Kombinasjonen av bredde og spesifisitet

Jeg brukte begrepet *yrkesidentitet* (i betydningen *profesjonell identitet*) når jeg spurte om hva deltakerne først og fremst forbandt med MT generelt, og hvordan de vektla manipulasjon som en del av dette. Følgende kommentarer ble gitt innledningsvis;

”Jeg tenker på bredden i tilbudet i forhold til andre. Vi har flere bein å stå på i forhold til grunnutdanningen. Vi kan gi øvelser, trening, artikulering, mobilisering, manipulering, flere tilbud. Manipulasjon kan gis som et tilbud blant en lang rekke, i stedet for at det er det ene. Det er det jeg tenker mest på som styrken i vårt fag, for eksempel kontra kiropraktikk.” (Karl)

”Jeg føler for å hive meg på den, for jeg synes mange ganger at kollegaer og andre vil ha oss inn på et smalt spor, at vi er opptatt av ledd og av detaljene. Jeg liker best å tenke på oss som en gruppe som tenker ganske vidt. Men vi har noen spisseegenskaper, noe som er med og særpreger oss. Manipulasjon er med og særpreger oss, og er en ganske stor del av, og viktig del av tilbudet vårt. Men vi leverer det som en del av en større setting, med kunnskap om noe mer og i en større sammenheng” (Bjarne).

”Jeg tror det er kjempeviktig, for det finnes flere som manipulerer, men som kanskje ikke har den bredden som du snakker om. Den bakgrunnen som inkluderer rehabiliteringstrening, funksjonell trening, diagnostisering. En bredde vi har i tillegg.” (Daniel)

Det var som nevnt en oppfatning i gruppen om at denne bredden blant annet medvirker til en forskjell i perspektiv hos MTer og kiropraktorer:

”Jeg var i henvisningsprosjektet sammen med kiropraktorer fra 3 fylker. Vi ble kurset sammen på røntgen, trygdemedisin, laboratorieprøver og differensialdiagnose, og vi hadde en del diagnostikker som vi skulle løse sammen. Jeg tror vi tenkte ganske forskjellig, og da tenker jeg at den fysioterapien vi har i bunnen, kanskje gjør at vi favner litt bredere, bl.a. i forhold til psykosomatiske tilstander, at de tradisjonelt tenker, i alle fall den gangen, at det meste kom fra columna. Hvis ikke så var det ikke kasus for dem.” (Else)

Det neste utsagnet rommer en viktig betydning av bredde og spesifisitet:

«Jeg tenker på det med manipulasjon... det ligger en teoretisk grunnforståelse bak alt du gjør som MT, som er veldig viktig hele veien som kliniker. Så har du metodikken, som er veldig systematisk, og en gjentar det gang etter gang. En lærer seg disse avvikene og det som er relevant for å stille en god klinisk diagnose. Og så litt på andre siden igjen, det manuelle verktøyet, som tiltaler meg veldig mye. . Jeg liker å jobbe med hendene, og det er en ferdighet som du er nødt til å oppøve. Det er en ferdighetstrening, men dersom du ikke har den teoretiske grunnforståelsen, er du hjelpeløs med den... hvis du bare har ferdigheten. Og på samme måten hvis du har god forståelse, er du på mange måter hjelpeløs som kliniker, hvis du ikke kan gjøre en del av disse manuelle tingene du gjør som MT. Så det er denne sammenfletningen av håndverket og teorien som gjør det veldig spennende å jobbe med, å kunne sjonglere med mer enn en ting om gangen, mange systemer.» (Leo).

Her pekes det altså på at kombinasjonen av grunnforståelse eller teori samt bruk av manuelle ferdigheter og tiltak må gå hånd i hånd. MT ble beskrevet som en vekselvirkning mellom teori og håndverk. Det å beholde fokuset på den fysisk-tekniske delen av fagutøvelsen ble videre sett på som viktig. Det ble blant annet referert til Olav Evjenth, en av grunnleggerne av ”den norske modellen” og lærer i MT-utdanningen, som var redd for at MT skulle utvikle seg i retning ”så store hoder og så små hender”. Og videre: ”Jeg tenker at det er viktig at vi holder på det tekniske, at vi er veldig tett på, at det er noe av det som er med på å gjøre at vi blir gode i faget.» (Else)

Naturlig nok kom det frem at spissingen i faget først og fremst kommer fra MT-utdanningen. Det ble likevel vektlagt at det også i MT som fag er et mye mer helhetlig syn enn tidligere, og at faget har utviklet seg mye de senere årene, ikke minst etter henvisningsprosjektet og innføringen av primærkontaktrollen. En må tenke videre enn før, og det må tas langt flere hensyn, ikke minst med tanke på betydningen av psykososiale forhold. Denne lille dialogen indikerer dette:

Karl: «Det er mye mer helhetlig tenkning.

Else: Ja det tenker jeg og...

Karl: Vi tenker mer at alt henger sammen, alt du gjør. Alle påvirkninger du utsettes for. Sånn som tidligere når det var fokus på L3, pluss i den eller den retning. Det var et veldig biomekanisk fokus. Det har jo endret seg.

Else: Veldig..

Karl: De psykososiale tingene, det fletter seg mye mer i hverandre (de ulike perspektivene) enn før.

Else: Egentlig er det blitt mye gøyere da (muntert bifall fra de andre)... Mer ansvar, men mye gøyere.»

Bredden i MT-faget, i forhold til andre grupper de sammenlignes med, ble altså i stor grad knyttet til grunnutdanningen som fysioterapeut. Her ble det presisert at det inngår fag som ikke bare direkte går på muskel-skjelett, som nevrologisk rehabilitering, barnehabilitering osv. ”Jeg tror vi har en litt annen base, med grunnutdanningen fra fysioterapien, en base i bunn, og så gjør vi dypdykk i forhold til denne spesialiteten, muskel – skjelett”. (Karl) Denne kombinasjonen av bredde og spesifisitet kan så danne grunnlaget for en differensiert tilnærming til ulike kliniske problemstillinger.

«Jeg tror det er viktig å beholde sin identitet som MT. Det som jeg håper på i det minste, sammenlignet med en del andre grupper som holder på med noe av det samme, er at vi kanskje har litt mer mulighet til å tilpasse behandling etter pasient, og ikke tvert imot.» (Daniel)

MT ble altså beskrevet som å ha et systematisk undersøkelsessystem og et bredt spekter av behandlingsmodaliteter, der manipulasjon på flere vis står i en særstilling. Det ble pekt på en utvikling mot mer helhetlig tenkning, spesielt etter innføringen av primærkontaktrollen.

4.1.2. Manipulasjon – en spesifikk klinisk ferdighet og behandlingsmetode

Som nevnt ble det flere ganger sagt at manipulasjon var viktig del, men fortsatt bare en del av MT-repertoaret. ”Manipulasjongrepet er jo greit nok, men jeg tenker det er en av mange intervensjoner som vi bruker.” (Else) ”Manipulasjon kan gis som et tilbud blant en lang rekke, i stedet for at det er det ene.” (Karl) Men det ble vist til flere årsaker til at manipulasjon likevel ble sett på som en viktig del av yrkesidentiteten. I tillegg til undersøkelsessystemet var det denne kompetansen som de mente først og fremst skiller MTer

fra andre fysioterapeuter, og at det er en behandlingsmetode som krever mye tid og innsats for å læres.

«Kanskje noe av det som er med å gjøre det til en del av vår identitet, er at vi jobber så mye med å få det til. Vi prøver og prøver, både når det gjelder manipulasjon, men og når det gjelder andre manuelle ferdigheter. Særlig i forhold til studenter, så er det jo en ekte glede når manipulasjonen sitter. Det er som om vi får en slags belønning når vi holder på å lære oss dette her.» (Bjarne)

Manipulasjon er en veldig konkret metode, både for terapeut og pasient, og den knyttes først og fremst til MTer og kiropraktorer. Det var enighet i gruppen om at klinisk erfaring bedrer forutsetningen for å vurdere når det er hensiktsmessig å bruke manipulasjon.

«Jeg synes personlig i forhold til effekten, at jeg er mer selektiv i forhold til tidligere. I begynnelsen ble det mye manipulering for at jeg skulle lære det, men så registrerte jeg at de (pasientene) ikke alltid ble så gode som forventet... Jeg anvender mye av det jeg har hatt med meg fra før (som fysioterapeut), sammen med nye ting selvfølgelig. Men jeg bruker det (manipulasjon) kanskje sammen med andre ting, mer enn jeg gjorde før... er blitt mer selektiv.» (Karl)

Alle deltakerne la vekt på at manipulasjonen som metode blir brukt mye, men ofte sammen med andre tiltak. De hadde erfaring med at den spesifikke kliniske situasjonen i stor grad påvirket hvordan manipulasjon ble vektlagt, og i hvilken rekkefølge den ble anvendt. Et eksempel på dette ble blant annet illustrert slik:

«For min egen del, så ser jeg ganske stor forskjell på.... jeg har jobbet fullt privat en periode, og gjør det fremdeles, og da ser jeg jo at de pasientene som oppsøker meg der, kommer nesten utelukkende til meg direkte, uten henvisning fra lege, med kort sykehistorie, mer avgrensede problemer, mindre gule flagg, mindre psykososiale problemer, selv om det absolutt kan være noen unntak der og, og da blir intervensjonen noe annerledes, kanskje mer i retning av tiltak som virker ganske der og da, og som får dem ut av den smertefulle fasen kanskje, og ikke så mange behandlinger. Da er ofte klassisk manipulasjon som verktøy helt eminent

Og så jobber jeg med refusjon og avtale, og er den eneste manuellterapeuten der. Så jeg får stort sett henvist alt det som ingen andre har fikset, og som har vært i behandling alle mulige andre plasser. Da snur på en måte spiralen seg, hvor det med manipulasjon, eller den ensarta, spesifikke, avgrensa problemstillingen ikke er der. Det er heller vondt over alt, her og der, og man kan snakke mer om multimorbiditet enn komorbiditet. Det er mange andre faktorer. Da blir det en kan gjøre med å manipulere en mye mindre del av behandlingen.» (Leo)

Konteksten her er altså en todelt jobbsituasjon, med ulike grupper pasienter til behandling, og at det påvirker både hvilke tiltak som kommer til anvendelse og hvordan de blir vektlagt.

Bruk av manipulasjon i klinikken ble videre utdypet med hvordan det gjøres vurdering i forhold til den enkelte pasients oppfatning. Dersom pasienten ser på manipulasjonen som det ensidig avgjørende tiltaket, ble det hevdet at han eller hun ville kunne sette sin lit til dette alene i uhensiktsmessig grad, og legge for lite vekt på en viktig, kanskje avgjørende egeninnsats.

«Kanskje det beror litt på det som Bjarne sa at manipulasjon er en sånn tydelig ting. Man gjør en ting, mer eller mindre voldsomt, og så knekker det. Det hender noe, "Akkurat ja, sånn gjorde han". Og så har du gjort mange andre ting i tillegg. Det å trene og gjøre øvelser hjemme oppfattes ikke som behandling, når man spør folk. "Ja, så måtte jeg gjøre sånn, og så fikk jeg behandling også, der det knekte." Det husker folk!» (Daniel)

I slike situasjoner ville det være viktig med informasjon, eller eventuelt vektlegge andre tiltak.

"Ja, du har det eksemplet på en pasient som har en gammeldags forståelse av det biomekaniske, og har blitt manipulert mye, og de kommer for å "få den skiva trykt på plass igjen, da blir jeg ganske skeptisk i forhold til å bruke manipulasjon igjen. Det kan godt være jeg gjør det, dersom jeg kan få forklart det til pasienten, og jeg ser at de tar at "kanskje er det sånn", så kan jeg kanskje bruke det ..." (Leo)

I sammenheng med refleksjon rundt tilnærmingen til manipulasjon ble det også lagt vekt på forebygging, og at dette er en avgjørende del av behandlingen som MT.

”...hvordan forebygge at det kommer tilbake igjen, egeninnsats, holdningskorrigerer og ergonomi i forhold til arbeidsplass, pust og veldig mye... at man må hjelpe pasienten der, ellers har man bare støvtørka litt, og man har ikke gjort jobben ordentlig. Så jeg tenker at vi har en viktig jobb å gjøre utenom akkurat grepet.” (Else)

Som det har kommet frem ovenfor, blir manipulasjon vurdert som en sentral del av MTers profesjonelle identitet og en viktig metode i MTers behandlingsrepertoar, eller ”verktøykasse” som er et begrep som ble brukt. Jeg skal nå se på spørsmål om hvordan nyere forklaringsmodeller påvirker MTers vurdering og bruk av manipulasjonsmetoden.

4.2. Forklaringsmodeller – gamle teorier utfordres i klinikken, nye blir integrert

Forståelsen av virkningsmekanismer ved leddmanipulasjon ble knyttet til nye hypoteser og teorier. Det ble diskutert hvordan dette farget deltakernes forståelse og praktiske bruk av denne behandlingsmetoden, og ikke minst knyttet til hvilke forklaringer som blir gitt til pasientene. Det synes å være en vesentlig endring fra å se på manipulasjon som en behandlingsmetode for å oppnå varig biomekanisk endring på spesifikt nivå, til først og fremst å forstå og bruke den som en måte å redusere smerte og muskelspenninger. Den vil slik kunne fremme effekt av andre tiltak, ikke minst pasientens egen aktivitet.

Ulike virkningsmekanismer knyttet til manipulasjon ble altså diskutert, og knyttet til kliniske eksempler. Følgende utsagn viser hvordan det er flere og sammensatte vurderinger som kan ligge bak bruk av manipulasjon:

”Det klart en gjør jo det (påvirkes av nye teorier), bevisst og ubevisst. Hvis det kommer en med, som du snakket om i sted, smerte i midtre thoracal og dårlig pust. Hvordan kan vi komme utav det? Da tenker jeg at vi for å oppnå smertelette, økt bevegelighet og redusert spenning går lokalt inn og jobber (bla med manipulasjon). Så kommer, som vi sa litt tidligere, disse andre tiltakene etter hvert, for å få ”totalpakken” til å se grei ut...hjelpe pasienten videre, til å ta tak i sin egen situasjon og prøve å gjøre noe med den. Men, jeg tror likevel det er viktig med et sånt grep, og

høre knekket og følelsen av at her skjedde det noe. Det er så mange som har prøvd forskjellige ting, og det har blitt gnicket og dullet og dallet, og det har ikke skjedd noen ting, men DER skjedde det noe. OK det er placebo, og det er mange ting, men jeg tror ikke en skal undervurdere det klikket heller.” (Karl)

Det ble vist til at blant annet en del kiropraktorer, fortsatt bruker biomekaniske forklaringer som ikke lar seg understøtte av forskning. Det ble også hevdet at slike forklaringer sammen med manipulasjonsbehandling kanskje kan gi en god placeboeffekt, men også stå i opposisjon til det som har vært nevnt tidligere med hensyn til ikke å gi en urealistisk fremstilling av manipulasjonseffekten. Følgende hjertesukk ble formidlet:

”Hvordan skal jeg forklare dette på en måte som pasienten forstår, men som ikke er biomekanisk? For det høres jo ut som at andre som manipulerer folk, bruker denne forklaringen. For det er en veldig enkel måte. Det ligger jo mye placebo innebygd. Altså, de kjenner at det er noe som ikke beveger seg skikkelig, de får beskjed om at det er noe som sitter feil i ryggen, men nå skal de få satt det på plass....krack! Ryggen er på plass.” (Daniel)

Det antydes her at en ikke kan komme bort fra at en klinisk endring kan skje ved manipulasjon, men at en ensidige biomekanisk forklaring altså blir for enkel, selv om den kan være fristende å ty til fordi den kommuniserer bra. Deltakerne var enige i at det i dag fokuseres mer på smerteeffekten, som for eksempel i denne uttalelsen:

”Jeg synes jo egentlig det har vært en befrielse, den nye vitenskapen på smertefysiologien, i relasjon til manipulasjon, fremfor den gamle mekaniske tankegangen, og synes personlig at det er lettere å forklare pasienten det, fremfor noen vage teorier om at kanskje det må dyttes hit eller dit. Det har liksom aldri passet helt inn i min forståelse. Så jeg sier noe så enkelt som at jeg demper smerter. At vi får hemming av smerter i ryggmargen som demper spenninger i muskulaturen. Det er det hele.” (Leo)

Det ble også vektlagt at en viktig strategi er å ufarliggjøre så mye som mulig både årsakene til smertene og hva som skjer under manipulasjonen. Mange pasienter kan ha forholdsvis dramatiske forestillinger om hva som forårsaker lyden ved kavitasjon.

”Veldig ofte så er en opptatt av hva det klikket er. Noen ser jo for seg brus som brister, og bein som... mange sånne rare forestillinger. Jeg pleier å si at det oppstår et vakuum mellom leddflatene, liksom en sugeskopp mot et vindu, og så trekker en sugeskoppen frem, og det omdannes gass fra væske et lite øyeblikk, og så kommer det lille klikket når dette går fra hverandre, og det skjer noe i leddet, og så begynner det å bevege seg, og det skjer noe med smertedemping og avspenning i vevet rundt, og det tror jeg at folk ser for seg som ufarlig.” (Else)

Pasienters ulike behov for forklaring var et tema som kom tydelig fram. Det ble hevdet at mens noen nesten ikke kan få nok informasjon, kan andre bli bare mer og mer usikre jo mer de blir fortalt.

Selv om den rent mekaniske forståelsen av at det skjer en ”låsning” av et ledd stort sett er forlatt, blir uttrykket fortsatt brukt, men da mer i forståelsen ”dysfunksjon”, som omfatter både intra- og ekstra-artikulære strukturer. Det ble foreslått at det kanskje er i slike situasjoner en noen ganger kan oppnå en sterk og umiddelbar effekt av manipulasjon, i kontrast til en mer generell, regional og sentral smertedempende effekt.

”... det har den senere tid kommet frem, hvis jeg ikke har misforstått, en teori om en generell smertedemping på høyere nivå i sentralnervesystemet, som kan virke dempende (på smerte). Da er jo spørsmålet om en kan utnytte dette systemet med å manipulere enda mer enn når utgangspunktet vårt kun var en klar dysfunksjon. Men det er da (ved klar dysfunksjon) vi forventer en sterkere effekt, og vi kanskje får den PANG-effekten, mens når vi manipulerer et ledd som det ikke er en sånn klar dysfunksjon i, kan det kanskje gi en mer generell smertedempende effekt.” (Bjarne)

Ut fra eksempler som ble gitt og den generelle diskusjonen rundt virkningsmekanismer, later det altså til at hos denne gruppen MTer, har nye forklaringsmodeller påvirket både bruken av manipulasjon i den kliniske praksisen og deres forklaringer til pasientene. Det ble fremhevet at manipulasjon gjennom å gi smertelette, avspenning og friere bevegelse, åpner for aktivitet, trening og varig bedring: *”Det man oppnår med manipulasjonen, det kommer man tilbake til innen ergonomien. Hvorfor skal jeg trene? Jo for at denne bevegelsen skal kunne fungere*

bedre. Den motoriske kontrollen skal bli annerledes, sånn at en ikke får disse spenningene igjen.” (Daniel)

Gjennom forklaringer til pasientene mente deltakerne at MTen forsøker å bidra til at den enkelte får en økt innsikt både i det som gir smerte, hva som er årsaken, hva som skjer under manipulasjonen i tillegg til effekten av de ulike tiltakene, og det ble lagt stor vekt på hvordan pasientene selv kan bidra til en positiv utvikling.

Det har kommet frem tidligere hvordan innlæring av manipulasjon krever tid, innsats og dedikasjon. Det følger som en logisk konsekvens av dette at behandlingsmetoden er en til dels krevende teknisk utfordring. Det neste temaet som ble berørt var blant annet hvilken betydning terapeutens tekniske nivå har for effekten.

4.3. Manipulasjonseffekten – om betydningen av teknisk nivå, relasjonens kvalitet og klinisk skjønn

Deltakerne fremhevet at MT og manipulasjon på mange vis kan sammenlignes med et håndverk. Det er følgelig snakk om oppøving av spesifikke ferdigheter, der leddmanipulasjon utpeker seg som særskilt krevende. Men ifølge denne gruppen MTer, blir det for snevert å se på manipulasjon ensidig som teknikk og ferdighet. I flere sammenhenger kom den helt avgjørende forskjellen frem, at MTen i motsetning til håndverkere flest håndterer mennesker, ikke ting. Dette ble også vektlagt under diskusjonen rundt teknikkens betydning. For selv om ulikt teknisk nivå definitivt har en viktig betydning, så ble det understreket at den mellommenneskelige faktoren er helt avgjørende for gjennomføring og effekt av manipulasjonen. Terapeut-pasient relasjonen sammen med klinisk skjønn ble også sett på som avgjørende i vurderingen av om manipulasjon er egnet eller ikke.

Når en er ferdig med MT utdanningen, forventes det at en skal kunne utføre et antall manipulasjonsteknikker, og at det skal være mulig å oppnå manipulasjonseffekt. Men hva er det som kjennetegner en god teknikk? Følgende dialog sier noe om det:

Karl: "Det er mer skånsomt. Du hører jo om folk som går til kiropraktorer, og det gjelder sikkert hos MTer og, der de (pasientene) går hjem etter manipulasjonsgrep og er såre og vonde, over lang, lang tid. De går tilbake igjen etter en uke eller to, og så akkurat samme prosedyren hver gang. Hva er poenget? Altså de går tilbake, det låser seg igjen, og de får det veldige ubehaget. Kanskje for stor kraft, og det blir alt for mye."

Ragnvald: "Oppfatter du det som en dårlig manipulasjon?"

Karl: "Den er dårlig, og en får mange andre effekter, en hel del bivirkninger, og økt spenning i stedet for redusert. Jeg tror at når den er skånsom og behagelig, har du en god manipulasjon, mer skånsom for vevet og mer "to the point". Du treffer det målområdet du ønsker, og jeg tror det er bedre."

Men god teknisk utførelse blir utilstrekkelig dersom ikke pasienten har den nødvendige tilliten og tryggheten til terapeuten, og at han eller hun derved kan klare å slippe pust og spenninger.

"Du kan være god teknisk sett. Men hvis du ikke klarer å bruke det på de rette pasientene, så blir det helt feil. Pasienten må kunne slappe av, må ha en viss tiltro til deg, og du vet at du har gjort jobben din som primærkontakt, at du har stilt en diagnose, og at det (ut fra det) er en anvendbar teknikk, et grep som potensielt hjelper pasienten." (Leo)

Dette med å være våken for pasientens velbefinnende ble hevdet å kunne ha direkte konsekvens for utførelsen av manipulasjonen: *"Å jobbe med pasienten, med pusten og igjen det med avspenning og trygghet i situasjonen... veldig avgjørende i forhold til hvor lite kraft du må bruke"* (Else) Hun fortsetter:

"Jeg tenker på når jeg gikk på MT utdanningen, så var det veldig mye å låse av over og under, så det var jo mye "opptvinning i mange retninger" (innstilling av pasienten) for å få det så spesifikt som mulig. Men jeg tenker jo det skjedde en del andre ting. Rent teknisk så var det kanskje en lur måte, men det var jo ett eller annet med hva du gjorde med mennesket som lå der. Så det har jeg frigjort meg mer og mer ifra, altså jeg mener, det kommer jo med erfaringen, og jeg tror jo at dess lenger du holder på og dess flinkere du blir, dess mindre kraft trenger du bruke, og dess mindre vei trenger du

å gå. Jeg tenker at ved dårlig teknikk, så må du nødvendigvis spe på med mye kraft.”
(Else)

Igjen understrekes betydningen av terapeut – pasientrelasjonen samt viktigheten av klinisk erfaring.

Betydningen av relasjonen sammen med MTers faglige bredde kom og frem som en forutsetning for en god utførelse av primærkontaktrollen. Flere mente at det er grunnlaget for at en skal forstå pasientens behov for forklaring på helseproblemene sine, for å vurdere hva som er hensiktsmessige tiltak og ikke minst som nødvendig for at pasienten skal klare å ”legge fra seg” kroppen sin, altså stoler på terapeuten ved utførelsen av manipulasjon.

... ”Så det tror jeg er vår styrke, dette brede spekteret av ting som vi har fått med oss. Bredden i bakgrunnen gjør at vi kan se flere aspekter i sammenheng, mer enn om vi bare ser alt ut fra et muskel-skjelett perspektiv.” (Daniel)

En grundig jobb som primærkontakt bidrar altså til trygghet for at det ikke er noen alvorlig underliggende årsak til smertene og gir grunnlag for relevante tiltak, blant annet manipulasjon. Begge deler kan ha direkte påvirkning på pasientens smerteopplevelse. Dette kom frem i følgende utsagn:

”Om det da faktisk er det som jeg gjør der og da på benken som har mest effekt på pasienten, eller om det er det å få en forklaring på at her er det ikke noe dramatisk, det er ikke så godt å si, kanskje begge deler, ikke så godt å svare på. Men begge deler er viktig. Og da gjør du jobben som primærkontakt, pluss at du tar hånd om pasienten på en god måte” (Leo)

Det ble hevdet at en gjennom innsikt i hvordan pasienten tenker om egen kropp, kan tilpasse den praktiske tilnærmingen og forklaringen til dette. Som tidligere nevnt, kan det for eksempel godt tenkes at det er noen som ikke bør behandles med manipulasjon, fordi de har et ensidig biomekanisk fokus og legger for stor vekt på at terapeuten skal ”fikse” dem. I det minste bør de bli forklart andre innfallsvinkler. Med en viss irritasjon ble det formidlet en oppfatning av at noen utøvere innen andre yrkesgrupper ikke nødvendigvis tar slike hensyn, og at flere hadde erfaring med pasienters historier som antydte at behandlere kjører

tilnærmelsesvis det samme behandlingsopplegget overfor alle pasientene sine (pasienter med muskelskjelettplager).

”... men det er presentasjonen til pasienten som jeg synes er vanskelig... hvem som passer for manipulasjon, og hvem som ikke gjør det. I forhold til hvem som er ansvarlig for pasientens bedring, sånne ting. Det er vel mer det. om noen forteller at de har vært hos kiropraktor.... ”så knekte de, og så ble det bra”... ”så knekte de, og så ble det ikke bra”, som om det er der forbedringen ligger. Og jeg har forsøkt å presentere manipulasjonen som en del (metode) på linje med alt det andre. Det er en av de tingene vi gjør.. Men jeg må holde igjen litt av presentasjonen (av manipulasjonen), mer enn med de andre tingene, nettopp fordi det er et så kraftfullt verktøy, et så tydelig verktøy...” Her , nå kjente jeg noe, oj, nå følte jeg meg bedre!” Med feil pasient så kan det bli sånn at de andre tingene ikke blir så viktige. ”Det var det knekket, og så kunne jeg bevege nakken”... men neste uke sitter det kanskje der igjen” (Daniel)

Flere lignende eksempler kom frem i diskusjonen og understøttet at en som terapeut bør være bevisst bruken av manipulasjon: *”.....det er hele tiden vektingen om hvem du faktisk har foran deg som pasient, og hva som er problemsstillingen. Det avgjør jo litt hva slags knapper en skal trykke på.” (Leo)*

Det ble sagt at vi må være våkne for at noen pasienter ikke er komfortable med å bli utsatt for manipulasjon. Kanskje oppleves det så ubehagelig for dem at det er en dårlig tilnærmingsmåte, selv om det isolert sett kunne fått effekt. Det kan være ulike grunner til dette, blant annet kombinasjonen av den fysiske nærheten mellom terapeut og pasient og frykt for hva som kan skje rent fysisk.

”Du har jo noen ganger du ser på pasienten, og her har du funnet noe, men bare ved å gå inn og prøve å jobbe med dem så er de ”der” (utrygge og anspent)...altså dette med å ikke tvinge gjennom manipulasjon for manipulasjonens del. Du vet at her er det dysfunksjon, og du vet at bare jeg får løsnet den, så blir tingene bedre, men vedkommende vil ikke.”

... ”noen hater jo å bli manipulert uansett (bifall fra flere), altså du kan gjøre det 1- 2- 3 ganger, og de blir bedre, og de vet at det gir effekt, men de hater det hver gang, de

stritter mot....du gjør ikke noe overgrep, men... jeg tror du får en magefølelse for hvem, når du snakker med dem, tar anamnesen og om de tillater at man kommer tett innpå. Noen merker du det på når du tester dem, allerede da kan du tenke at her gjør jeg ikke noe mer (manipulasjon).” (Karl)

Det ble gitt uttrykk for at MTer må være våkne for vegetative reaksjoner og pust. Vi må vite at de føler seg trygge før vi gjennomfører manipulasjonen. Følgende utsagn sier noe om det:

... ”men jeg tenker jo at respirasjonen er en viktig indikator i forhold til om det er greit eller ikke. Det merker man jo, at noen får sterke vegetative reaksjoner. Jeg tenker i forhold til effekten, at når pasienten kommer inn og du hilser på dem, for noen er det greit å komme ganske tett på med en gang, men hos andre må man opparbeide en tillit for å få lov å komme nær. Da merker man jo etter hvert om de vil slippe nakken sin, og om de på en måte vil stole på deg...”

... ”men det kan nok føles veldig som et overgrep hvis man går i gang med det (manipulasjon) uten at pasienten klarer å legge seg ned på benken, og legge fra seg kroppen sin. For du tar de jo ut av kontroll, så du må jo vite at de stoler på deg.”
(Else)

Manipulasjon kan altså bringe pasienten utenfor både kontroll- og komfortsonen sin, ikke minst fordi pasienten ikke har mulighet for å stoppe det når manipulasjongrepet først er satt i gang. Dette gir terapeuten desto større ansvar.

Det ble tatt opp at mange kan ha frykt for at smerten er tegn på en alvorlig skade, og de har kanskje ulike forestillinger om hva som kan være galt. Kanskje er de redde for å gjøre situasjonen verre gjennom aktivitet. Andre kan frykte for at behandlingen skal kunne gjøre dem verre. Da kan det være viktig å gi noen enkle forklaringer;

”Jeg tenker at det er et poeng, at jeg ikke sier at noe er kommet veldig i klem, eller utav plass, men at det er en slag selvforsterkende sirkel der en får spenning og smerte. Jeg prøver lite grann å ufarliggjøre det.” (Bjarne)

Deltakerne var i stor grad enige om hva som er sentralt i faget, men at ikke dette alltid kommer til uttrykk utad. Det ble også sagt at det kan være ganske stor avstand mellom det som skjer i klinikken og det som kommer frem i forskningen.

”Vi har spurt om det samme flere ganger og det virker som vi kommer tilbake til det hele tiden, hva er det med pasienten vi har foran oss, hvordan vurderer vi? ...Litt naturligvis med bakgrunn i hvilke studier (vi støtter oss på), og mange av oss betoner mye det erfaringsmessige. Når jeg leser studier, så tenker jeg at de dekker sjelden alt det vi driver med, og det kan jo også være et problem. Eller det er jo et problem det at med den bredden som vi har... at en ting er at vi har manipulasjon som intervensjon, og så kan vi sammenligne manipulasjon med mobilisering (som i studier). Men det er ikke noen av oss som bare manipulerer.” (Daniel)

Det ble gitt uttrykk for en viss frustrasjon over at MT-miljøet ikke i tilstrekkelig grad har klart å formidle utad den utviklingen som har skjedd innen faget de senere år, ikke minst at det har blitt mindre biomekanisk og mer psykososialt fokus.

”Men vi sa innledningsvis at MTer har fått et ufordelaktig ord på seg om på hvor snevert område vi jobber, så tenker jeg at det er viktig at vi favner alle de tingene. Og spesielt at det går nesten ikke an å være MT uten å jobbe med pust og kjever og se på helheten der, og jeg tenker at vi har en jobb å gjøre med å gå ut og markedsføre faget vårt for bredden og all den kompetansen vi har” (Else)

Det ble hevdet at Bergensskolen har klart å beholde en god balanse mellom det tekniske og teoretiske, og da kanskje i kontrast til andre steder, for eksempel Australia. Selv om det er forskjeller mellom ulike utdanningsinstitusjoner der, kan det synes som at de i større grad vektlegger klinisk resonering, på bekostning av den delen av faget som krever ”hands on”.

”Det er jo det som er kunsten, det som er balansen, som kanskje kan være litt vanskelig. Det å kunne håndverket, bruke fingrene riktig, og få den informasjonen du skal ha. Å trene så mye på det at du klarer å flette sammen det teoretiske i det, og den balansen er bedre på studiet på UIB i forholdt til teori og praksis (sammenlignet med Australia).” (Karl)

Det har kommet frem hvordan teknisk kompetanse ble vurdert som viktig, men også hvordan gjennomføringen av både manipulasjonen og andre tiltak er avhengig av en god relasjon til pasienten. Det kom også frem hvordan dette hviler på en godt klinisk skjønn og hvordan det kan gi grunnlag for nødvendig trygghet og tillit.

5. DISKUSJON

Dette kapitlet handler om diskusjon rundt de viktigste funnene i studien, samt metodediskusjon. I denne prosessen har jeg støttet meg på Stige, Malterud og Midtgardens artikkel, ”*Toward an agenda for evaluation of qualitative research*” hvor de sier:

“Evaluation might stimulate development of future research, which is important in relation to the ethical obligation to serve people and communities, and might give the research disciplines and practices the degree of recognition they need to operate professionally.” (Stige et al., 2009; s. 1505)

De viser til at vår forståelse er basert både på eget ståsted og på deltakelse i en fysisk, sosial og etisk verden (s. 1507). Flere forhold i en kvalitativ forskningsprosess blir berørt. Det er *engasjement* for fenomenet en ønsker å utforske, *bearbeiding* av materialet en trekker ut, *tolkning* av dette materialet og *kritisk refleksjon* av hvordan alt dette er gjort. I tillegg er det *kritisk vurdering* av sosial effekt av forskningen, praktisk og teoretisk *nytteverdi*, faglig *relevans* og *etisk refleksjon*. Dette er forhold som ifølge forfatterne i større eller mindre grad bør være underliggende planleggingen, gjennomføringen og presentasjonen av et prosjekt.

5.1. Diskusjon av funn

Jeg vil legge vekt på noe av det som stod tydeligst fram i gruppesamtalen, og som til dels overrasket meg. På den ene siden ble manipulasjon vurdert som en viktig behandlingsmetode for disse MTene, men på den andre siden ble den tonet ned til å være en del av mange tilnæringsmåter. Likeså ble det sterkt vektlagt en differensiert anvendelse av manipulasjon, der det blant annet ble tatt hensyn til den kliniske presentasjonen av pasientens problem,

terapeut-pasient relasjonen og ikke minst pasientens forståelse av egen situasjon og hva som kan bidra til en positiv eller negativ utvikling. Dette står i kontrast til det inntrykket jeg hadde på forhånd, etter å ha lest om manuellterapiens historie og flere effektstudier. Her blir manipulasjon i mye større grad presentert som en selvstendig metode, uten alle disse nyansene knyttet til forhold som kan ha medvirkende, kanskje noen ganger avgjørende betydning for behandlingseffekten. Det var kun i de tilfeller det var snakk om en klar *dysfunksjon* at deltakerne beskrev manipulasjon som en selvstendig behandlingsmetode og som potensielt det eneste tiltaket. Det kan jo være et tankekors i forhold til studier på effekten av manipulasjon, at det kan se ut som at behandlingsmetoden der gjerne blir brukt «isolert». Det min studie har fått fram, er at dette kan være ganske annerledes enn slik den brukes i klinikken, som er mer i tråd med nyere kunnskap om smerteproblematikk og sammensatte lidelser, eksempelvis ved langvarige ryggplager. En kombinasjon av erfaring og kjennskap til nyere kunnskap ble fremhevet som å ligge bak denne differensierte bruken i klinikken.

Jeg vil videre diskutere hva deltakerne la i «isolert bruk» av leddmanipulasjon, og trekke inn litt teori på det, inkludert hva de knyttet effekt av manipulasjon til. Videre vil jeg utdype mer hva de la i en differensiert bruk av manipulasjon, også her med teori som ballast. Jeg vil også underveis utdype dette med profesjonell kunnskap og profesjonsidentitet.

Jeg har vist til hvordan en av deltakerne (Karl) brukte manipulasjon mer selektivt etter hvert som erfaringen økte, og det kom frem at deltakerne var bevisst på forskning som imøtegår den mer rene biomekaniske forståelsen. Denne forståelsen var basert på en oppfatning om at en gjennom manipulasjonsgrepet skulle sette strukturer ”på plass”, og jeg viste i teorikapitlet til begreper som *bonesetting*, *subluksasjon*, *låsning* med mer. Flere av deltakerne nevnte at de i dag gjerne bruker begrepet *dysfunksjon* som kan omfatte både intra- og ekstra-artikulære forhold, og der manipulasjonen ved å gi strekk på ulike strukturer, forårsaker en nevrofysiologisk respons som så kan dempe muskelspenninger og smerte.

MTene i studien var bevisst betydningen av hvordan blant annet psykososiale forhold virker inn på helse- og smertetilstander, og hvordan en må ta aktivt hensyn til dette i behandlingssituasjonen. De hadde fokus på disse ulike virkemidlene, blant annet påvirkning av *placeboeffekten*, men på en måte som i tillegg til å gi effekt på smerten, skal bidra til at pasienten får størst mulig grad av kunnskap og selvinnstikt mht. hva som forårsaker plagene, hva som skjer under behandling (inkludert manipulasjon) og hva de kan gjøre selv for å

påvirke sin situasjon til det bedre. Også forklaringene som gis til pasientene, var preget av MTenes kjennskap til og aktiv bruk av nyere teorier, både mht. kunnskap om smerte og om manipulasjonseffekten. Dette er altså i tråd med nyere hypoteser som vektlegger lokale, regionale og sentrale nevrofysiologiske virkningsmekanismer, i tillegg til den psykologiske effekten (Fernandez-Carnero et al., 2008; Bialosky et al., 2009; Bialosky et al., 2011; Bishop et al., 2011; Coronado et al., 2012; Millan et al., 2012; Bialosky et al., 2014). Dette står etter min oppfatning i kontrast til Max Zusmans kritikk av MT-miljøet, når han hevder at MTer ikke ”gir slipp på” gamle utdaterte teorier og har manglende vilje til å anvende forskningsbasert ”best practise” (biopsykososial modell) (Zusman, 2011). Deltakerne la gjennom forklaringene vekt på å bidra til at pasientene får en økt forståelse for betydningen av eget engasjement og det å ta aktivt del i tiltak og oppfølging. I resultatkapitlet kom det for eksempel frem hvordan enkelte pasienter kan ha en rent biomekanisk forståelse av ryggens funksjon, med forventning om at terapeuten skal ”fikse” ryggen, og at dette i seg selv kan være en kontraindikasjon for å bruke manipulasjon.

Profesjonell kunnskap og profesjonsidentitet: Det som kom frem om deltakernes forhold til og bruk av kunnskap rundt manipulasjonsmetoden kan ses som en god illustrasjon av Grimens utsagn om at et særtrekk ved profesjonene er knyttet til at anvendelse av vitenskapelig kunnskap i konkret praksis er vevd sammen med praksiserfaring og skjønn, og at kunnskap knyttet til praksis spiller en selvstendig rolle, selv når teoretisk kunnskap er godt integrert (Grimen, 2008; s. 73). I min studie framhevet deltakerne at de tok med seg oppdatert kunnskap i klinikken, men at de også baserte bruk eller ikke bruk av manipulasjon på klinisk blick og oppøvet skjønn.

Manipulasjon fremstod som noe av det som preget deltakernes profesjonelle identitet som MTer, og det kom frem flere årsaker til dette. Det ene var at det er en så konkret og spesialisert behandlingsmetode, som krever lang tid å lære. Det dreier seg altså om en klinisk ferdighet, noe som «sitter i hendene». Kavitasjonen (klikket) og pasientens respons ble trukket fram som tydelige tegn på når manipulasjonen er vellykket. Dessuten er det få yrkesgrupper som har grundig opplæring i metoden (kiropraktorer i tillegg), og det er noe av det som skiller MT fra annen fysioterapi. I tillegg kommer at metoden oppfattes effektiv, til tider svært effektiv (”pangeffekt”, altså en «isolert» og kraftig effekt i gitte tilfeller), og som et viktig supplement til andre behandlingstiltak (mer differensiert bruk). Men selv om manipulasjon syntes å ha en viktig posisjon i disse MTenes profesjonelle identitet, var det

bredden i yrkesbakgrunnen (som fysioterapeut) i kombinasjon med spissingen som MT i forhold til muskel-skjelettlidelser som veide tyngst. Bredden ble ansett å være en styrke MTer har i forhold til bl.a. kiropraktorer og naprapater, mens spissingen skiller dem fra andre fysioterapeuter. Disse forholdene kan være interessant å se i lys av diskusjon om MTers profesjonelle identitet. Et ferskt eksempel var debatten rundt ønsket eller ikke-ønsket om egen autorisasjon, og et relevant spørsmål er på hvilken måte denne bidro til å distansere versus ikke distansere gruppen fra bakgrunnen som fysioterapeuter. Jeg viser igjen til Heggen (Heggen, 2008; s. 321) og hans beskrivelse av profesjonell identitet som en side av profesjonstilhørigheten, der MTene altså har både fysioterapiutdanning (bredde) og en spisset utdanning som MT (spisskompetanse). Det handler om identifikasjonen med yrkesfeltet og seg selv som profesjonell utøver, altså gruppeidentitet og individuell yrkesidentitet. I vårt tilfelle handler det altså om hvilke kompetanse eller kombinasjon av kompetanse MTer har og vil ha som kjerne i faget og fagutøvelsen, som også handler om hvordan de profilerer seg i forhold til andre profesjonsutøvere i helsefeltet.

Det synes naturlig at en identifiserer seg med forhold som skiller en fra andre grupper, ikke minst når det er kunnskap som forbindes med spisskompetanse og positiv klinisk effekt. Uten at jeg stilte spørsmålet, så kan en kanskje anta at denne identiteten ville fremstått til dels annerledes for noen år siden. Dette har selvsagt med primærkontaktrollen å gjøre, som kun har vært en del av MTers fagutøvelse de senere år. Primærkontaktrollen gir mulighet for og utfordrer MTer til å følge pasienten i større grad enn før, gjennom hele behandlingsforløpet – fra utredning (inkl. eventuelle henvisninger til spesialistutredninger), gjennom behandling og oppfølging (inkludert eventuell sykemelding). Jeg ville heller ikke blitt forundret om det var kommet frem at manipulasjon som selvstendig metode var enda mer sentral tidligere, når de biomekaniske forklaringsmodellene var sentrale. I dag fremstår den altså som mer likestilt med andre tiltak, men som jeg har vist er den fortsatt en viktig del av den profesjonelle identiteten. Jeg kan også se for meg at den faglige bredden ville vært mindre tydelig tidligere, da psykosomatiske forhold var en mindre fokusert del av forståelsen for muskelskjelettplager og smerte. Det er med utgangspunkt i spisskompetansen at MT-gruppen har fått primærkontaktrollen. Da blir det også viktig å skilte nettopp denne kompetansen (manipulasjon og undersøkelsessystemet).

5.2. Metodediskusjon

Jeg samlet altså en gruppe MTer til diskusjon rundt faglige spørsmål av relevans for MT-profesjonen. Å velge fokusgruppeintervju som metodisk tilnærming var et valg som bød seg fram som en relevant kilde til kunnskap og som et pragmatisk godt valg. Jeg vil si litt om troverdighet knyttet til studiens transparens (gjennomsiktighet), det å intervju profesjonelle, om deltakerne og valget av en gruppe, samtalens kvalitet, forskerens/min rolle i spennet mellom forforståelse og åpenhet, og til slutt litt om overførbarhet av kunnskap studien har bragt fram, samt refleksjon over muligheten for påvirkning av studiens resultater gjennom min egen rolle som forsker.

Jeg har prøvd å vise hvordan jeg har gått fram og relevansen av valgene som er tatt med tanke på å belyse problemstillingene (kap.2). Transparens med tanke på dette er ett viktig aspekt når det gjelder studiens *interne validitet/troverdighet* (Malterud, 2012a). Leseren må bedømme om jeg har lyktes godt nok.

Mine deltakere er profesjonelle terapeuter, og jeg er selv fysioterapeut, snart MT. Det byr på noen spesielle utfordringer å intervju kollegaer. For eksempel peker Coar og Sim (Coar&Sim, 2006) på at deltakerne kan oppleve det som at de blir testet i forhold til kunnskap og klinisk praksis, og at dette kan være med å prege dem i intervjusituasjonen. Fagfolk kan kjenne sin profesjonelle identitet truet om de får mistanke til at praksis og/eller egen fagkompetanse kan fremstilles i et lite fordelaktig lys. Ønsket om å fremstille seg selv som yrkesutøver på best mulig vis kan eventuelt ha påvirket det deltakerne la vekt på. Det betyr likevel ikke at det de har formidlet ikke er «sant», men de kunne kanskje ha fortalt mer / noe annet også. I denne studien var det et fokusgruppeintervju med flere deltakere, og mye av diskusjonen foregikk mellom deltakerne mens jeg som forsker kom i bakgrunnen. Dette kan kanskje ha bidratt til å dempe følelsen av å bli «vurdert» av forsker/meg. På den andre siden kan det antakelig også oppstått et visst ønske om å fremstå i et godt lys i forhold til de andre deltakerne (som jo også var kolleger). Et annet forhold som Coar og Sim gjør oppmerksom på, er at jeg som kollega og forsker, kan ha problemer med å få tilstrekkelig distanse og perspektiv, mens jeg også som kollega har forutsetning for å forstå tema og sjargong som en utenforstående kunne ha større problemer med å få med seg. Jeg nevnte tidligere forhold som hadde med gruppedynamikken å gjøre. Malterud (Malterud, 2012a; s. 86) viser til begrepene *etterlevelse* og *identifikasjon*. Det første betegner en situasjon der deltakere sier det de tror andre helst vil høre, mens det andre går på ønsket om å bli ”knyttet til” spesifikke andre

deltakere. Dette er forhold som kan bidra til henholdsvis *poseringsbias* og *innsmigringsbias*. Etter min oppfatning gjorde ingen av disse forholdene seg gjeldende i merkbart grad under dette intervjuet. Følgende beskrivelse av gruppedynamikken siteres fra feltnotatet:

Det er litt stille i starten av intervjuet. Det vil si at alle venter høflig, lyttende og litt avventende på Inges spørsmål, og på svar fra hverandre. Ingen avbryter eller snakker i munnen på hverandre, og samtalen preges av at den ene følger etter den andre. Det blir imidlertid rimelig raskt etablert en praksis med å kommentere og nyansere, og etter hvert blir det en diskusjon med svært engasjerte bidrag fra alle, som godt kunne vart lengre enn oppsatt tid. Tendens til enighet hele veien mht. «store linjer», men så absolutt med nyanseringer og utdypinger.

Det kan selvsagt ha vært elementer av posering. Hovedinntrykket var likevel at det var en engasjert diskusjon, og jeg oppfattet at det gjennomgående var flere eksempler på *internalisering*, dvs. at deltakerne utalte seg med integritet og personlig forankring (Malterud, 2012a; s. 87). Alt dette er forhold som en må ta med i vurderingen når en ser på hva deltakerne fremla. Uansett vil jeg hevde at de har reist diskusjon rundt viktige momenter av relevans for fagfeltet.

Utvalget og én gruppe som kunnskapskilde bør bemerkes. Flere av spørsmålene reist i diskusjonen kunne vært interessante å stille på ny dersom en skulle gjøre en oppfølgingsstudie. Jeg ville da prøvd å inkludere MTer med enda lengre erfaring, bl.a. mht. å belyse nærmere betydningen av en mer autoritetsbasert praksis (Huijbregts, 2010) og et sterkere biomekanisk fokus. I det hele tatt var det forhold som kunne vært gjort annerledes dersom jeg hadde hatt mer tid til rådighet. Malterud (Malterud, 2012a; s. 37) reflekterer over valg av antall grupper og viser blant annet til Sandelowski (Sandelowski, 1995), som sier at en gruppe (case) kan være nok til å belyse enkelte fenomener (som var målet i min studie), mens flere grupper vil være nødvendig dersom en ønsker å få frem fellestrekk og variasjon innen en større gruppering (f.eks. norske MTer). Malterud (s. 37) viser til begrepet *metning* fra Grounded Theory, der en trekker inn så mange grupper som nødvendig, inntil ny viten om temaet en undersøger ikke lengre kommer opp. Flere grupper kunne bragt fram ytterligere momenter.

Men, selv om det kunne vært interessant med flere grupper, andre sammensetninger av deltakerne og nye spørsmål, fant jeg absolutt det som kom fram i denne studien med denne ene gruppen og disse deltakerne relevant, spennende og lærerikt. Kanskje jeg var heldig som fikk kontakt med så engasjerte og faglig motiverte MTer. Jeg fikk i alle fall belyst mine opprinnelige problemstillinger på meningsfylt vis, og nye perspektiver kom opp. Jeg mener det har gitt økt kunnskap om både MT-faget generelt, og bruken av manipulasjon spesielt, og at studien derved bidrar til å utdype spørsmål av relevans for fagfeltet. Overførbarhet av kunnskap av denne art er blant annet nettopp knyttet til om fagfeltets representanter finner kunnskapen relevant og nyttig, altså *pragmatisk validitet* (Kvale, 2001). I min sammenheng vil det dreie seg om det for MTer oppleves relevant og verdt å dvele ved momenter som er trukket fram og diskutert i studien, evt. videreutvikle spørsmål.

Jeg har selv vært delaktig i kunnskapen som er kommet fram i studien. Et viktig spørsmål å stille er hvordan ens rolle som forsker påvirker forskningsprosessen. *Refleksivitet* er et begrep som blir brukt i denne sammenhengen (Stige et al., 2009; Malterud, 2012a; Malterud, 2012b), og omfatter blant annet min *forforståelse*, mitt *engasjement*, *påvirkning* av prosessen underveis og *tolkningen* av resultatene. I mitt tilfelle hadde jeg relativt begrensede kunnskaper om sakskomplekset før jeg startet, men åpenbart gjorde tilegnelsen av teori rundt historikk og forklaringsmodeller noe med mine forventninger til fokusgruppeintervjuet. Dette kom for eksempel frem ved at jeg ble overrasket over hvordan MTene i fokusgruppeintervjuet brukte manipulasjon i klinikken. Det faktum at jeg selv skal bli MT, og derved allerede identifiserer meg med profesjonen, kan også påvirke meg til å ville se MT i best mulig lys. Dette er eksempel på forhold mht. min forforståelse som jeg har reflektert over gjennom hele forskningsprosessen, for at de i minst mulig grad skulle påvirke resultatene på forutinntatt vis.

6. KONKLUSJON

Ønsket mitt med denne studien var å få innsikt i manipulasjonsmetoden mht. forklaringsmodeller og bruk i klinisk MT-praksis. Jeg opplever at intensjonen i stor grad er blitt oppfylt. MTens historie viser at behandlingsmetoden har vært svært sentral i utviklingen av MT. Jeg har videre sett i nyere litteratur at det er allmenn oppfatning om at manipulasjon har effekt, men at forklaringene har gått fra primært å være basert på biomekanisk forståelse

til å omfatte biomekaniske, nevrofysiologiske, kognitive og emosjonelle forhold. Jeg har også utforsket begrunnelser for og bruk av manipulasjonen i klinikken. Selv om den i noen tilfeller blir brukt som en selvstendig metode, anvendes manipulasjon først og fremst som en del av et større repertoar, integrert med andre metoder. Det har kommet frem i gruppesamtalen at kunnskap om nyere teori (teoretisk kunnskap) sammen med erfaring (praktisk kunnskap) har medvirket til at MTer i større grad enn før har en pasientsentrert og differensiert tilnærming i møte med pasientene og ved bruk av manipulasjon. MTene jeg intervjuet ga uttrykk for viktigheten av den nære fysiske og tekniske tilnærmingen, men at MT-faget hadde utviklet seg mye de senere år, med større bredde og vektlegging av biopsykososiale forhold ved undersøkelse og behandling. Primærkontaktrollen var en viktig bakgrunn for dette. Tittelen på studien har blitt litt forandret fra slik den framstod på forespørselen om deltakelse (vedlegg 1). Den endelige tittelen var et resultat av det inntrykket jeg satt igjen med til slutt, og kan stå som en konklusjon i seg selv; *Leddmanipulasjon – en levende behandlingstradisjon i utvikling*. Fokusgruppeintervjuet viste seg som en nyttig metode til å få frem varierte synsmåter. Flere grupper og bredere sammensetning av disse kunne antakelig bragt frem enda flere perspektiver og gitt grunnlag for å si mer om norsk MT.

REFERANSELISTE:

- Apkarian AV, Bushnell MC, Treede RD, Zubieta JK. Human brain mechanisms of pain perception and regulation in health and disease. *Eur J Pain* 2005; 9 (4): 463-484.
- Bialosky JE, Bishop MD, George SZ, Robinson ME. Placebo response to manual therapy: something out of nothing? *J Man Manip Ther* 2011; 19 (1): 11-19.
- Bialosky JE, Bishop MD, Price DD, Robinson ME, George SZ. The mechanisms of manual therapy in the treatment of musculoskeletal pain: a comprehensive model. *Man Ther* 2009; 14 (5): 531-538.
- Bialosky JE, George SZ, Horn ME, Price DD, Staud R, Robinson ME. Spinal manipulative therapy-specific changes in pain sensitivity in individuals with low back pain (NCT01168999). *J Pain* 2014; 15 (2): 136-148.
- Bishop MD, Beneciuk JM, George SZ. Immediate reduction in temporal sensory summation after thoracic spinal manipulation. *Spine J* 2011; 11 (5): 440-446.
- Coar L, Sim J. Interviewing one's peers: methodological issues in a study of health professionals. *Scand J Prim Health Care* 2006; 24 (4): 251-256.
- Cook C. Immediate effects from manual therapy: much ado about nothing? *J Man Manip Ther* 2011; 19 (1): 3-4.
- Coronado RA, Gay CW, Bialosky JE, Carnaby GD, Bishop MD, George SZ. Changes in pain sensitivity following spinal manipulation: a systematic review and meta-analysis. *J Electromyogr Kinesiol* 2012; 22 (5): 752-767.
- Dwarkin R. *Taking Rights seriously*, 1978.
- Evans DW. Why do spinal manipulation techniques take the form they do? Towards a general model of spinal manipulation. *Man Ther* 2010; 15 (3): 212-219.
- Evans DW, Lucas N. What is 'manipulation'? A reappraisal. *Man Ther* 2010; 15 (3): 286-291.
- Fernandez-Carnero J, Fernandez-de-las-Penas C, Cleland JA. Immediate hypoalgesic and motor effects after a single cervical spine manipulation in subjects with lateral epicondylalgia. *J Manipulative Physiol Ther* 2008; 31 (9): 675-681.
- Grimen H. *Profesjon og kunnskap*. In: Molander A, Terum LI (Ed) *Profesjonsstudier*. 2008; s. 71-86.
- Grimen H, Molander A. *Profesjon og skjønn*, 2008.
- Heggen K. *Profesjon og identitet*. In: Molander A, Terum LI (Ed) *Profesjonsstudier*. 2008; S. 13-27.
- Huijbregts PA. Ortopaedic Manual Physical Therapy-History, Development and Future Opportunities. In: *Journal of Physical Therapy*. 2010; 15.
- Kaltenborn FM. *Manual Mobilization of the Joints, Traction-Manipulation of the Extremities and Spine*, 2008.
- Kitzinger J. *Focus groups*. In: Pope CMN (Ed) *Qualitative research in health care*. Blackwell Publishing, 2006; 21-31.
- Krueger RA, Casey MA. *Focus groups : a practical guide for applied research*. 3rd ed. Thousand Oaks, Calif.: Sage, 2000.
- Kuhn TS. *The structure of scientific revolutions*. 2nd , enl. ed. Chicago: University of Chicago Press, 1970.
- Kvale S. *Det kvalitative forskningsintervju*: Gyldendal Norsk Forlag, 2001.
- Kvale S, Brinkman S. *INTERVIEWS, Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*: SAGE Publications, Inc., 2009.

- Lederman E. Re: The Fall of the postural-structural-biomechanical model in manual therapy: exemplified by lower back pain. A response to reviewers and further thoughts. *J Bodyw Mov Ther* 2011; 15 (3): 257-258.
- Malterud K. *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*: Universitetsforlaget, 2012a.
- Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health* 2012b; 40 (8): 795-805.
- Millan M, Leboeuf-Yde C, Budgell B, Descarreaux M, Amorim MA. The effect of spinal manipulative therapy on spinal range of motion: a systematic literature review. *Chiropr Man Therap* 2012; 20 (1): 23.
- Morgan DL. *Focus groups as qualitative research*. 2nd ed ed. Thousand Oaks, Calif. London: Sage, 1997.
- Moseley GL. Reconceptualising pain according to modern pain science. In: *Physical Therapy Reviews*. W. S. Maney & Son Ltd 2007; 2007.
- Moseley GL, Flor H. Targeting cortical representations in the treatment of chronic pain: a review. *Neurorehabil Neural Repair* 2012; 26 (6): 646-652.
- Moseley GL, Zalucki N, Birklein F, Marinus J, van Hilten JJ, Luomajoki H. Thinking about movement hurts: the effect of motor imagery on pain and swelling in people with chronic arm pain. *Arthritis Rheum* 2008; 59 (5): 623-631.
- Nielsen LL. *Utviklingen av norsk manuellterapi*. Universitetet i Bergen: UIB; 2009.
- Nijs J, Van Houdenhove B. From acute musculoskeletal pain to chronic widespread pain and fibromyalgia: application of pain neurophysiology in manual therapy practice. *Man Ther* 2009; 14 (1): 3-12.
- Nijs J, Van Houdenhove B, Oostendorp RA. Recognition of central sensitization in patients with musculoskeletal pain: Application of pain neurophysiology in manual therapy practice. *Man Ther* 2010; 15 (2): 135-141.
- O'Sullivan P, Lin I. Acute low back pain Beyond drug therapies. In: *PainManagementToday*. 2014; 8-13.
- Ottoson A. The Manipulated History of Manipulations of Spines and Joints? Rethinking Orthopaedic Medicine Through the 19th Century Discourse of European Mechanical Medicine. In: *Medicine Studies*. Springer Science+Buisness Media B.V; 2011; 83-116.
- Pettman E. A history of manipulative therapy. *J Man Manip Ther* 2007; 15 (3): 165-174.
- Sandelowski M. Sample size in qualitative research. *Res Nurs Health* 1995; 18 (2): 179-183.
- Schiøtz EH. Manipulasjonsbehandling av columna under medisinsk-historisk synsvinkel. In: *Tidsskrift for Den norske lægeforening*. Norway; 1958; 359-372, 429-438, 946-950, 1003-1021, .
- Stige B, Malterud K, Midtgarden T. Toward an agenda for evaluation of qualitative research. *Qual Health Res* 2009; 19 (10): 1504-1516.
- Strunce JB, Walker MJ, Boyles RE, Young BA. The immediate effects of thoracic spine and rib manipulation on subjects with primary complaints of shoulder pain. *J Man Manip Ther* 2009; 17 (4): 230-236.
- Zusman M. The Modernisation of Manual Therapy. In: *International Journal of Clinical Medicine*. 2011; 644-649.

VEDLEGG:

VEDLEGG 1

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:

LEDDMANIPULASJON

en behandlingstradisjon i forandring eller utvikling?

En kvalitativ studie basert på fokusgruppeintervju

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å se på leddmanipulasjon som behandlingsmetode og tradisjon. Undertegnede er student ved Klinisk masterstudium i manuell terapi for fysioterapeuter ved Universitetet i Bergen. I den sammenheng skal det gjennomføres en masteroppgave. I min oppgave ønsker jeg å samle 5 – 8 manuellterapeuter fra Bergen og omegn til en gruppesamtale om nærmere bestemte tema knyttet til leddmanipulasjon.

Leddmanipulasjon har tradisjoner beskrevet helt tilbake til Aristoteles. I nyere tid kan vi se en forbindelse tilbake til "bone-setter" miljøene bl.a. i Storbritannia fra tidlig 1800-tall. Men, siden den gang har behandlingsmetoden utviklet seg mye, med påvirkning bl.a. fra osteopati og kiropraktikk. Både i Norge og internasjonalt har miljøet rundt Kaltenborn satt et sterkt preg på manipulasjon som metode innen manuell terapi. Mens en tidligere hadde en klar mekanisk begrunnelse for å påvirke ledd og vev, er det i dag i tillegg fokus på nevrofysiologiske og kognitive årsaker som forklaring på manipulasjonseffekten. Det jeg ønsker med denne diskusjonen er å se på tenkning og erfaring fra klinisk praksis. Eksempler på aktuelle tema kan være: Hvordan er manipulasjon en del av manuellterapeutenes yrkesidentitet? Når og hvorfor velges manipulasjon? Hvordan virker manipulasjon slik dere erfarer det? Hva er forventet effekt i forskjellige sammenhenger? Hvilke begrunnelser og forklaringer gir vi våre pasienter, og hvor viktig er teknisk nivå ved utførelse av manipulasjon? Det vil ikke minst være interessant å få frem praktiske erfaringer fra klinikken som underbygger ulike innfallsvinkler og begrunnelser. I min studie vil jeg altså se på manuellterapeuters beskrivelse av hvordan leddmanipulasjon anvendes i klinisk praksis av i dag, og vurderinger og synspunkter rundt det. Jeg vil videre sette leddmanipulasjon inn i en historisk kontekst.

Jeg vil understreke at det ikke er en "kunnskapstest" i teorier og forklaringsmodeller. Derimot håper jeg å få til en relativt uformell og kreativ samtale rundt dette. Med engasjerte manuellterapeuter med mye klinisk erfaring som deltakere, ønsker jeg å bidra til å få frem noen interessante tanker og perspektiver om en sentral behandlingsmetode i manuellterapi.

Hva innebærer studien?

Jeg ønsker altså å få noen innspill og ideer fra praksisfeltet om forskjellige måter å tilnærme seg leddmanipulasjon som behandlingsmetode, og jeg vil derfor gjennomføre et fokusgruppeintervju. Dette innebærer at jeg samler noen manuellterapeuter til et løst strukturert intervju, hvor bruk av leddmanipulasjon i det kliniske arbeidet er hovedtemaet. Intervjuet blir ledet av meg. Jeg er ikke ute etter "fasitsvar", men synspunkter, kliniske eksempler, ideer og oppfatninger rundt de aktuelle spørsmålene. Det er derfor viktigere med klinisk erfaring, engasjement og et ønske om å dele dine synspunkter enn at du er oppdatert på teorier og nyere forskning. I et fokusgruppeintervju forsøker en å dra veksler på at gruppedynamikken kan ha potensiale til å stimulere til deling og utvikling av tanker og ideer, som kanskje ikke ville kommet frem i et individuelt intervju eller spørreskjema. Intervjuet vil vare maksimalt 2 timer, og vil bli gjennomført etter arbeidstid. Det er viktig at du har anledning til å være med i hele intervjuet. Tidspunkt og sted kommer vi tilbake til om du sier ja til å delta. Det vil videre bli tatt lydbåndopptak av gruppeintervjuet. Dette danner grunnlaget for systematisk analyse av innholdet i intervjuet.

Mulige fordeler og ulemper

Jeg håper at fokusgruppeintervjuet, i tillegg til å gi datagrunnlag for masteroppgaven, skal bli en interessant og stimulerende stund for alle deltakerne. Selv om det kan være ulike meninger og ståsteder, er det neppe et veldig kontroversielt tema. Det er i det hele tatt viktig at ulike erfaringer og synspunkter får komme fram. Som nevnt, søker vi en ledig tone under intervjuet, og det forventes selvsagt at alle viser hverandre nødvendig respekt og gehør. For øvrig vil det være jeg som intervjuer og veilederen min, XXX, assistent under intervjuet, som har ansvar for å legge forholdene til rette for en god diskusjon.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Det vil ikke bli oppbevart navneliste eller andre personopplysninger i prosjektet. Navn og telefonnummer, som brukes til å kontakte deltakere for avtale om intervju, blir slettet etter at intervjuet har funnet sted. Det betyr også at personopplysninger ikke kan knyttes til datamaterialet, som blir fullstendig anonymisert. I presentasjonen av det som kom fram i analysen av intervjumaterialet, vil det bli brukt fiktive navn. Datamaterialet (lydbånd, transkribert intervju) vil bli oppbevart forsvarlig og etter de forskrifter som gjelder. Etter at lydbåndopptaket er transkribert (skrevet ut), analysert og oppgaven fullført, vil opptaket og transkripsjonen bli slettet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du har spørsmål til studien, kan du kontakte undertegnede på tlf: xxxxxxxx.

Samtykkeerklæringen kan sendes til

XXX

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har lest informasjonen, og er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signeres av prosjektleder, dato)

VEDLEGG 2:

INTERVJUGUIDE

10. juni 2014

Lydopptak- Slettes etter transkripsjon- Uidentifiserbart
Oppfordres til gjensidig diskresjon

Presentasjon: Fornavn / Alder / Utdannet hvor og når / år i praksis.

INFO:

Litt om bakgrunnen, hva jeg har gjort. Historikk, Teorier (Hippokrates
bonesettere, kiropraktorer, osteopater,
Kaltenborn til i dag, nevrofysiologiske
forklaringsmodeller, smertemekanismer,
psykologiske forhold osv.) /

Ønske om å få innblikk i mer praktisk / klinisk erfaring. (ikke ute etter fasitsvar
eller dypdykk i teorier)

Fokusgruppeintervju: Dynamikk / Samhandlingsflyt Stimulere
kreativitet

Ønsker høre om praktiske erfaringer / gjerne med kliniske eksempler, når dere
finner det passende.

GRUNNREGLER:

En snakker om gangen- Bl.a. lydteknisk

Unngår sidekonversasjon Samme grunn + fokus

Men et poeng at samtalen får gå fritt, minst mulig ordstyring

Alle deltar / alle får komme til orde

Alle føler et ansvar for å holde samtalen i gang

Jeg leder / deltar ikke- få med tema-Kanskje oppfølgingsspørsmål- Bruker navn
for å identifisere under transkripsjon

XXX / co-moderator. Tar notater, kommer gjerne med noen innspill, når hun
finner det hensiktsmessig

TEMA / PROBLEMSTILLINGER

Igjen, kom gjerne med eksempler fra klinikken
Hva er deres erfaring?

Begynner litt generelt.

Yrkesidentitet

- 1) Hva er det som først og fremst definerer yrkesidentiteten din som manuell terapeut?
(eks. Manipulasjonsbehandling, undersøkelsesmetodikk, primærkontakt/portvokterrollen,
spesialist på muskel-skjelett, faglig oppdatering osv*
- 2) Hvordan ser du på manipulasjonsbehandling spesielt, som en del av din yrkesidentitet?*

Endring i vurderingen

- 3) Tenker du annerledes på manipulasjon nå i forholdt til før, og i tilfelle, hva er det som er
årsaken til det?*
- 4) Har nye forklaringsmodeller ført til endring i hvordan du ser på manipulasjon, endret
anvendelsen? På hvilken måte?*
- 5) Hvordan har den praktiske erfaringen i seg selv ført til endring i hvordan du ser på og
bruker manipulasjon?*

Når brukes manipulasjon

- 6) Kan dere si noe om hva som er typiske situasjoner der dere velger å bruke manipulasjon,
eks sist gang
evt. når velger dere å ikke bruke manipulasjon, eks sist gang*

Forklaring til pasienten

- 7) På hvilken måte har praktisk erfaring / nye teorier påvirket hva (og hvordan) du
forklarer pasientene om manipulasjon og
manipulasjonseffekt (eks effekt /prognose)?*

Eksempler?

Betydningen av teknisk nivå

**8) Hvordan vektlegger du betydningen av teknisk nivå i utførelsen av manipulasjon?
Effekt / Pasientens opplevelse / skade?**

Avsluttende

9) Hva synes du har vært det viktigste som har kommet fram i løpet av denne samtalen, og har du noe du gjerne skulle tilføyd avslutningsvis?

OPPSUMMERING AV XXX.

Mulige konkrete oppfølgingsspørsmål

Ved vurdering av tiltak / manipulasjon, hva blir viktigst?

Biomekaniske forhold?

Smertefysiologi?

Psykososiale forhold?

Hva har utdanningssted (eks Australia / Norge) å bety for hvordan en forholder seg til manipulasjon ?

Avslutningsvis vil jeg takke for deltakelsen, og tilby alle som måtte ønske det en kopi av masteroppgaven når den er ferdig.

Til slutt når deltakerne har gått, teknisk sjekk og debrifing med XXX.