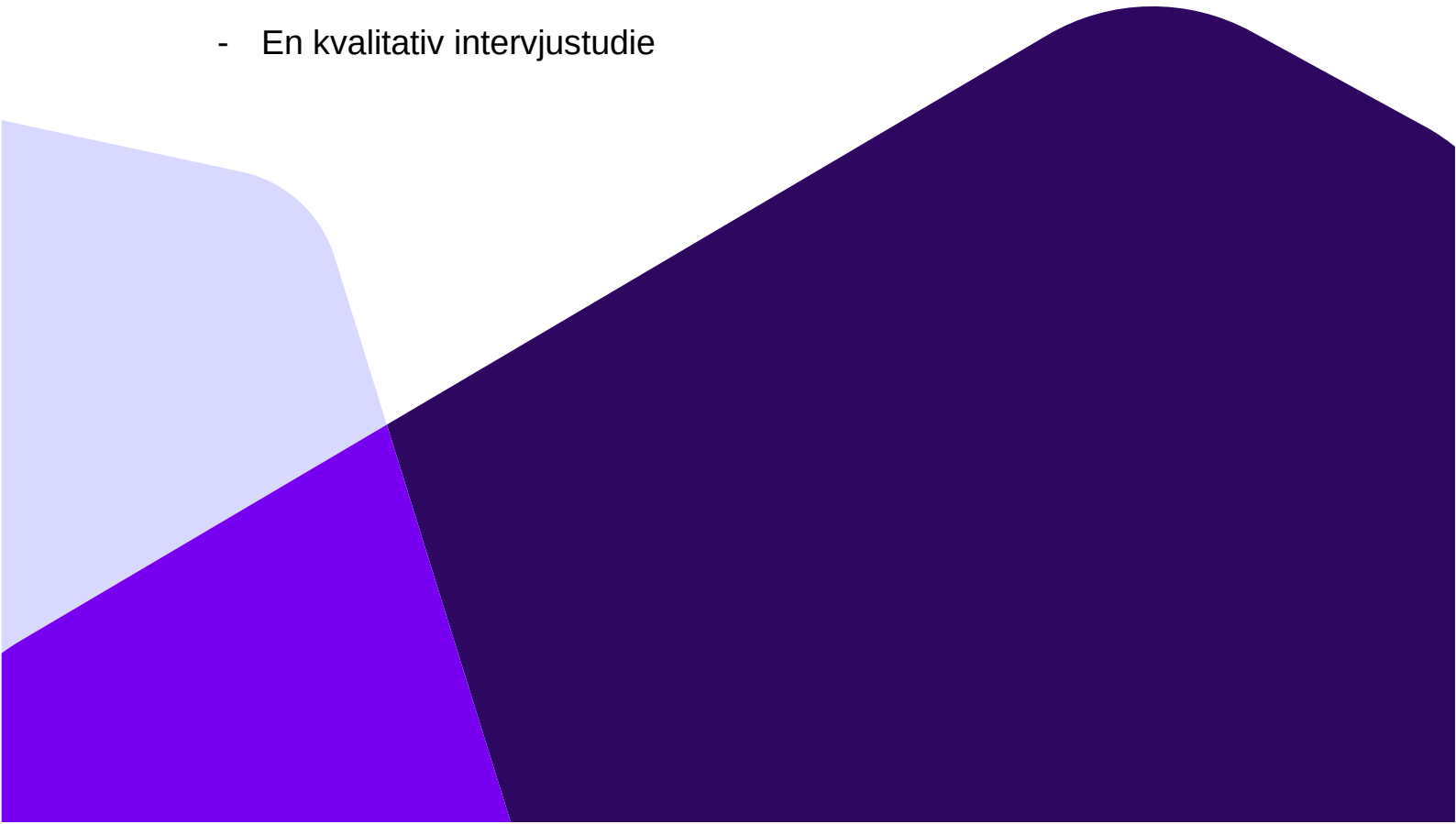


Kandidatnummer 6025

Antall ord: 5429

Fysioterapeuters erfaring med manuelle tiltak i behandling av pasienter med langvarige smerter

- En kvalitativ intervjustudie
- 

Universitetet i Sørøst-Norge

Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for sykepleie og helsevitenskap
Postboks 4
3199 Borre
<http://www.usn.no>

© 2025 Kandidat 6025

Denne avhandlingen representerer 60 studiepoeng

Sammendrag

Formålet med denne masteroppgaven er å få dypere forståelse for fysioterapeuters erfaringer med manuelle tiltak i behandling av pasienter med langvarige smerter. Oppgaven er skrevet som en vitenskapelig artikkel med en tilhørende kappe. Artikkelen er skrevet i henhold til forfatterveiledningen til tidsskriftet «*Fysioterapeuten*» og presenteres som første vedlegg. Den inneholder i hovedsak en fremstilling av det empiriske materialet med tilhørende diskusjon. Kappen gir en mer omfattende teoretisk og metodisk gjennomgang, inkludert en metodediskusjon som drøfter studiens kvalitet.

Studien har et kvalitativt utforskende design, med en hermeneutisk forankring, som legger vekt på å forstå fysioterapeutenes subjektive erfaringer. Data ble samlet inn gjennom semistrukturerte intervjuer med seks fysioterapeuter som har lang klinisk erfaring, og kompetanse på behandling av langvarige smerter. Intervjuene ble transkribert, og analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering (STC), som muliggjør en strukturert og helhetlig analyse av deltakernes beskrivelser.

Resultatene viser at fysioterapeutene kunne bruke manuelle tiltak som del av en helhetlig behandling tilpasset den enkelte pasient. Gjerne i kombinasjon med tiltak som trening, pasientedukasjon og samtaleterapi. Deltagerne fortalte at manuelle tiltak kunne ha negative konsekvenser hvis det var vanskelig å få felles forståelse rundt årsak og behandling av plagene. Manuelle tiltak ble ikke sett på som spesifikke teknikker for å korrigere strukturelle problemer, men som verktøy for å lindre smerte, fremme trygghet og kroppsbevissthet, og styrke relasjon gjennom et terapeutisk samspill

Manuelle tiltak kan spille en viktig rolle i fysioterapi for langvarige smerter når de brukes innenfor en personsentrert og relasjonell ramme. Studien bidrar til å belyse behovet for en rekonseptualisering av manuell behandling som en mellommenneskelig, kommunikativ og læringsfremmende komponent i klinisk praksis.

Abstract

The purpose of this master's thesis is to gain a deeper understanding of physiotherapists' experiences with manual therapy in the treatment of patients with chronic pain. The thesis is presented as a scientific article with an accompanying explanatory text. The article is written in accordance with the guidelines of the journal "Fysioterapeuten" and is presented as the first appendix. It mainly contains a presentation of the empirical material along with a related discussion. The explanatory text provides a more comprehensive theoretical and methodological review, including a methodological discussion that addresses the study's quality

The study employs a qualitative, exploratory design with a hermeneutic approach, emphasizing the understanding of physiotherapists' subjective experiences. Data was collected through semi-structured interviews with six physiotherapists who have extensive clinical experience and expertise in managing chronic pain. The interviews were transcribed and analyzed using Systematic Text Condensation (STC), allowing for a structured and comprehensive analysis of the participants' descriptions.

The findings indicate that physiotherapists use manual therapy as part of a holistic treatment approach tailored to the individual patient, often combined with interventions such as exercise, patient education, and therapeutic conversations. The participants reported that manual techniques could have negative consequences when it was challenging to reach a shared understanding of the cause and treatment of the complaints. Manual therapy was not perceived as a specific technique for correcting structural issues but rather as a tool to relieve pain, promote safety and body awareness, and strengthen relationships through therapeutic interaction.

Manual therapy can play an important role in physiotherapy for chronic pain when used within a person-centered and relational framework. The study highlights the need to reconceptualize manual therapy as an interpersonal, communicative, and learning-enhancing component of clinical practice.

Innhold

Sammendrag	2
Abstract	3
Forord	6
1 Innledning	7
Begrepsavklaring	7
Langvarig smerte	7
Manuelle tiltak	7
Bakgrunn	7
Hensikt	8
2 Teori	9
Fra biomedisinsk til biopsykososial forståelse av smerte	9
Personsentrert behandling	10
Personsentrert fysioterapi	10
Samvalg	12
Personsentrert kommunikasjon	12
Terapeutisk relasjon	13
Terapeutisk berøring	14
3 Oppsummering av funn	15
4 Metode	16
Studiedesign	16
Vitenskapsteoretisk grunnlag	16
Forforståelse og refleksivitet	17
Utvalg	18
Datainnsamling	18

Analyse	19
Transkribering	19
Analysemetode	19
5 Metodediskusjon	23
6 Publiseringsplan	24
Referanser	25
Oversikt over tabeller og figurer	31
Figurer	31
Tabeller	31
Vedlegg	32
Vedlegg 1	33
Vedlegg 2	49
Vedlegg 3	52
Vedlegg 4	54
Vedlegg 5	56

Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært en spennende og krevende reise, som til tider har bydd på både utfordringer og mestringsøyeblikk. Jeg må nok innrømme at jeg kanskje gjorde det litt vanskelig for meg selv ved å velge en problemstilling som både er kompleks og faglig utfordrende. Likevel var det aldri aktuelt å ta den enkle veien ut. Temaet er for meg utrolig spennende og viktig, og ønsket om å kunne bidra til faglig utvikling har vært en sterk drivkraft gjennom hele prosessen.

På veien har det blitt noen tårer, frustrasjon og lange kvelder, men desto større er følelsen av stolthet når arbeidet nå er fullført, og jeg kan se tilbake på en læringsprosess som har gitt meg både faglig innsikt og personlig vekst.

Jeg ønsker å rette en stor takk til mine veiledere, Nina Elisabeth Blegen og Tone Marte Ljosaa, for uvurderlig støtte, faglige innspill og gode råd underveis. Deres veiledning har vært avgjørende for å få prosjektet i havn. En stor takk går også til familien min, som har vist både tålmodighet og støtte når arbeidsmengden har vært på sitt mest intense. Uten dere hadde denne oppgaven ikke blitt til.

Jeg håper at denne oppgaven kan gi innsikt og kanskje inspirere til videre refleksjon og utvikling innenfor et tema jeg brenner for.

Åros, 14.05.25

Kandidatnr. 6025

1 Innledning

Begrepsavklaring

Langvarig smerte

Smerte defineres som; «*En ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som er forbundet med, eller som likner opplevelsen forbundet med, faktisk eller potensiell vevsskade*» - (IASP, 2020).

Langvarig smerte defineres som vedvarende eller er stadig tilbakevendende smerte som har hatt en varighet på 3 måneder eller mer (IASP, 2020).

Manuelle tiltak

Manuelle tiltak omfatte alle «hands on-teknikker» og modaliteter som utføres av fysioterapeuten, som manipulasjoner, mobilisering, nålebehandling, massasje og elektroterapi.

Bakgrunn

Langvarige smerter utgjør en betydelig helseutfordring, både for individet og samfunnet. Til tross for at smerte i utgangspunktet er en normal og nødvendig beskyttelsesmekanisme, kan den noen ganger vedvare utover forventet tilhelingstid, og utvikle seg til en kompleks og invalidiserende tilstand. Slike smerter påvirker ofte livskvalitet, funksjon, psykisk helse og deltakelse i dagliglivets aktiviteter. Det stiller høye krav til helsevesenet i form av behandlingsressurser og tverrfaglig kompetanse (Cohen et al., 2021; Stubhaug et al., 2024).

Fysioterapien har tradisjonelt hatt et fysisk og kroppslig fokus, og manuelle tiltak har vært en sentral del av behandlingstilnærmingen. I dag utfordres denne praksisen av nyere biopsykososial smerteforståelse, behov for personsentrert tilnærming, og krav om evidensbasert behandling. Studier viser at effekten av manuelle tiltak ved langvarig smerte ofte er begrenset og kortvarig, og at behandlingsutfall i liten grad er knyttet til spesifikke biomekaniske mekanismer. Dette har ført til en faglig bevegelse bort fra manuell behandling over til mer aktive tiltak (Cook, 2021; Kerry et al., 2024).

Samtidig tyder nyere forskning på at manuelle tiltak kan ha en verdifull funksjon, særlig når de brukes bevisst, tilpasset og som en integrert del av et bredere behandlingsforløp (Geri et al., 2019; Grenier & Rothmund, 2024; Kerry et al., 2024; Keter et al., 2024). Effekten ser ut til å være større når tiltakene kombineres med andre former for behandling som trening og pasientundervisning (de Oliveira-Souza et al., 2025; Kolasinski et al., 2020; World Health Organization, 2023). Kliniske retningslinjer har ulike anbefalinger når det kommer til manuelle tiltak. Flere anbefaler manipulasjon/mobilisering og nålebehandling, men da gjerne som del av en multimodal tilnærming, og over kortere perioder (Healthcare Improvement Scotland, 2019; World Health Organization, 2023).

Ifølge en omfattende oversiktsartikkel aktiverer manuell behandling ulike systemer i kroppen samtidig. Dette inkluderer blant annet nevrofysiologiske, immunologiske og endokrine prosesser. Disse mekanismene kan føre til blant annet redusert smerte, økt bevegelighet og funksjon, og en følelse av trygghet og velvære hos pasienten. Virkningsmekanismene er sannsynligvis gjeldende på tvers av intervensjoner, og kan variere mellom ulike pasienter. Kontekstuelle faktorer som pasientens forventninger og terapeutens relasjonelle ferdigheter spiller en viktig rolle i behandlingsutfallet (Keter et al., 2025).

Mange pasienter med langvarige smerter etterspør fysisk kontakt, og opplever berøring og tilstedeværelse som betydningsfulle elementer i møtet med helsepersonell (Bjorbækmo & Mengshoel, 2016; Thomas et al., 2023). Det eksisterer imidlertid lite kunnskap om hvordan fysioterapeuter selv forstår og erfarer bruk av manuelle tiltak i møte med denne pasientgruppen. Fysioterapeuter som behandler pasienter med langvarige smerter, og står overfor oppgaven med å balansere klinisk vurdering, forskningsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov. Det er i dette skjæringspunktet at denne oppgaven tar utgangspunkt.

Hensikt

Hensikten er å få dypere forståelse av fysioterapeuters erfaringer med bruk av manuelle tiltak i behandling av pasienter med langvarige smerter, og hvordan behandlingsformen forstås og praktiseres i lys av nyere forskning.

Problemstilling

«Hva er fysioterapeuters erfaring med manuelle tiltak i behandling av pasienter med langvarige smerter?»

2 Teori

I dette kapittelet presenteres forskning og relevant teori. Gjennom analysen ble det tydelig at fysioterapeutene beveger seg fra en biomekanisk forståelse av manuell behandling til en mer helhetlig og relasjonell forståelse. Fysioterapeutene vektlegger berøring i seg selv som et betydningsfullt mellommenneskelig verktøy. Jeg har derfor valgt teori om moderne forståelse av langvarige smerter, personsentrert behandling og terapeutisk berøring.

Fra biomedisinsk til biopsykososial forståelse av smerte

Langvarige smerter har tradisjonelt blitt forstått som et symptom på vedvarende vevsskade eller sykdom. Dette biomedisinske synet har lenge preget helsefagelig praksis, hvor målet har vært å finne og behandle den underliggende årsaken. De siste tiårene har imidlertid forståelsen endret seg betydelig, med ny innsikt fra nevrovitenskap og smerteforskning. I dag ser man i økende grad smerte som et dynamisk og komplekst fenomen, påvirket av biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Denne biopsykososiale forståelsen anerkjenner at smerte ikke nødvendigvis speiler graden av skade i kroppen, men formes av hvordan hjernen tolker og reagerer på signaler fra kroppen og omgivelsene. Tidligere erfaringer og forventninger spiller en avgjørende rolle, og måten pasienten gir mening til sin smerte på har stor betydning for hvordan den oppleves og håndteres (Brodal, 2017; Cohen et al., 2021).

Denne innsikten har ført til et behov for å differensiere mellom ulike typer langvarig smerte. I den nyeste internasjonale sykdomsklassifikasjonen (ICD-11) skilles det mellom primær og sekundær langvarig smerte. Primær smerte betegner tilstander der smerten anerkjennes som en sykdom i seg selv, uten en tydelig underliggende skade. Sekundær smerte skyldes derimot en annen medisinsk tilstand, som leddgikt, kreft eller nevropati. Ved primær smerte er det ofte økt sensitivitet i nervesystemet, såkalt sentral sensitivering. Primær og sekundær langvarig smerte kan opptre samtidig (Treede, 2019).

Langvarige smerter oppstår og vedlikeholdes ikke likt hos alle. Personer med tilsynelatende like diagnoser kan ha ulike plager, forløp og behandlingsbehov. Dette har ført til økt oppmerksomhet rundt pasientgruppens heterogenitet (Meisingset et al., 2020; Steingrimsdottir et al., 2023). Meisingset et al. (2020) har identifisert flere fenotyper, basert på smerteintensitet, psykososiale faktorer og funksjon, som viser at individuell variasjon i smerteopplevelse bør tillegges stor vekt ved klinisk vurdering. En slik tilnærming åpner for mer målrettet og effektiv behandling, tilpasset pasientens behov og ressurser.

Personsentrert behandling

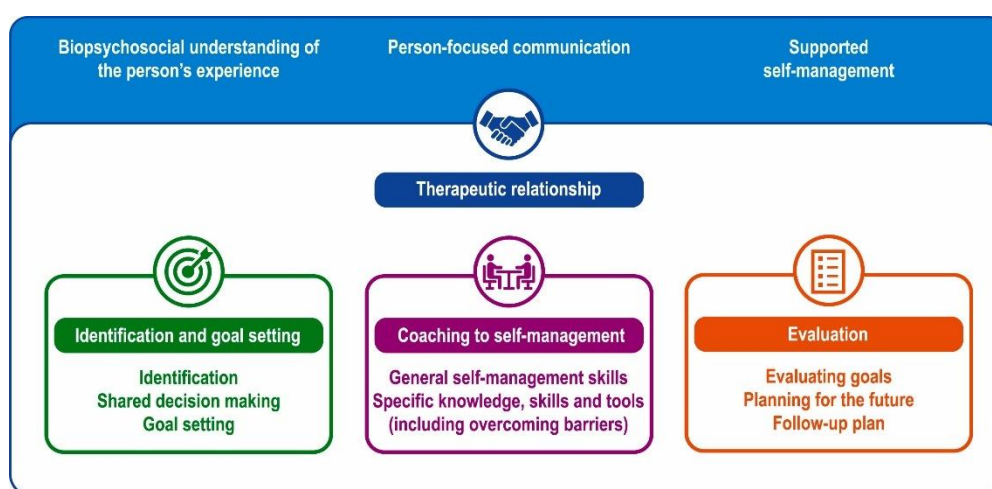
Det er ingen enkeltstående definisjon av pasientsentrert behandling, men noen felles prinsipper går igjen (Vieira et al., 2025). En personsentrert tilnærming innebærer å se mennesket bak diagnosen eller symptomene, med sine livserfaringer, preferanser, mål og ressurser. Det handler om å forstå hva som er viktig for den enkelte, og at man møter dem med respekt, empati og annerkjennelse. Pasient og behandler ses på som likeverdige og har felles medbestemmelse (McCormack et.al, 2024; Hutting et al., 2022; Vieira et al., 2025; Wijma et al., 2017). Pasientens medvirkning har de siste årene blitt mer aktualisert. Personsentrering har blitt sentralt både i politiske føringer, helselovgivning, retningslinjer og kunnskapsbasert praksis, og har fått økende betydning også i behandling av pasienter med langvarige smerter. De har gjerne sammensatte problemer som ikke kan løses gjennom en reduksjonistisk tilnærming. Kliniske retningslinjer anbefaler derfor personsentrert behandling som tar utgangspunkt i en biopsykososial forståelse av langvarige smerter (National Institute for Health and Care Excellence, 2021; Vieira et al., 2025; World Health Organization, 2023). Forskning viser at en personsentrert tilnærming fører til større tilfredshet blant pasientene, og sikrer bedre kvalitet i behandlingen (McCormack, 2024, s. 19-20).

Personsentrert fysioterapi

Personsentrert behandling i fysioterapi innebærer at behandlingen individualiseres, og ivaretar pasientens egne mål og ressurser. Pasienten er en aktiv deltaker i eget behandlingsforløp, der terapeutens rolle er å støtte, veilede og legge til rette for at pasienten kan mestre situasjonen sin bedre. Denne tilnærmingen samsvarer med den biopsykososiale modellen, og anbefales særlig ved langvarige smerter hvor pasientens sykdomsforståelse, mestringstro og forventninger spiller en avgjørende rolle for behandlingsforløpet (Wijma et al., 2017; Hutting et al., 2022).

Selv om faglige retningslinjer og forskning i økende grad anbefaler personsentrert tilnærming, er det ofte utfordrende å gjennomføre i klinisk praksis. Tidsbegrensninger, manglende kunnskap om personsentrering og hvordan det kan innføres er vanlige barrierer (Hutting et al., 2022). Fysioterapeuter anerkjenner verdien av personsentrert behandling, men opplever ofte et gap mellom idealer og realitet. I møte med pasienter med komplekse smertetilstander kan fysioterapeutene føle seg usikre på hvordan de skal håndtere emosjonelle og sosiale aspekter. De rapporterer også om ambivalens når pasientens ønsker kolliderer med evidensbaserte anbefalinger. Selv om retningslinjene fremmer en personsentrert tilnærming, er de ofte basert på randomiserte kontrollerte studier som ikke nødvendigvis tar hensyn til pasientenes preferanser og individuelle behov (Vieira et al., 2025).

Hutting et al. (2022) har utviklet et rammeverk for personsentrert fysioterapi som skal gjøre det enklere å omsette teori til praksis. Det vektlegger en biopsykososial forståelse, der terapeuten anerkjenner hele pasientens opplevelse. Deretter understrekes viktigheten av en god terapeutisk relasjon, bygget på tillit, respekt og åpen kommunikasjon. Til slutt fokuserer rammeverket på å støtte pasientens egenmestring, slik at de får kunnskap og ferdigheter til å håndtere egen situasjon over tid. Rammeverket legger opp til en behandlingsstruktur som begynner med å kartlegge pasientens behov og sette mål i felleskap. Deretter følger en fase med støtte til egenmestring, hvor terapeuten hjelper pasienten med å utvikle ferdigheter og motivasjon. Fremgangen evalueres kontinuerlig, og tiltak justeres i samarbeid med pasienten.



Figur 1: «Framework for personcentered care» (Hutting et al., 2022)

Samvalg

Et kjerneelement i personsentrert behandling er samvalg, eller *shared decision-making* som også inngår i rammeverket til Hutting et.al (2022). Dette innebærer at pasient og terapeut i fellesskap utforsker ulike behandlingsalternativer, veier fordeler og ulemper ved hver av dem, og tar beslutninger i tråd med pasientens preferanser, mål og livssituasjon. Samvalg representerer en bro mellom evidensbasert praksis og individuell tilpasning. Det handler ikke bare om å gi pasienten informasjon, men om å invitere til partnerskap og felles eierskap til beslutningen (Hoffmann et al., 2020).

Hoffmann et al. (2020) argumenterer for at samvalg bør være en integrert del av fysioterapeutisk praksis, særlig fordi mange beslutninger rundt muskel-skjelett plager ikke har én klar "beste løsning". I slike situasjoner er pasientens verdier og preferanser avgjørende for valg av tiltak. Samvalg gir også rom for å korrigere urealistiske forventninger eller feiloppfatninger, som ofte preger pasienter med langvarige smerter. Ved å delta aktivt i beslutningsprosessen, øker pasientens tillit, motivasjon og behandlingstro, noe som igjen kan påvirke utfallet.

Personsentrert kommunikasjon

Kommunikasjon er fundamentet i all personsentrert fysioterapi, og handler om å skape en relasjon preget av respekt, åpenhet og gjensidig forståelse. Terapeuten lytter aktivt, stiller åpne spørsmål og anerkjenner pasientens opplevelser uten å dømme. En slik kommunikasjon skaper trygghet og tillit, som er viktige forutsetninger for terapeutisk allianse, og for at pasienten skal føle seg sett og hørt (Eide & Eide, 2017, s. 16–17; Hutting et al., 2022; Wijma et al., 2017).

Dette er særlig viktig for pasienter med langvarige smerter, som ofte har negative opplevelser med helsevesenet. Fysioterapeuter må derfor være bevisste på språkbruk. Forklaringer som antyder at kroppen er "skadet" eller "ødelagt" kan forsterke pasientens negative oppfatninger. I stedet bør kommunikasjonen fremme håp, trygghet og en ny forståelse av smerte (Caneiro et al., 2021). Louw et al. (2021) fremhever hvordan pasientopplæring om smerte kan bidra til å endre uhensiktsmessige oppfatninger. Undervisningen bør kombineres med en personsentrert samtalestil. Det er ikke nok å gi informasjon, men avgjørende å formidle den på en forståelig måte som gir mening i forhold til pasientens plager.

Terapeutisk relasjon

En god terapeutisk relasjon er sentral for å lykkes med en personsentrert tilnærming (Hutting et al., 2022). Det handler ikke bare om profesjonell kontakt, men om å utvikle et samarbeid preget av tillit, trygghet og felles forståelse. Dette fundamentet er viktig for deltakelse, endring og mestring i behandlingsforløpet (Wijma et al., 2017). Flere studier viser at en god relasjon ofte er viktigere for behandlingsutfallet enn selve metoden. Pasienter som føler seg sett, hørt og anerkjent, viser større engasjement, mestringstro og tillit til prosessen (McParlin et al., 2022; O'Keeffe et al., 2016). Dette er særlig relevant for pasienter med langvarige smerter, som ofte har opplevd usikkerhet og avmakt i møte med helsevesenet (Caneiro et al., 2021; Thomas et al., 2023).

En god terapeutisk relasjon kjennetegnes av respekt, åpenhet, emosjonell trygghet og kontinuitet. Fysioterapeuten må balansere profesjonell distanse med menneskelig nærvær, vise empati og validere pasientens erfaringer, og tilpasse behandlingen (Wijma et al., 2017). Hutting et al. (2022) understreker at god relasjonen er en intervensjon i seg selv, som kan styrke pasientens opplevelse av verdi og kontroll over egen helse. Kroppen kan også fungere som en inngangsport til relasjon, spesielt når pasienten har vansker med å uttrykke seg. Berøring og bevegelse kan bidra til å etablere tillit og kontakt, som vist i *Meaningful Connections-modellen*, hvor “*kroppen som kontaktpunkt*” bidrar til økt kroppsbevissthet og forståelse (Miciak et al., 2019)



Figur 2: «Framework for establishing meaningful connections» (Miciak et al., 2019)

Terapeutisk berøring

Behovet for berøring er medfødt, og spiller en avgjørende rolle i menneskets utvikling, relasjon og helse. Berøring er en grunnleggende kommunikasjonsform, og den sansen vi erfarer oss selv og andre mest direkte gjennom. Den taktile sansen knytter oss både til verden og til kroppen vi lever i. Når et annet menneske legger hånden på oss med varme og nærvær, skjer det ofte noe mer enn bare kontakt; det oppstår en erfaring av å bli sett, møtt og anerkjent (Autton, 1990, s. 19–83).

«Berøringen er en handling som bygger bro over den kløften mange mennesker utvikler mellom seg selv og andre, og mellom seg «selv» og kroppen.» - (Autton, 1990 s.21)

Dette sitatet belyser hvordan manuell behandling kan bidra både til å skape relasjon mellom terapeut og pasient, og til å styrke pasientens kontakt med egen kropp. De senere årene har det vært en økende interesse for berøringens terapeutiske potensial innenfor fysioterapi. (Bjorbækmo et al., 2023; Kerry et al., 2024; McParlin et al., 2022). Forskning viser at berøring i behandlingssammenheng kan virke gjennom nevrofysiologiske prosesser, som aktivisering av det parasympatiske nervesystemet, reduksjon i kortisolnivåer og økt utskillelse av oksytocin (Geri et al., 2019; Porges, 2022). Dette kan bidra til smertelindring, stressreduksjon og økt trygghetsfølelse (McParlin et al., 2022). I tillegg har berøring en sansende og oppmerksomhetsstyrende funksjon. Den hjelper pasienten til å kjenne og regulere egen kropp, og fremmer det som kalles interoseptiv bevissthet, evnen til å registrere og tolke kroppens indre signaler. Dette kan være særlig viktig for pasienter med langvarige smerter, som ofte beskriver at kroppen føles fremmed (Calsius et al., 2016; Caneiro et al., 2021).

Innen fysioterapi forstås berøring i økende grad som noe mer enn en mekanisk behandlingsteknikk. Berøring betraktes som et flerdimensjonalt stimuli, som samtidig kan formidle støtte, kontakt og trygghet (Geri et al., 2019). Terapeutens tilstedeværelse og intensjon, og hvordan berøringen gis, anses som avgjørende for effekten (Rossettini et al., 2018). Flere studier viser at pasienter med langvarige smerter har særlig nytte av tiltak som adresserer både kropp og følelser. Berøring kan i slike tilfeller fungere som en inngangsport til en mer helhetlig opplevelse av seg selv (Bjorbækmo et al., 2023; Moffatt & Kerry, 2018). I beskrivelser av psykomotorisk fysioterapi integreres berøring, bevegelse og samtale som en kontinuerlig kroppslig dialog, som kan fremme trygghet, regulering og selvinnsikt (Thornquist, 2022). Samtidig påpekes det at berøring ikke er en nøytral handling. Pasientens tidligere erfaringer, kultur og grenser må tas hensyn til. For noen kan berøring vekke ubehag eller minner om tidligere krenkelser. Derfor må berøring alltid brukes med tydelig kommunikasjon, samtykke og trygg ramme (McGreevy & Boland, 2022; Thornquist, 2022).

3 Oppsummering av funn

Studien viser at fysioterapeuter bruker manuelle tiltak som del av en helhetlig behandling av pasienter med langvarige smerter. Tiltakene er ikke en nødvendighet, men virkemidler som kan bidra positivt for enkelte pasienter. De brukes fleksibelt og tilpasses pasientens individuelle behov, ofte som supplement til mer aktive tiltak som trening, pasientedukasjon og samtaleterapi. Målet med behandlingsforløpet er at pasientene skal være i stand til å håndtere situasjonen sin bedre.

Fysioterapeutene forteller at manuelle tiltak kan opprettholde behandlingsbehov og bidra til negative mestringsstrategier hvis det blir brukt ukritisk. Det er derfor viktig å reflektere over egen praksis og hva som er nytteverdien og hensikten med tiltakene man bruker. Det kan oppleves krevende hvis pasienten ønsker en behandling fysioterapeuten ikke ser på som hensiktsmessig. Fysioterapeutene anser det derfor som viktig å ha god kommunikasjon og felles forståelse rundt hva manuelle tiltak kan bidra med.

Tiltakene blir ikke sett på som spesifikke metoder for å korrigere strukturelle problemer, men som virkemidler for å lindre smerte, fremme trygghet, styrke relasjonen, og øke kroppsbevissthet og egenmestring. Fysioterapeutene er opptatt av å bevare kompetansen på berøring som en viktig del av faget, men påpeker samtidig at dette krever en re-konseptualisering av hva manuell behandling innebærer. Manuelle tiltak kan ha en viktig plass i behandlingen når de brukes med en tydelig hensikt og integreres i en personsentrert og relasjonell kontekst.

4 Metode

I dette kapittelet begrunnes metodologiske valg, og det gis en utdypende beskrivelse av forskningsprosessen.

Studiedesign

Hensikten med studien er å få dypere forståelse for fysioterapeuters erfaringer med manuelle tiltak i behandling av langvarige smerter. Studien har derfor et kvalitativt utforskende design. Kvalitative metoder er spesielt godt egnet når målet er å forstå fenomener i dybden, og å fange opp hvordan mennesker opplever og tolker sin virkelighet (Dalland, 2021, s. 54–56; Malterud, 2017, s. 30–32). Utforskende design er en forskningsstrategi som benyttes når formålet er å få dypere innsikt og økt forståelse for et lite kjent eller komplekst fenomen. Det er en fleksibel tilnærming som gjør at man kan tilpasse seg informasjonen som kommer frem i forskningsprosessen. Ved å bruke utforskende design kan forskeren bevege seg utenfor forhåndsdefinerte teorier og hypoteser, noe som åpner for nye perspektiver og uventede funn (Leseth & Tellmann, 2018, s. 29, 41; Thagaard, 2018, s. 49–52). Dette er spesielt relevant i kvalitative studier som denne der målet ikke er å bekrefte en teori, men å forstå komplekse erfaringer og praksiser. Kvalitative metoder kan bidra til å frembringe nyanser og subjektive erfaringer knyttet til et fenomen, noe som er essensielt i denne i denne studien.

Vitenskapsteoretisk grunnlag

Denne studien er forankret i hermeneutisk vitenskapsteori. I hermeneutikken er det sentralt at forståelsen utvikles gjennom en dialog mellom forskerens forforståelse og det empiriske materialet. Hermeneutikk anerkjenner at all fortolkning er påvirket av forskerens egen forforståelse, som består av tidligere erfaringer, kunnskap og forventninger (Bondevik & Bostad, 2020, s. 288–294). Forhåndsbestemte meninger eller holdninger knyttet til et fenomen omtales gjerne som *fordommer* i hermeneutikken. Den tyske filosofen Hans-Georg Gadamer, som er en av hermeneutikkens viktigste tenkere, så på fordommer som et positivt begrep. Fordommer kan være både positive og negative, bevisste og ubevisste. Gadamer anså fordommer som forutsetninger for forståelse. De utgjør det Gadamer omtaler som forskerens *forståelseshorison*t. Forståelseshorisonen representerer summen av forskerens holdninger, erfaringer og kunnskap, og påvirker hvordan data tolkes (Krogh, 2014, s. 43–54). Det er derfor viktig å reflektere over hvordan egen faglig bakgrunn og personlige erfaringer kan påvirke analyseprosessen. I denne studien er forforståelsen særlig relevant ettersom forskeren selv er fysioterapeut med interesse for langvarige smerter. Ved å tydeliggjøre

forforståelsen både før, under og etter intervjuene, har det vært mulig å møte materialet med en åpen og nysgjerrig innstilling (Malterud, 2017, s. 19–21).

En annen viktig komponent i hermeneutikken er den hermeneutiske spiral. Det er en kontinuerlig bevegelse mellom forståelse av deler og helhet, mellom datamaterialet og forskerens forforståelse, og mellom det som skal fortolkes og konteksten rundt. Denne bevegelsen er iterativ, det betyr at forskeren stadig vender tilbake til deler av datamaterialet for å revidere helhetsforståelsen etter hvert som nye innsikter fremkommer (Bondevik & Bostad, 2020, s. 294–296; Malterud, 2017, s. 28–29). I forskningsprosessen kan den hermeneutiske spiral synliggjøres gjennom at forskeren går fra en intuitiv forståelse og et helhetsinntrykk av materialet, til å plukke ut og fortolke kortere meningsbærende enheter, som igjen gir en dypere forståelse av helheten. Den nye helhetsforståelsen kan sette delene i et nytt lys, som igjen reviderer forståelsen og påvirker helheten. Gjennom en slik prosess utvikles en dypere innsikt, og forskeren fordyper sin meningsforståelse gjennom kontinuerlig refleksjon. Denne iterative prosessen har vært sentral i denne studien, da forståelsen av datamaterialet har utviklet seg gjennom flere omganger med analyse og refleksjon.

Forforståelse og refleksivitet

Å være bevisst egen forforståelse har vært en sentralt i forskningsprosessen. Før utarbeidelse av intervjuguide og datainnsamling skrev jeg derfor ned tanker og refleksjoner om egen forforståelse. Dette gjorde det mulig å møte datamaterialet med en mer bevisst holdning til hvordan min faglige bakgrunn kunne påvirke tolkningen (Malterud, 2017, s. 19–21).

Jeg har jobbet på fysikalsk institutt i 13 år og har benyttet ulike behandlingsformer, inkludert manuelle tiltak. Min erfaring er at pasienter med langvarige smerter har varierende og ulik nytte av manuell behandling. Jeg opplever at det i fagmiljøet ofte argumenteres for å fjerne manuelle tiltak fra praksis, uten å anerkjenne at tiltakene også kan ha positive sider. Følelsen jeg sitter igjen med er at dybden og nyansene ikke kommer frem i diskusjonen. Denne debatten har gjort meg nysgjerrig på hvordan andre fysioterapeuter forstår og anvender manuelle tiltak i møte med langvarige smerter.

Ved å innta en refleksiv tilnærming gjennom hele forskningsprosessen, har jeg forsøkt å sikre at egen forforståelse ikke har begrenset analysen. I tråd med hermeneutikkens grunnprinsipper har jeg anerkjent at forforståelse er en nødvendig del av tolkningsarbeidet, men jeg har også gjort en aktiv innsats for å utfordre mine egne antakelser i møte med datamaterialet (Malterud, 2017, s. 19–21).

Utvalg

Det ble gjort et strategisk utvalg for å sikre at datamaterialet kunne belyse problemstillingen best mulig (Leseth & Tellmann, 2018, s. 44). Inklusjonskriteriene var fysioterapeuter med minimum 5 års klinisk erfaring, interesse for og erfaring med behandling av pasienter med langvarige smerter, og arbeid i klinikk privat eller med driftsavtale.

Deltakerne ble rekruttert gjennom direkte forespørsel, og via faglige nettverk på sosiale medier. To deltakere ble kontaktet direkte, og fire meldte seg frivillig. Utvalget består av seks fysioterapeuter, hvorav noen er manuellterapeuter. Ved å inkludere både menn og kvinner, samt terapeuter fra ulike klinikker, og med forskjellig videreutdanning ble det en heterogenitet i utvalget (Malterud, 2017, s. 58–59). Deltakerne fikk informasjon formålet med studien, rettigheter og personvern. Alle deltakerne signerte samtykkeskjema (Vedlegg 2) før gjennomføring av intervjuene.

Datainnsamling

Data ble samlet inn gjennom individuelle semistrukturerte intervjuer. Intervjuer egner seg godt for å få nyanserte beskrivelser av deltakernes subjektive erfaringer og meninger (Kvale & Brinkmann, 2022, s. 140–141; Leseth & Tellmann, 2018, s. 61–63). En intervjuguide (Vedlegg 3) ble utarbeidet for å sikre at relevante temaer ble dekket. Den inneholdt åpne, men spesifikke spørsmål (Malterud, 2017, s. 133–135).

Som forsker var jeg bevisst på å møte deltakerne med en åpen og nysgjerrig innstilling, og å unngå å formidle verken positive eller negative holdninger rundt manuelle tiltak. Fire intervjuer ble gjennomført fysisk i deltakernes hjem eller arbeidsplass, og to ble gjennomført digitalt. Lydopptak ble gjort via «Nettskjema diktafon» for å sikre trygg lagring. Intervjuguiden fungerte som en god støtte for å holde en viss struktur i samtalen. Det ble også stilt oppfølgingsspørsmål eller inngående spørsmål der det var interessant med utdypende svar (Kvale & Brinkmann, 2022, s. 166–170). Det ble lagt vekt på å unngå ledende spørsmål og å være bevisst på egen forforståelse, slik at deltakernes egne erfaringer og perspektiver kom tydelig frem. Målet var å møte deltakerne med en «bevisst naivitet» slik at det var åpenhet for nye perspektiver (Kvale & Brinkmann, 2022, s. 48). Taushet og aktiv lytting ble vektlagt gjennom alle intervjuene slik at deltakerne fikk tid til å reflektere rundt spørsmålene som ble stilt (Kvale & Brinkmann, 2022, s. 165–170). Intervjuene varte mellom 60 og 120 minutter.

Analyse

Det finnes flere ulike metoder for å analysere kvalitative data. Det er først og fremst hvilken kunnskap vi er ute etter som avgjør hvilken analysemetode som er best egnet. Analysen kan ses på som en målrettet reise fra problemstilling til resultater. Innen kvalitativ forskning er det viktig å velge en metode som kan ivareta kompleksiteten i datamaterialet og samtidig gi en strukturert tilnærming til tolkningsprosessen (Malterud, 2017, s. 91–96).

Transkribering

Transkribering er et viktig steg i analyseprosessen, og hvor muntlig materiale omgjøres til skriftlig tekst. Dette gjør det mulig å arbeide systematisk med innholdet og sikrer en mer nøyaktig og etterprøvbar analyse. Transkripsjonen skal ivareta det opprinnelige materialet, slik at deltakernes erfaringer og meninger fremstår slik det ble formidlet under datainnsamlingen (Malterud, 2017, s. 77–82).

I denne studien ble transkriberingen gjort ved hjelp av «Autotekst», en tale-til-tekst-tjeneste fra Universitetet i Oslo, som sikret lik og trygg transkribering. For å sikre nøyaktighet lyttet jeg gjennom alle intervjuene flere ganger, korrigerte feil og gjorde nødvendige språklige justeringer. Lydopptakene ble transkribert ordrett, men fyllord som «mm» og «ehh» ble utelatt for å gi bedre flyt og lesbarhet, samtidig som meningsinnholdet ble bevart (Kvale & Brinkmann, 2022, s. 206–210).

Analysemetode

I denne studien ble *systematisk tekskondensering* (STC) benyttet, slik den er beskrevet av Malterud (2017, s. 94-116). STC er en tematisk, tverrgående analysemetode, som er godt egnet for å identifisere fellestrekk og variasjoner på tvers av flere deltakers erfaringer.

STC er inspirert av flere ulike analysemetoder, men er ikke knyttet til en spesifikk filosofi eller metodetradisjon. I likhet med fenomenologiske tilnærminger deler STC oppfatningen om at deltakernes subjektive erfaringer av sin livsverden er gyldig kunnskap, men skiller seg fra fenomenologien ved at forskerens ståsted og tidligere erfaringer er en del av analyseprosessen. Dette gjør STC godt egnet for en hermeneutisk tilnærming, da metoden både anerkjenner forskerens for forståelse og legger til rette for at denne kan utfordres og reflekteres over underveis i analysen. STC skiller seg også fra øvrige analysemetoder ved at den inneholder en spesifikk fremgangsmåte for kondensering og abstrahering av data (Malterud, 2017, s. 92-96). Analysemetoden ble valgt fordi den er godt tilpasset studiens problemstilling og hermeneutiske forankring. Forskeren hadde også erfaring med metoden.

Analysen av materialet fulgte de fire trinnene i systematisk tekstkondensering som består av; 1) Helhetsinntrykk, 2) Koding av meningsbærende enheter, 3) Kondensering, og 4) Syntese.

Helhetsinntrykk

Første trinn i analyseprosessen handler om å skaffe seg et helhetsinntrykk av materialet. Etter transkriberingen ble intervjuene lest flere ganger for å få en intuitiv helhetlig forståelse av innholdet, og identifisere foreløpige temaer. Under denne gjennomgangen var det særlig viktig å være bevisst egen forforståelse, for å møte teksten med et åpent sinn. Notater og refleksjoner ble skrevet ned underveis, med fokus på hva som trådte frem som viktige temaer relatert til problemstillingen (Malterud, 2017, s. 99–100). I denne fasen ble det identifisert åtte foreløpige temaer (Vedlegg 4).

Meningsbærende enheter – fra foreløpige temaer til koder og sortering

Trinn to i analysen startet med å gjennomgå de foreløpige temaene for å se hva de kunne si om problemstillingen. Deretter ble de sammenfattet og revidert til fire hovedtemaer som dannet grunnlaget for kodegruppene. Målet var å organisere de betydningsfulle delene av datamaterialet og skille ut irrelevante tekstbiter. Datamaterialet ble systematisk gjennomgått for å identifisere meningsbærende enheter, som er tekstutdrag med særlig relevans for å svare på problemstillingen, og sortere dem i de ulike kodegruppene. For å holde struktur ble fargekoding brukt for å markere enheter fra de ulike deltakerne. Noen enheter ble plassert i flere kodegrupper på grunn av overlappende meningsinnhold (Malterud, 2017, s. 100–105).

Underveis ble det tydelig hvilke tekstbiter som passet sammen og hvilke som var overflødige. Kodene ble justert etter hvert som forståelsen av materialet utviklet seg. For eksempel ble kodegruppen «*fysioterapeutens identitet*» fjernet da innholdet overlappet med andre koder eller ikke var relevant for problemstillingen. Etter justering ble materialet gjennomgått på nytt for å sikre at alle relevante meningsbærende enheter var inkludert. (Malterud, 2017, s. 100–105). De endelige kodegruppene som kom frem gjennom andre analysetrinn var; «*manuelle tiltak som del av helhetlig og individuelt tilpasset behandling*», «*utfordringer og dilemmaer knyttet til bruken av manuelle tiltak*» og «*moderne forståelse og bruk av manuelle tiltak*».

Kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold

I tredje analysetrinn henter man ut mening ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enheten som tilhører samme kodegruppe. Først ble kodegruppene delt inn i to eller tre subgrupper som reflekterte ulike nyanser i datamaterialet. For eksempel ble kodegruppen «*moderne forståelse og bruk av manuelle tiltak*» delt inn i subgruppene «*moderne forklaringsmodeller*», «*kommunikasjon og læring gjennom kropp*» og «*berøringens rolle i fysioterapi*».

Et sentralt metodisk grep i systematisk tekstkondensering er å lage kondensater - kunstige sitater som sammenfatter meningsinnholdet i hver subgruppe. Disse kondensatene ble skrevet i førsteperson for å reflektere deltakernes perspektiv og satt sammen til en helhetlig tekst. Utvalgte meningsbærende enheter som var særlig uttrykksfulle, fungerte som utgangspunkt, mens andre enheter ble flettet inn der de passet naturlig. Slik ble subgruppens meningsinnhold tydeligere, og unødvendige eller feilplasserte enheter ble fjernet (Malterud, 2017, s. 105–108). Teksten nedenfor er et utdrag av kondensatet fra subgruppen «å se pasienten som et helt menneske»:

Kondensat
<i>«Først og fremst så tar jeg dem inn til en grundig anamnese og undersøkelse. Og danner meg et bilde av hva som er deres primære plager, og mål- hva de ser for seg. Altså, historikken er liksom det aller, aller viktigste. Jeg tror kanskje det største skiftet for min del, var å gå fra en som på en måte bare skulle undersøke og levere et eller annet, til å være en som skal høre etter, høre på og høre med. For jeg er opptatt av å høre hva pasienten forteller om. Kanskje et liv da, med ulike stressorer, med ulike påvirkninger og ulike negative erfaringer, i møte med ulike ting. Og da kan vi undre oss over om dette er noe som er nyttig for å forstå, først og fremst kanskje, hvorfor det er vondt? Jeg vurderer konteksten, altså symptomenes historiske linje og konteksten rundt. Jeg vurderer også kapasiteten til endring. Er vedkommende klar for endring? Er de motivert for endring? Skjønner de at de må leve livet annerledes, og har de klart å akseptere det? Og inni det en slags vurdering av helsekompetanse. Hvor mye informasjon kan de ta imot?»</i>

Tabell 1: Kondensat eksempel

Syntese

I det siste analysetrinnet ble kondensatene omformet til en analytisk tekst som sammenfatter hovedtrekkene i materialet og danner grunnlaget for resultatdelen. Tredjepersonsform ble brukt for å tydeliggjøre at teksten er en fortolkning av deltakernes erfaringer, men uttrykk fra meningsbærende enheter ble inkludert for å bevare nærhet til materialet. For å styrke tekstens troverdighet ble det valgt ut et «gullsitat» for hver del av teksten, som best representerte meningsinnholdet i subgruppen. Deretter fikk den analytiske teksten fra hver kodegruppe et navn som oppsummerte hovedfunnene. Til slutt ble det opprinnelige datamaterialet gjennomgått på nytt for å sikre at resultatene kunne tilbakeføres. Det ble også sett etter motstridende data for å utfordre tolkningene (Malterud, 2017, s. 108–111). Gjennom hele prosessen ble prinsippene for systematisk tekstkondensering fulgt for å gi en

strukturert og pålitelig framstilling av fysioterapeutenes erfaringer. Refleksjon rundt forskerens rolle og faglig diskusjon med veileder ble vektlagt for å sikre kvalitet i analysen.

Meningsbærende enhet	Kodegruppe	Subgruppe	Hovedkategori
«Det er nesten litt sånn støtte og trøst, funksjon da, trygging, og kanskje tid hvor vi kan snakke med pasienten når vi også behandler»	Moderne forståelse og bruk av manuelle tiltak	Kommunikasjon og læring gjennom kropp	Manuell behandling for å styrke relasjon og skape endring

Tabell 2: Systematisering av meningsbærende enhet gjennom analyseprosessen

5 Metodediskusjon

Designet og metoden er godt egnet for å få en dypere forståelse av fysioterapeuters erfaringer med manuelle tiltak ved langvarige smerter. (Malterud, 2017, s. 30–32). Dette bidrar til å sikre studiens validitet. I kvalitativ forskning handler validitet om datamaterialet og resultatenes gyldighet overfor det fenomenet som undersøkes. Intern validitet refererer til i hvilken grad dataene gir et korrekt bilde av det som er undersøkt, mens ekstern validitet handler om i hvilken grad funnene kan overføres til andre sammenhenger, og er nært knyttet til begrepet generaliserbarhet (Leseth & Tellmann, 2018, s. 17–18).

Utvalget størrelse kan ses på som en svakhet, da det relativt lave antallet deltakere kan gjøre funnene mindre overførbare til andre praksiskontekster. Samtidig er det viktig å merke seg at kvalitative studier ikke søker statistisk representativitet, men dybdeforståelse (Kvale & Brinkmann, 2022). Generaliserbarhet i kvalitativ forskning handler ikke om å trekke statistiske konklusjoner, men om overførbarhet til lignende kontekster (Leseth & Tellmann, 2018, s. 18–19). Det er derfor ikke et mål i denne studien å generalisere funnene til hele fysioterapifeltet, men heller å gi innsikt som kan være relevant for fysioterapeuter som behandler pasienter med langvarige smerter. I denne sammenhengen kan utvalget også anses som en styrke, fordi deltakerne var strategisk valgt på bakgrunn av relevant erfaring og kompetanse. Dette kan styrke validiteten, da deltakerne er godt kvalifiserte til å svare på problemstillingen.

Semistrukturerte intervjuer er godt egnet for å hente inn rike beskrivelser av personlige erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2022, s. 20–21). Intervjuguiden ble utformet med åpne spørsmål som ga deltakerne frihet til å utdype, samtidig som den sikret at relevante temaer ble dekket. Dette kan være en styrke ved studien. Det bidrar til intern validitet, fordi dataene som ble samlet inn er relevante for forskningsspørsmålet. En utfordring med intervjuer som metode er risikoen for at forskerens egne perspektiver påvirker både spørsmålene og hvordan svarene blir fortolket. Dette kan svekke reliabiliteten, som i kvalitativ forskning handler om konsistens og troverdighet i forskningsprosessen. (Malterud, 2017, s. 17–21). Samarbeid og diskusjon med veileder gjennom hele forskningsprosessen har derimot bidratt til å motvirke dette. For å ivareta reliabiliteten i denne studien har det også vært avgjørende å være transparent og refleksiv gjennom hele forskningsprosessen. Transparens innebærer å gjøre rede for hvordan data er samlet inn, hvordan forskerens egen forståelse har påvirket prosessen, og hvordan analysen har blitt utført. I denne studien er det gjort ved å beskrive hele forskningsprosessen grundig, inkludert hvordan utvalg ble gjort, hvordan intervjuguiden ble utviklet, og hvordan intervjuene ble gjennomført, transkribert og analysert. For å sikre refleksivitet har forskeren aktivt vurdert egen forforståelse gjennom hele prosessen, slik at denne ikke har påvirket dataene ubevisst (Leseth & Tellmann, 2018, s. 16–17).

6 Publiseringsplan

Denne studien planlegges publisert i *Fysioterapeuten*, som er et nivå 1-tidsskrift med open access. Publiseringsplanen er utarbeidet i henhold til Vancouver-konvensjonen, som stiller krav om at forfatterskapet skal reflektere betydelige bidrag til studiens utforming, datainnsamling, analyse, skriving og revisjon.

Førsteforfatter av artikkelen er kandidaten, som har hatt hovedansvaret for studiedesign, datainnsamling, analyse av datamaterialet samt utarbeidelse av manuskriptet. Hovedveileder Nina Elisabeth Blegen står som andreforfatter. Hun har bidratt gjennom hele forskningsprosessen, spesielt med planlegging av studien, metodologiske vurderinger, analysearbeid og tekstutforming. Biveileder Tone Marte Ljosaa er oppført som tredjeforfatter, og har hovedsakelig bidratt med teoretisk perspektiv og tekstutforming.

Forfatterrekkefølgen er bestemt ut fra omfanget av bidrag i tråd med Vancouver-konvensjonen. Alle forfatterne har vært delaktige i diskusjon av forskningsspørsmål, valg av metode og bearbeiding av teksten. Artikkelen er godkjent av alle forfatterne, som i fellesskap tar ansvar for innholdet. Publisering i *Fysioterapeuten* er valgt fordi tidsskriftet når ut til en bred og relevant lesergruppe. Manuskriptet er planlagt ferdigstilt innen tre måneder etter siste revisjon, og forfatterne har en felles målsetning om publisering i tråd med tidsskriftets retningslinjer (Vedlegg 5).

Referanser

- Autton, N. (1990). *Berøring berøringens bruk i omsorg og terapi*. Eikstein forl.
- Bjorbækmo, W. S., & Mengshoel, A. M. (2016). "A touch of physiotherapy"—The significance and meaning of touch in the practice of physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice*, 32(1), 10–19. <https://doi.org/10.3109/09593985.2015.1071449>
- Bjorbækmo, W. S., Dahl-Michelsen, T., & Nicholls, D. A. (2023). Editorial: "A Touch of Physiotherapy"—The significance and meaning of touch in the practice of physiotherapy. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, 4, 1161574. <https://doi.org/10.3389/fresc.2023.1161574>
- Bondevik, H., & Bostad, I. (2020). *Tenkepauser filosofi og vitenskapsteori* (1., 7. opplag utg.) Cappelen Damm.
- Brodal, P. (2017). A neurobiologist's attempt to understand persistent pain. *Scandinavian Journal of Pain*, 15, 140–147. <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2017.03.001>
- Calsius, J., De Bie, J., Hertogen, R., & Meesen, R. (2016). Touching the Lived Body in Patients with Medically Unexplained Symptoms. How an Integration of Hands-on Bodywork and Body Awareness in Psychotherapy may Help People with Alexithymia. *Frontiers in Psychology*, 7, 253. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00253>
- Caneiro, J. P., Bunzli, S., & O'Sullivan, P. (2021). Beliefs about the body and pain: The critical role in musculoskeletal pain management. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 25(1), 17–29. <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2020.06.003>
- Cohen, S. P., Vase, L., & Hooten, W. M. (2021). Chronic pain: An update on burden, best practices, and new advances. *The Lancet*, 397(10289), 2082–2097. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00393-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00393-7)
- Cook, C. E. (2021). The Demonization of Manual Therapy. *Thieme*, 25, 125–132.
- Dalland, O. (2021). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (7.utg). Gyldendal akademisk.

- de Oliveira-Souza, A. I. S., Barbosa-Silva, J., Gross, D. P., da Costa, B. R., Ballenberger, N., Pereira, T. V., Dennett, L., & Armijo-Olivo, S. (2025). Comparative effectiveness of manual therapy, pharmacological treatment, exercise therapy, and education for neck pain (COMPETE study): Protocol of a systematic review with network meta-analysis. *Systematic Reviews*, 14(1), 30. <https://doi.org/10.1186/s13643-024-02737-4>
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner personorientering, samhandling, etikk* (3. utg). Gyldendal akademisk.
- Geri, T., Viceconti, A., Minacci, M., Testa, M., & Rossetтини, G. (2019). Manual therapy: Exploiting the role of human touch. *Musculoskeletal Science and Practice*, 44, 102044. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2019.07.008>
- Grenier, J.-P., & Rothmund, M. (2024). A critical review of the role of manual therapy in the treatment of individuals with low back pain. *The Journal of Manual & Manipulative Therapy*, 32(5), 464–477. <https://doi.org/10.1080/10669817.2024.2316393>
- Healthcare Improvement Scotland. (2019). *Management of chronic pain: A national clinical guideline*. Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- Hoffmann, T. C., Lewis, J., & Maher, C. G. (2020). Shared decision making should be an integral part of physiotherapy practice. *Physiotherapy*, 107, 43–49. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2019.08.012>
- Hutting, N., Caneiro, J. P., Ong'wen, O. M., Miciak, M., & Roberts, L. (2022). Patient-centered care in musculoskeletal practice: Key elements to support clinicians to focus on the person. *Musculoskeletal Science and Practice*, 57, 102434. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2021.102434>
- IASP. (2020). Terminology | International Association for the Study of Pain. *International Association for the Study of Pain (IASP)*. <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>
- Kerry, R., Young, K. J., Evans, D. W., Lee, E., Georgopoulos, V., Meakins, A., McCarthy, C., Cook, C., Ridehalgh, C., Vogel, S., Banton, A., Bergström, C., Mazzieri, A. M.,

- Mourad, F., & Hutting, N. (2024). A modern way to teach and practice manual therapy. *Chiropractic & Manual Therapies*, 32(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s12998-024-00537-0>
- Keter, D., Bialosky, J. E., Brochetti, K., Courtney, C. A., Funabashi, M., Karas, S., Learman, K., & Cook, C. E. (2025). The mechanisms of manual therapy: A living review of systematic, narrative, and scoping reviews. *PLOS ONE*, 20(3), e0319586. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0319586>
- Keter, D., Hutting, N., Vogsland, R., & Cook, C. E. (2024). Integrating Person-Centered Concepts and Modern Manual Therapy. *JOSPT Open*, 2(1), 60–70. <https://doi.org/10.2519/josptopen.2023.0812>
- Kolasinski, S. L., Neogi, T., Hochberg, M. C., Oatis, C., Guyatt, G., Block, J., Callahan, L., Copenhaver, C., Dodge, C., Felson, D., Gellar, K., Harvey, W. F., Hawker, G., Herzig, E., Kwoh, C. K., Nelson, A. E., Samuels, J., Scanzello, C., White, D., ... Reston, J. (2020). 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee. *Arthritis & Rheumatology*, 72(2), 220–233. <https://doi.org/10.1002/art.41142>
- Krogh, T. (2014). *Hermeneutikk: Om å forstå og fortolke* (2. utg). Gyldendal akademisk.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2022). *Det kvalitative forskningsintervju* (T. M. Anderssen & J. Rygge, Overs.; 3. utg). Gyldendal akademisk.
- Leseth, A. B., & Tellmann, S. M. (2018). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* (2. utg). Cappelen Damm.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag: En innføring* (4. utg). Universitetsforlaget.
- McCormack, B. (med Baldie, D., McCance, T., Brown, D., McMillan, A., & Bulley, C.). (2024). *Personsentrert helsearbeid: En innføring* (S. Martin, Red.; A. Sjøbu, Overs.; 1. utgave, 2. opplag). Gyldendal.

- McGreevy, S., & Boland, P. (2022). Touch: An integrative review of a somatosensory approach to the treatment of adults with symptoms of post-traumatic stress disorder. *European Journal of Integrative Medicine*, 54, 102168. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2022.102168>
- McParlin, Z., Cerritelli, F., Rossetini, G., Friston, K. J., & Esteves, J. E. (2022). Therapeutic Alliance as Active Inference: The Role of Therapeutic Touch and Biobehavioural Synchrony in Musculoskeletal Care. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 16. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2022.897247>
- Meisingset, I., Vasseljen, O., Vøllestad, N. K., Robinson, H. S., Woodhouse, A., Engebretsen, K. B., Glette, M., Øverås, C. K., Nordstoga, A. L., Evensen, K. A. I., & Skarpsno, E. S. (2020). Novel approach towards musculoskeletal phenotypes. *European Journal of Pain*, 24(5), 921–932. <https://doi.org/10.1002/ejp.1541>
- Miciak, M., Mayan, M., Brown, C., Joyce, A. S., & Gross, D. P. (2019). A framework for establishing connections in physiotherapy practice. *Physiotherapy Theory & Practice*, 35(1), 40–56. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1434707>
- Moffatt, F., & Kerry, R. (2018). The desire for “hands-on” therapy – a critical analysis of the phenomenon of touch. I *Manipulating practices, A critical physiotherapy reader*. Cappelen Damm. <https://nottingham-repository.worktribe.com/output/7282753>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2021). *Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: Assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain*. National Institute for Health and Care Excellence. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng193>
- O’Keeffe, M., Cullinane, P., Hurley, J., Leahy, I., Bunzli, S., O’Sullivan, P. B., & O’Sullivan, K. (2016). What Influences Patient-Therapist Interactions in Musculoskeletal Physical Therapy? Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis. *Physical Therapy & Rehabilitation Journal*, 96(5), 609–622. <https://doi.org/10.2522/ptj.20150240>

- Porges, S. W. (2022). Polyvagal Theory: A Science of Safety. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 16. <https://doi.org/10.3389/fnint.2022.871227>
- Rossetini, G., Carlino, E., & Testa, M. (2018). Clinical relevance of contextual factors as triggers of placebo and nocebo effects in musculoskeletal pain. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 19(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s12891-018-1943-8>
- Steingrimsdottir, O. A., Nielsen, C. S., Odsbu, I., Skurtveit, S. O., & Handal, M. (2023). *Langvarig smerte*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/smerte/>
- Stubhaug, A., Hansen, J. L., Hallberg, S., Gustavsson, A., Eggen, A. E., & Nielsen, C. S. (2024). The costs of chronic pain—Long-term estimates. *European Journal of Pain*, 0(0). <https://doi.org/10.1002/ejp.2234>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse*. Fagbokforlaget.
- Thomas, M., Thomson, O. P., Kolubinski, D. C., & Stewart-Lord, A. (2023). The attitudes and beliefs about manual therapy held by patients experiencing low back pain: A scoping review. *Musculoskeletal Science & Practice*, 65, 102752. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2023.102752>
- Thornquist, E. (2022). Movement, touch and talk in Norwegian psychomotor physiotherapy. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, 3. <https://doi.org/10.3389/fresc.2022.1011146>
- Treede, R.-D. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: The IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *PAIN Reports*, 160(1), 19–27. <https://doi.org/DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001384>
- Vieira, A., Sventnickas, S. P., Mescouto, K., Araújo, M. M. de, & Bertini, A. C. (2025). Challenges of person-centered care in physiotherapy for chronic pain: A qualitative metasynthesis. *Fisioterapia Em Movimento*, 38, e38201. <https://doi.org/10.1590/fm.2025.38201>
- Wijma, A. J., Bletterman, A. N., Clark, J. R., Vervoort, S. C. J. M., Beetsma, A., Keizer, D., Nijs, J., & Van Wilgen, C. P. (2017). Patient-centeredness in physiotherapy: What

does it entail? A systematic review of qualitative studies. *Physiotherapy Theory and Practice*, 33(11), 825–840. <https://doi.org/10.1080/09593985.2017.1357151>

World Health Organization. (2023, desember 7). *WHO Guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings*. <https://www.who.int/news-room/events/detail/2023/12/07/default-calendar/who-guideline-for-non-surgical-management-of-chronic-primary-low-back-pain-in-adults-in-primary-and-community-care-settings>

Oversikt over tabeller og figurer

Figurer

Figur 1: «Framework for personcentered care» (Hutting et al., 2022)

Figur 2: «Framework for establishing meaningful connections» (Miciak et al., 2019)

Tabeller

Tabell 1: Kondensat eksempel

Tabell 2: Systematisering av meningsbærende enhet gjennom analyseprosessen

Vedlegg

Vedlegg 1: Kvalitativ originalartikkel

Vedlegg 2: Samtykkeskjema

Vedlegg 3: Intervjuguide

Vedlegg 4: Datamatrise

Vedlegg 5: Forfatterveiledning

Vedlegg 1

«Fra korreksjon til relasjon»: En kvalitativ studie om manuell behandling ved langvarige smerter

Sammendrag

Hensikt

Fysioterapi er anbefalt for pasienter med langvarige smerter. Manuelle tiltak har vært en sentral del av fysioterapi praksis, men er i dag gjenstand for faglig debatt. Forskning retter seg ofte mot effekt av tiltak, men det er i liten grad undersøkt hvordan fysioterapeuter forstår og bruker manuell behandling. Hensikten med studien er å utforske fysioterapeuters erfaring med manuelle tiltak i behandling av pasienter med langvarige smerter.

Design

Studien har et kvalitativt utforskende design, med bakgrunn i hermeneutisk vitenskapsteori.

Metode

Semistrukturerte intervjuer med seks fysioterapeuter som jobber privat eller med driftsavtale, og har erfaring med pasientgruppen. Systematisk tekstkondensering ble brukt som analysemetode.

Resultat

Fysioterapeutene brukte manuelle tiltak som del av en helhetlig behandling tilpasset den enkelte pasient. Bruk av manuelle tiltak kunne være utfordrende hvis det var vanskelig å få felles forståelse rundt årsak og behandling av plagene. Manuelle tiltak ble ikke sett på som spesifikke teknikker for å korrigere strukturelle problemer, men som verktøy for å lindre smerte, fremme trygghet og kroppsbevissthet, og styrke relasjon gjennom et terapeutisk samspill.

Konklusjon

Manuelle tiltak kan spille en viktig rolle i fysioterapi for langvarige smerter når de brukes innenfor en personsentrert og relasjonell ramme. Studien bidrar til å belyse behovet for en rekonseptualisering av manuell behandling som en aktiv, kommunikativ og læringsfremmende komponent i klinisk praksis

Nøkkelord: Manuelle tiltak, Langvarige smerter, Pasientsentrert, Terapeutisk berøring

“From correction to connection”: A qualitative study on manual therapy for chronic pain

Abstract

Physiotherapy is recommended for patients with chronic pain. Manual interventions have traditionally been a central part of physiotherapy practice but are currently subject to professional debate. Research often focuses on the effectiveness of interventions, but little attention has been given to how physiotherapists understand and use manual therapies. The aim of this study is to explore physiotherapists' experiences with manual interventions in the treatment of patients with chronic pain.

Design

The study has a qualitative, exploratory design, based on hermeneutic scientific theory.

Method

Semi-structured interviews were conducted with six physiotherapists working privately or under a contractual agreement, all with experience in treating the target patient group. Systematic text condensation was used as the method of analysis.

Results

The physiotherapists used manual interventions as part of a holistic treatment tailored to the individual patient. However, using manual techniques could be challenging if there was a lack of shared understanding regarding the cause and treatment of the pain. Manual interventions were not perceived as specific techniques to correct structural problems but rather as tools to alleviate pain, promote safety and body awareness, and strengthen the therapeutic relationship through interactive engagement.

Conclusion

Manual interventions can play an important role in physiotherapy for chronic pain when used within a person-centered and relational framework. The study highlights the need to reconceptualize manual treatment as an active, communicative, and educational component in clinical practice.

Keywords: Manual therapy, Chronic pain, Person-centered care, Therapeutic touch

Bakgrunn

Langvarige smerter har en stadig økende forekomst både globalt og nasjonalt. Opptil 36% av den norske befolkningen rapporterer langvarige smerter, noe som har betydelige samfunnsøkonomiske konsekvenser (1). Personer med langvarige smerter har ofte redusert funksjon og livskvalitet, og problemer med å delta både i arbeidsliv og hverdagsliv. De utgjør en svært heterogen gruppe med varierende sykdomsforløp og prognoser. Mange uten en klar underliggende patologi, noe som kan gjøre diagnostisering og behandling utfordrende (2).

Fysioterapi er en viktig del av behandlingstilbudet til pasienter med langvarig smerte, og er anbefalt i kliniske retningslinjer (3,4). Manuelle tiltak har tradisjonelt hatt en sentral rolle i fysioterapien, men er i dag gjenstand for en omfattende faglig debatt. Mange stiller spørsmålstegn ved effekten, den biomekaniske forståelsen, og om tiltakene har negative konsekvenser for pasientene. På den andre siden mener mange at manuell behandling spiller en viktig rolle for å bedre funksjon og lindre smerte (6).

Det er gjort mange effektstudier på manuelle behandlingstiltak for en rekke ulike smertetilstander. Selv om det finnes en rekke anbefalinger for ikke-medikamentell behandling av langvarige smerter, er det ingen enkelttiltak som viser stor og langvarig effekt (7). Denne typen forskning blir imidlertid kritisert for i liten grad å gjenspeile kompleksiteten i behandling av langvarig smerte (17). Grundige søk viser ingen studier som undersøker hvordan fysioterapeutene selv forstår og bruker manuelle tiltak. Hensikten med denne studien er derfor å få dypere forståelse av fysioterapeuters erfaringer med bruk av manuelle tiltak i behandling av pasienter med langvarige smerter.

Metode

Studien har en hermeneutisk forankring, der forståelse utvikles i dialog mellom forsker og deltaker, og gjennom tolkning av deres erfaringer (9). Studien hadde ikke et forhåndsdefinert teoretisk rammeverk. De teoretiske perspektivene i diskusjonen vokste frem under analysen. Designet er kvalitativt, og data ble samlet inn med individuelle, semistrukturerte intervjuer. Utvalget var strategisk for å sikre at datamaterialet belyser problemstillingen best mulig. Seks fysioterapeuter som har erfaring med behandling av langvarige smerter, ble intervjuet. Alle jobber på institutt, privat eller med driftsavtale, og har mellom 16 og 28 års erfaring. Utvalget består av både menn og kvinner, og noen er manuellterapeuter.

Intervjuene varte mellom 60 og 120 minutter, og ble gjennomført fysisk eller digitalt. De ble tatt opp, transkribert og analysert med systematisk tekstkondensering (10). Analysen ble gjennomført i fire trinn: 1) helhetsinntrykk, 2) identifikasjon av meningsbærende enheter, 3) kondensering, 4) syntese.

Studien er godkjent av Sikt, og følger forskningsetiske retningslinjer. Alle deltakerne ga skriftlig samtykke til deltakelse.

Resultat

Gjennom analyse av datamaterialet ble det identifisert tre hovedtema som gjenspeiler deltakernes erfaringer med manuelle tiltak i behandling av langvarige smerter; *“å tilpasse behandlingen til den enkelte pasient”*, *“felles forståelse rundt manuelle tiltak”* og *“manuell behandling for å styrke relasjon og skape endring”*

Å tilpasse behandlingen til den enkelte pasient

Deltakerne er opptatt av å se hele pasienten og dens livssituasjon. Undersøkelser er viktig, særlig for å utelukke alvorlig patologi. Pasientens fortellinger er imidlertid avgjørende for å forstå hva som forårsaker eller opprettholder smertene, og hva behandlingen bør rette seg mot.

«Jeg er opptatt av å høre hva pasienten forteller om. Kanskje et liv da, med ulike stressorer, med ulike påvirkninger og ulike negative erfaringer. Da kan vi undre oss over om dette er noe som er nyttig for å forstå, først og fremst kanskje, hvorfor det er vondt?» – Deltaker 2

Deltakerne beskriver at behandlingsforløpet er et samarbeid med pasienten, og at de ivaretar pasientens forventninger, ønsker og mål. Rollen som fysioterapeut handler i stor grad om å være støttespiller gjennom en prosess.

«Jeg ser for meg at de som har langvarige plager, har mista retning ... Jeg sier at jeg er en god guide. Jeg vet hva vi skal pakke, og når vi skal ta pause. Men det er du som går. Og i prinsippet så er det du som bestemmer hvor vi skal.» - Deltaker 6

Pasienter med langvarig smerte har ulike forutsetninger og behov, og deltakerne opplever at behandlingen må tilpasses den enkelte, også når det gjelder manuelle tiltak.

«Vi er nødt til å se hver pasient. De har forskjellige behov. Jeg har jo på en måte lært å bruke hue i forhold til individet, og ikke diagnosen ...» - Deltaker 5

Forskningen på manuelle tiltak oppleves som nyttig for å belyse mangelen på spesifisitet. Samtidig erfarer deltakerne at forskningen ikke fanger opp kompleksiteten i klinisk arbeid, hvor det er store individuelle forskjeller i hvordan pasientene responderer.

«Det er vanskelig å forske på manuelle teknikker. Smerte er så individuelt, og dermed vil utfallet også være individuelt. [...] Det er relasjonen jeg knytter med pasienten, hva de har opplevd før, hva de har hørt om før.» – Deltaker 1

Deltakerne bruker manuell behandling i varierende grad, og sjelden som eneste tiltak. Det kan være i perioder, ved behov, og ofte for å lettere gjennomføre mer aktive tiltak. Det handler ofte om å bygge tillit, eller lindre smerter før eller etter trening. Dette kan skape både trygghet og motivasjon hos pasientene. Deltakerne er opptatt av at målet med behandlingsforløpet er at pasientene håndterer situasjonen sin bedre.

«Det manuelle tiltaket må inn i et rammeverk som gjør at de klarer å håndtere dette selv. Sann at du også kan forklare det på en måte som gjør at pasienten går ut derfra med større grad av helseforståelse og større grad av trygghet i egen kropp.» - Deltaker 3

Felles forståelse rundt manuell behandling

Deltakerne uttrykker bekymring for hvordan manuelle tiltak kan bidra til å opprettholde behandlingsbehov, heller enn å fremme pasientens selvstendighet.

«Jeg vil jo si at det ikke er de manuelle tiltakene, men det er forklaringsmodellene som ligger bak som blir feil. Og da skaper du et veldig skjørt kroppsbilde»- Deltaker 3

Det kan handle om at pasienten får inntrykk av at den manuelle behandlingen må til for å korrigere strukturelle problemer, eller at behandlingen blir veldig ensidig og langvarig. Pasienten kan oppleve at de må ha den manuelle behandlingen for å fungere eller bli bedre.

«Det kan skape en slags avhengighet av det manuelle stimuliet, og en tro på at OK, bare jeg får nok av det, så blir jeg bra. Og den troen er jo ganske garantert å ikke bli innfridd» - Deltaker 2

Deltakerne erfarer at det er viktig med god kommunikasjon rundt manuell behandling, og at det er nyttig å avklare forventninger i begynnelsen av behandlingsforløpet. De forteller at de har behov for å reflektere over hvilken nytte behandlingen faktisk har. Dette er spesielt relevant hos pasienter med sammensatte plager og langvarige behandlingsforløp.

«Det er jo viktig å ikke overdosere, overbehandle. At man rygger litt innimellom og tenker seg litt om. Og liksom vurderer seg sjøl, da. Hva er nytten av det her?» - Deltaker 5

Deltakerne opplever at det kan oppstå konflikt mellom deres faglige vurdering og pasientens forventninger til behandlingen. Det kan handle om at pasienten ønsker manuell behandling som fysioterapeuten ikke anser som hensiktsmessig. Deltakerne forteller at de forsøker å skape felles forståelse med pasienten, og at de er tydelige på hva de kan bidra med.

«Akkurat det der er veldig vanskelig. Jeg prøver å forklare igjen og igjen. Jeg har noen som jeg har avslutta. Fordi jeg hører at du og jeg er ikke enige om hvordan dette skal gjøres, og hva som vil gi deg langvarig effekt.» - deltaker 1

Manuell behandling for å styrke relasjon og skape endring

Deltakerne understreker at de ikke ser på manuelle tiltak kun som biomekaniske verktøy. Det er heller generelle nevrofysiologiske prosesser og kontekstuelle faktorer som bidrar til smertelindring og avspenning. Manuell behandling kan være nyttig for å styrke relasjonen og skape større trygghet hos pasienten.

«Hvis en manuell teknikk blir noe som skal korrigere et eller annet ... Så vil det være et problem å forsvare tiltaket ... men hvis en manuell teknikk kan være en håndspåleggelse for å dempe spenningen, få ned pulsen, øke tryggheten, bedre alliansen, skape tillit ... Så er det jo masse rom for manuelle tiltak.» - deltaker 3

«Det er ofte ikke så farlig hvilke spesifikke teknikker vi bruker, men at det er et lindringspotensial i de fleste» - Deltaker 2

Deltakerne opplever at manuell behandling kan være inngangsporten for endring, og gjør pasientene mer mottakelig eller motivert for andre tiltak, spesielt når de har en positiv forventning.

Placebo er jo en fin ting ... Da har du en inngangsport der, ved å få de i gang med noe og prøve å få til en endring» - Deltaker 1

Deltakerne ser på hendene som et kommunikasjonsverktøy for å formidle empati og omsorg, gi en opplevelse av validering, og skape en god ramme for samtale med pasienten.

«For det å ligge med huet ned der kan være veldig bra bare for å få snakka litt» - Deltaker 1

Deltakerne bruker også manuelle tiltak for å hjelpe pasienten til å utforske og differensiere mellom ulike kroppslige signaler. Å bruke ord for å spørre, instruere eller forklare i kombinasjon med berøring kan gi økt kroppsbevissthet og selvforståelse.

«For å få folk til å få kontakt med sin egen kropp, på en annen måte ... Det er ikke nødvendigvis bare en passiv behandling, men en assisterende bruk av grep for å hjelpe pasienten å gjøre bevegelser eller gjøre avspenning eller gjøre aktiveringer, da.» - Deltaker 5

Deltakerne erfarer at manuell berøring kan fungere som eksponeringsterapi. Det handler om å bli trygg på å ta på eller bevege en vond kroppsdel, eller bli komfortabel med berøring etter traumeerfaringer.

«Du øker toleranse for belastning og du kan jobbe med dette med engstelse og usikkerhet. Det gjelder både ortopediske skader, og med underliggende, tyngre ting.»
- Deltaker 6

Deltakerne opplever at det å støtte pasienten i å erfare og lære gjennom kroppen, og å gi opplæring i selvberøring, kan bidra til at pasienten håndterer plagene sine bedre. Det å kjenne på en behagelig opplevelse i kroppen er svært viktig for enkelte. Berøring kan være terapeutisk i seg selv - en handling med lindrende og menneskeligjørende effekt. Deltakerne beskriver fysioterapeuter som en profesjonsgruppe med «lisens til å berøre». De opplever at denne rollen er svært viktig, og bør ivaretas og videreutvikles i faget.

«På palliativ avdeling, fysioterapeuten, og det med berøring, hvor utrolig viktig rolle det har i forhold til det å kunne oppleve noe annet i kroppen enn bare smerte.» - Deltaker 5

Deltakerne er bekymret for at fysioterapeutene gir slipp på sin unike kompetanse innen berøring. Fysioterapi som fag og praksis har noe verdifullt å tilby gjennom en trygg og empatisk kroppslig tilnærming – noe som andre helseprofesjoner i mindre grad ivaretar.

«Jeg kjenner jeg brenner for å bevare berøring i fysioterapien. Det er identitetsspørsmål rundt hva vi gjør. Det er en kjernekaraktistikk da, at vi kan kropp og sinn på mange måter.» - Deltaker 6

Manuell behandling beskrives som en «dans» som krever sensitivitet, ledelse og evne til å tilpasse seg pasienten, og det er nyttig å kunne ulike «danseformer». Dette handler ikke først og fremst om teknikk, men om relasjon og tilstedeværelse, og må læres på lik linje med andre ferdigheter.

«For det er jo absolutt en terapeutisk dans med pasienten. Det er fint å kunne danse på mange forskjellige måter. Ikke legg all identiteten i én form. Det er kunsten når du kan tilpasse deg den rytmen eller de behovene pasienten har.» Deltaker 6

Deltakerne opplever at begrepet «manuell behandling» i seg selv kan være begrensende fordi det bærer med seg en historie preget av en mekanisk tilnærming.

De ønsker en språklig og faglig «rebranding», der berøring forstås som en del av terapeutisk samspill, ikke som spesifikke, strukturelt rettede teknikker.

«Det er et stort konseptuelt skifte som har skjedd òg, som jeg føler utdanningsinstitusjonene ikke har forvalta godt nok. Vi skal fremdeles ta på folk, men vi gjør det av andre grunner. Gjøre det på andre måter, sant?» - Deltaker 6

Diskusjon

Studien har som formål å få dypere forståelse for fysioterapeuters erfaring med bruk av manuelle tiltak i behandling av pasienter med langvarige smerter. Resultatene fremhever viktigheten av å tilpasse behandlingen til den enkelte pasient, og å bruke manuelle tiltak som del av en helhetlig behandling. Bruk av manuelle tiltak kan ha negative konsekvenser hvis man ikke har en felles forståelse eller refleksjon rundt nytteverdi og mål. Fysioterapeutene kan bruke manuell behandling for å styrke den terapeutiske relasjonen og støtte aktiv deltakelse, kroppsforståelse og egenmestring. Disse perspektivene vil diskuteres i lys av relevant teori og forskning, med særlig vekt på betydningen av personsentrert praksis og berøringens rolle i fysioterapi.

Helhetlig og individuelt tilpasset behandling

Personsentrert behandling er anbefalt for langvarige smerter, og har blitt beskrevet som den praktiske anvendelsen av den biopsykososiale modellen (12). Dette handler om at man ser pasienten som et helt menneske, og tar hensyn til kroppslige, psykologiske og sosiale forhold for å forstå og håndtere helseutfordringene. Det betyr at man ser utover symptomer og diagnose, og legger vekt på pasientens livssituasjon, erfaringer, følelser og behov. I en slik tilnærming deles ansvar og beslutningsmakt mellom pasient og behandler, og det legges stor vekt på å bygge en trygg og støttende relasjon (13). Deltakernes erfaringer med pasientgruppen kan forstås i lys av en slik tilnærming.

Bruk av manuelle tiltak velges ofte ut fra at fysioterapeuten undersøker pasienten og identifiserer underliggende kroppslig problematikk. En slik tilnærming ivaretar ikke helheten og kompleksiteten hos pasienter med langvarige smerter, og kan indikere at manuelle tiltak ikke burde benyttes. Flere nyere studier argumenterer imidlertid for at man heller burde endre måten manuelle tiltak brukes på, og at de bør inngå i en personsentrert tilnærming (12,14,15). Pasienter med langvarige plager har ofte en sammensatt helsetilstand, og behandlingen bør derfor rette seg mot flere ulike aspekter (5,7). Når deltakerne i denne studien brukte manuelle tiltak, var det gjerne

integrert i annen behandling. Nyere studier peker på at bruk av manuell behandling bør inngå som del av en helhetlig behandlingsplan som kan inkludere edukasjon, samtaleterapi, fysisk aktivitet og strategier for egenmestring (12,15).

Forskning viser at individualisert behandling er avgjørende for en personsentrert tilnærming i fysioterapi (16). Fysioterapeuten må ta hensyn til pasientens forutsetninger, preferanser og mål når det kommer til valg av behandling (12,13). Dette kan stå i kontrast til anbefalinger i kliniske studier og retningslinjer som hovedsakelig omhandler den gjennomsnittlige pasienten, og ofte er knyttet til spesifikke diagnoser (12,17). Selv om retningslinjer for langvarige smerter vektlegger en personsentrert tilnærming, bygger anbefalingene ofte på forskning som ikke tar hensyn til pasientenes individuelle behov. Fysioterapeuter kan dermed oppleve en ambivalens mellom personsentrert og evidensbasert behandling (17). Evidensbasert fysioterapi handler om å benytte seg av best tilgjengelig kunnskap når man tar avgjørelser i klinisk praksis. Dette omhandler forskningsbasert kunnskap, men også om erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og preferanser. Det er derfor opp til fysioterapeuten å avgjøre hva som skal tillegges mest vekt for å gi pasienten best mulig behandling (19,20)

Lindring eller hindring?

Samvalg er en sentral del av personsentrert fysioterapi, der pasienten deltar aktivt i behandlingsforløpet. Dette krever at fysioterapeuten tar hensyn til pasientens preferanser og mål. Deltakerne i studien ser på behandlingen som et samarbeid, der fysioterapeuten er veileder fremfor ekspert. Samvalg kan forbedre kommunikasjonen og styrke den terapeutiske relasjonen.

Mange pasienter med langvarige plager ønsker manuell behandling, og har en forventning om god effekt (23). Deltakerne har opplevd utfordringer når pasientens forventning ikke samsvarer med deres faglige vurdering. Selv om det er viktig at pasientens verdier og preferanser er del av beslutningsgrunnlaget, har fysioterapeuten ansvar for å gi faglig forsvarlig behandling (20). Samvalg innebærer også en felles forståelse rundt årsaken til plagene og behandlingsmålene (19). Deltakerne i studien mener at utdaterte forklaringsmodeller og tilnærminger til manuell behandling kan bidra til å opprettholde et behandlingsbehov, og uhensiktsmessige mestringsstrategier.

Forståelsen pasienten har rundt egne plager er avgjørende for hvordan de opplever smertene og hvordan de håndterer dem (25,26). Negative oppfatninger kan bidra til

passivisering, bevegelsesfrykt og høyere nivåer av smerte, og kommunikasjon med helsepersonell kan bidra til å forsterke eller endre dette (26). Det er også en sterk sammenheng mellom hvilken årsak pasienten tillegger smertene sine, og hva de forventer at den manuelle behandlingen bidrar med (23). Det er derfor viktig for fysioterapeuter å ha god pasientsentrert og helsefremmende kommunikasjon rundt langvarige smerter og manuell behandling (15). Deltakerne i denne studien var opptatt av å ikke gi pasientene kompliserte og overmedikaliserte forklaringer, men forklaringer som ga mening i forhold til deres plager og større trygghet i egen kropp.

Det å kontinuerlig vurdere nytten av behandling er også noe deltakerne opplever som viktig. Valget om å bruke manuelle tiltak burde basere seg på samvalg, men også at det ikke er noen kontraindikasjoner for behandling (15). Dette innebærer at fysioterapeuten gjør en nøye vurdering av om behandlingen kan ha negative konsekvenser for pasienten. Det er også viktig å reflektere rundt nytteverdien og effekten av behandlingen. Fysioterapeuten bør forsikre seg om at målet med behandlingen samsvarer med tiltakene som brukes, og at de bidrar til mestring.

Fra korreksjon til relasjon

Tradisjonelt har manuelle tiltak basert seg på biomekaniske forklaringsmodeller der bruk spesifikke teknikker kan påvirke eller korrigere strukturelle problemer. Sammenhengen mellom langvarige smerter og strukturell patologi er derimot liten, noe som støtter at manuelle tiltak ikke burde benyttes ved langvarige smertetilstander (15). Nyere forskning viser likevel at effektene av manuell behandling er nærmere knyttet til nevrofysiologiske mekanismer og betydningen av kontekstuelle faktorer. Spesielt relevant er pasientens forventning til behandlingen, og relasjonen mellom pasient og terapeut (28). En god terapeutisk allianse kan i stor grad bidra til bedre helseutfall hos pasienter med langvarige smerter (29). Flere etterlyser derfor et mer moderne syn på manuelle tiltak både i praksis og utdanning, der man har en utvidet forståelse av hva det kan bidra med (14,15). Manuell behandling kan være et viktig virkemiddel for å styrke relasjonen med pasienten (29). Berøring har i seg selv potensial til å dempe kroppens stressrespons og fremme en følelse av trygghet og velvære. Gjennom berøring kan fysioterapeuten kommunisere omsorg, støtte og empati, noe som kan bidra til at pasienten føler seg sett, ivaretatt og utvikler en sterkere tillit til terapeuten. En slik relasjon er av stor betydning, da den kan forbedre pasientens etterlevelse av behandlingsplanen og øke motivasjonen for å delta i aktive tiltak (29,30). For pasienter med langvarige smerter, som ofte unngår fysisk aktivitet på grunn av økte smerter og frykt for forverring, kan

manuelle tiltak spille en viktig rolle (31). Ved å lindre smerteopplevelsen og skape en tryggere ramme for bevegelse, kan berøring bidra til å redusere unngåelsesatferd og øke deltakelse i aktivitet (12).

Manuelle tiltak blir ofte omtalt som «passive», og er assosiert med at fysioterapeuten utfører en behandling mens pasienten bare er mottaker (24). Deltakerne erfarer imidlertid at manuell behandling kan brukes slik at pasienten er aktivt deltagende, og lærer om kroppen og egne plager. Fysioterapeuten og pasienten kan utforske smerter sammen, og pasienten kan kjenne på ulike sensasjoner, som for eksempel forholdet mellom spenning og avspenning. Dette kan være nyttig å ta med seg som en mestringsstrategi videre. Det kan også føre til bedre kroppsbevissthet, som ofte er redusert hos pasienter med langvarige smerter. Gjennom trygg, bevisst berøring kan pasienten utvikle økt kontakt med egen kropp, og få erfaringer som styrker følelsen av sammenheng og kontroll (30,32).

Deltakerne snakker også om bruk av manuell behandling som en form for eksponeringsterapi. Berøring kan bidra til å støtte emosjonell regulering og redusere symptomer knyttet til traumeerfaringer. Opplæring i selvberøring kan også bidra til større opplevelse av mestring og evne til selvregulering (33). Det er imidlertid viktig å skape en trygg ramme rundt behandlingen. Fysioterapeuten må vise respekt og være oppmerksom på pasientens signaler (15,33). Deltakerne snakker om en terapeutisk «dans» med pasienten. Denne metaforen er også brukt av Bjorbækmo og Mengshoel (34) som omtaler betydningen av berøring i fysioterapi. Pasientene beskrev kroppslig nærhet som en viktig del av fysioterapien. Fysioterapeuten leder dansen, men er avhengig av pasientens respons og villighet til å delta. Gjennom affektiv berøring, pust, rytme og kroppslig kontakt etableres en felles plattform for samspill og kommunikasjon.

Metodediskusjon

Denne studien har et kvalitativt design med hermeneutisk forankring, der målet var å få dypere forståelse for fysioterapeuters erfaringer med bruk av manuelle tiltak ved langvarige smerter. Den kvalitative tilnærmingen er godt egnet til å få innsikt i komplekse fenomener, og semistrukturerte intervjuer gjorde det mulig å fange opp nyanser i deltakernes beskrivelser (10)

Forskerens faglige bakgrunn som fysioterapeut med kompetanse på langvarige smerter kan være en styrke ved studien. Dette bidrar til en dypere forståelse av fagfeltet, og gjør det lettere å stille relevante spørsmål og tolke nyanser i materialet. Samtidig kan denne forforståelsen føre til at egne erfaringer påvirker tolkningen av data. For å redusere denne risikoen ble refleksjon rundt egen forforståelse og samarbeid med veileder vektlagt gjennom hele analyseprosessen (10,35).

Utvalget består av seks erfarne fysioterapeuter som hovedsakelig arbeider på klinikker. Overførbarheten er dermed begrenset av et lite utvalg, og at opplevelsene til fysioterapeuter i andre kontekster kan være annerledes. Lang erfaring og kompetanse på langvarige smerter gjør likevel deltakerne godt egnet til å belyse problemstillingen. Studien gir dermed verdifull innsikt i hvordan fysioterapeuter anvender manuelle tiltak i møte med langvarige smerter (10,35)

Avslutning

Denne studien viser at fysioterapeutenes erfaringer med manuelle tiltak ved langvarige smerter beveger seg fra en biomekanisk tilnærming, til en mer relasjonell og personsentrert praksis. Manuelle tiltak er ikke en nødvendighet, men kan brukes som del av en helhetlig behandlingsplan hvis det tilpasses individuelle behov, preferanser og mål. Med utgangspunkt i en personsentrert tilnærming kan manuelle tiltak bidra til å støtte pasientens aktive deltakelse, styrke den terapeutiske relasjonen og øke pasientens trygghet og kroppsbevissthet. For å lykkes med dette er god kommunikasjon og hensiktsmessige forklaringsmodeller avgjørende.

Fysioterapeutene må evne å reflektere over egen praksis og nytteverdien av tiltakene de bruker. Studien understreker behovet for å ivareta fysioterapeutenes kompetanse på berøring, og integrere denne i en moderne forståelse av smerter og behandling. Videre forskning bør undersøke hvordan slike perspektiver faktisk implementeres i klinisk praksis, og hvordan utdanningsprogrammer best kan støtte fysioterapeuter i å utvikle trygg, bevisst og kontekstsensitiv bruk av manuelle tiltak.

Litteratur

1. Stubhaug A, Hansen JL, Hallberg S, Gustavsson A, Eggen AE, Nielsen CS. The costs of chronic pain—Long-term estimates. *Eur J Pain* . 2024;0(0). Tilgjengelig på: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ejp.2234>
2. Meisingset I, Vasseljen O, Vøllestad NK, Robinson HS, Woodhouse A, Engebretsen KB, mfl. Novel approach towards musculoskeletal phenotypes. *Eur J Pain*. mai 2020;24(5):921–32.
3. Healthcare Improvement Scotland. Management of chronic pain: a national clinical guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2019.
4. Lin I, Wiles L, Waller R, Goucke R, Nagree Y, Gibberd M, mfl. What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review. *Br J Sports Med*. januar 2020;54(2):79–86.
6. Page P. Making the Case for Modalities: The Need for Critical Thinking in Practice. *Int J Sports Phys Ther*. 2021;16(5):28326.
7. Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *The Lancet*. mai 2021;397(10289):2082–97.
9. Bondevik H, Bostad I. Tenkepauser filosofi og vitenskapsteori. 1., 7. opplag utg. Oslo: Akribe; 2020.
10. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag: en innføring. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
12. Keter D, Hutting N, Vogsland R, Cook CE. Integrating Person-Centered Concepts and Modern Manual Therapy. *JOSPT Open*. januar 2024;2(1):60–70.
13. Hutting N, Caneiro JP, Ong'wen OM, Miciak M, Roberts L. Patient-centered care in musculoskeletal practice: Key elements to support clinicians to focus on the person. *Musculoskelet Sci Pract*. februar 2022;57:102434.
14. Grenier JP, Rothmund M. A critical review of the role of manual therapy in the treatment of individuals with low back pain. *J Man Manip Ther*. 2024;32(5):464–77.
15. Kerry R, Young KJ, Evans DW, Lee E, Georgopoulos V, Meakins A, mfl. A modern way to teach and practice manual therapy. *Chiropr Man Ther*. 21. mai 2024;32(1):17.
16. Wijma AJ, Bletterman AN, Clark JR, Vervoort SCJM, Beetsma A, Keizer D, mfl. Patient-centeredness in physiotherapy: What does it entail? A systematic review of qualitative studies. *Physiother Theory Pract*. 2. november 2017;33(11):825–40.

17. Vieira A, Sventnickas SP, Mescouto K, Araújo MM de, Bertini AC. Challenges of person-centered care in physiotherapy for chronic pain: A qualitative metasynthesis. *Fisioter Em Mov.* 24. mars 2025;38:e38201.
19. Jamtvedt G, Hagen KB, Bjørndal A. Kunnskapsbasert fysioterapi: metoder og arbeidsmåter. 2. utgave. Oslo: Gyldendal; 2017.
20. Dahl-Michelsen T, Groven KS, Aadland E. Profesjonsetikk i ergoterapi og fysioterapi. Oslo: Samlaget; 2018.
21. Bomhof-Roordink H, Gärtner FR, Stiggelbout AM, Pieterse AH. Key components of shared decision making models: a systematic review. *BMJ Open.* desember 2019;9(12):e031763.
23. Thomas M, Thomson OP, Kolubinski DC, Stewart-Lord A. The attitudes and beliefs about manual therapy held by patients experiencing low back pain: a scoping review. *Musculoskelet Sci Pract.* juni 2023;65:102752.
24. Cook CE. The Demonization of Manual Therapy. *Thieme.* 2021;(25):125–32.
25. Brodal P. A neurobiologist's attempt to understand persistent pain. *Scand J Pain.* april 2017;15:140–7.
26. Caneiro JP, Bunzli S, O'Sullivan P. Beliefs about the body and pain: the critical role in musculoskeletal pain management. *Braz J Phys Ther.* 2021;25(1):17–29.
28. Keter DL, Bialosky JE, Brochetti K, Courtney CA, Funabashi M, Karas S, mfl. The mechanisms of manual therapy: A living review of systematic, narrative, and scoping reviews. *PLOS One.* 18. mars 2025;20(3):e0319586.
29. McParlin Z, Cerritelli F, Rossetini G, Friston KJ, Esteves JE. Therapeutic Alliance as Active Inference: The Role of Therapeutic Touch and Biobehavioural Synchrony in Musculoskeletal Care. *Front Behav Neurosci.* 30. juni 2022;16. <https://www.frontiersin.orghttps://www.frontiersin.org/journals/behavioral-neuroscience/articles/10.3389/fnbeh.2022.897247/full>
30. Geri T, Viceconti A, Minacci M, Testa M, Rossetini G. Manual therapy: Exploiting the role of human touch. *Musculoskelet Sci Pract.* 1. desember 2019;44:102044.
31. Vader K, Doulas T, Patel R, Miller J. Experiences, barriers, and facilitators to participating in physical activity and exercise in adults living with chronic pain: a qualitative study. *Disabil Rehabil.* 19. juni 2021;43(13):1829–37.
32. Louw A, Puentedura E, Schmidt S, Zimney K. Integrating manual therapy and pain neuroscience: twelve principles for treating the body and the brain. Minneapolis: OPTP; 2019. 262 s.

33. McGreevy S, Boland P. Touch: An integrative review of a somatosensory approach to the treatment of adults with symptoms of post-traumatic stress disorder. *Eur J Integr Med.* september 2022;54:102168.
34. Bjorbækmo WS, and Mengshoel AM. "A touch of physiotherapy" — the significance and meaning of touch in the practice of physiotherapy. *Physiother Theory Pract.* 2. januar 2016;32(1):10–9.
35. Kvale S, Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju.* 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2022.

Vedlegg 2

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Fysioterapeuters erfaring med manuelle tiltak i behandling av pasienter med langvarige smerter”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utforske fysioterapeuters holdninger og erfaringer knyttet til manuelle teknikker i behandling av pasienter med langvarige smerter. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Studiens overordnede formål er å utforske fysioterapeuters erfaringer med manuell behandling av langvarige smerter. Vi ønsker å utforske hva som påvirker fysioterapeutenes avgjørelser, hvilke opplevelser og erfaringer de har knyttet til bruken av manuelle teknikker, og hvilke utfordringer de eventuelt står ovenfor. Studien sikte på å bidra til økt kunnskap om hvordan manuell behandling praktiseres, samt å identifisere mulige områder for forbedring og videre forskning. For å oppnå dette vil vi utføre en kvalitativ intervjustudie der vår problemstilling er: «Hva er fysioterapeuters erfaringer knyttet til manuelle tiltak i behandling av pasienter med langvarige smerter»

Studien er en masteroppgave i klinisk helsevitenskap – sammensatte helsetilstander, og vil presenteres i artikkelform. Den vil presenteres på aktuelle konferanser eller andre fagarenaer dersom det blir aktuelt.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Sørøst-Norge er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du har blitt spurt om å delta i studien fordi du er fysioterapeut og har kunnskap og kompetanse på behandling av pasienter med langvarig smerte.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du ønsker å delta i dette prosjektet innebærer det at du setter av ca. 30-90 minutter til en samtale. Det er ønskelig at vi møtes fysisk, men intervjuet kan gjennomføres via videosamtale eller telefon hvis dette ikke er mulig. Det vil bli gjort lydopptak av intervjuet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet.

Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler personopplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det er kun student og veileder som vil ha tilgang til lydopptak og annet datamateriale.
- Vi vil benytte nettskjema for å ta lydopptak og transkribere intervju. Nettskjema et sikkert datafangstverktøy som benyttes for å samle inn, lagre og analysere data. Alt datamaterialet vi lagres her eller på en kryptert virtuell disk.
- Navn eller andre personopplysninger som eventuelt kommer frem i intervjuet vil erstattes med koder i tekstmaterialet.
- Alle deltagere vil bli anonymisert og skal ikke kunne gjenkjennes i eventuelle publikasjoner

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes 31.05.25 Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger slettes.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Sørøst-Norge har Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- Universitetet i Sørøst-Norge ved Nina Elisabeth Blegen, nina.eblegen@usn.no.
- Vårt personvernombud: personvernombud@usn.no

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via:

- Epost: personverntjenester@sikt.no eller telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Nina Elisabeth Blegen

Student

Kandidat 6025

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*fysioterapeuters erfaring med manuelle teknikker i behandling av pasienter med langvarig smerte*» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- ☐ å delta i intervju med lydopptak

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3

Intervjuguide

Fase 1	Presentasjon Presentere meg • Bakgrunn • Interesse for temaet Hensikten med oppgaven • problemstilling
Fase 2 -	Åpningsspørsmål Kan du begynne med å fortelle litt om din bakgrunn? • Hvor lenge har du jobbet som fysioterapeut? • Hvordan jobber du nå? • Jobber du med noen spesielle pasientgrupper? Hvordan fikk du interesse for smertebehandling? Hvilke kilder har du hentet mest inspirasjon fra når det kommer til din utøvelse av smertebehandling?
Fase 3	Manuelle tiltak i behandling av langvarig smerte Kan du fortelle litt om hvordan du behandler pasienter med langvarige smerter? Hvilke tanker har du om bruk manuelle tiltak i behandling av denne pasientgruppen? • Nytteverdi • Negative konsekvenser Eventuelt: <i>Hvordan har din bruk av manuelle teknikker endret seg i løpet av tiden du har jobbet?</i> Kan du reflektere rundt hvordan du avgjør hvilken behandling pasienten skal ha? Hva er det du vektlegger mest? Eventuelt: • <i>Hvilke forklaringer gir du til pasientene ved bruk av manuelle teknikker?</i>
	Manuelle tiltak – utfordringer Hvilke utfordringer opplever du knyttet til bruken av manuelle teknikker?

	Eventuelt: <i>Har du opplevd usikkerhet eller tvetydighet rundt bruken av manuelle teknikker? -I så fall hvordan?</i> Hvordan synes du bruken av manuelle teknikker bør reguleres?
	Manuelle tiltak – kunnskapsgrunnlag Hvilken kunnskap eller informasjon baserer du deg på i forhold til bruk av manuelle teknikker? Hvordan opplever du forskningen på manuelle teknikker og retningslinjer for behandling? Hvilken verdi har det for din praksis? Hvordan har du opplevd diskusjonene/debatten rundt manuell behandling i fagmiljøet de siste årene?
Fase 4	Oppsummere funn Er det noe annet du tenker det er viktig å ha fokus på når det gjelder dette temaet? Hvilket budskap tenker du det er viktig at jeg får frem? Særlig med tanke på om det er relevant og aktuelt for andre fysioterapeuters praksis
Fase 5	Avslutning Er det noe deltakeren lurer på? Opplevelser med dette intervjuet? Spørre om tillatelse til å ta kontakt for eventuell oppfølging/avklaring Takke for deltagelse

Vedlegg 4

Datamatrise

Trinn 1	Foreløpige temaer	
	En biopsykososial tilnærming	
	Manuelle tiltak som del av en helhetlig behandling	
	Usikkerhet rundt forskning og fagdebatt	
	Behandlingsavhengighet og forvaltningsansvar	
	Konflikt med pasientenes forventning	
	Forklaringsmodeller	
	Å kjenne og forstå kroppen gjennom deltagelse i manuell behandling	
Trinn 2	Kodegrupper	
	Manuelle tiltak som del av en helhetlig og individuelt tilpasset behandling	
	Utfordringer og dilemmaer knyttet til bruken av manuelle tiltak	
	Moderne forståelse og bruk av manuelle tiltak	
Trinn 3	Koder	Subgrupper
	Manuelle tiltak som del av en helhetlig og individuelt tilpasset behandling	Å se pasienten som et helt menneske Manuelle tiltak som del av en helhet
	Utfordringer knyttet til bruken av manuelle tiltak	Fysioterapeutens forvaltningsansvar Konflikt med pasientens ønsker
	Moderne bruk av manuelle tiltak	Moderne forklaringsmodeller Kommunikasjon og læring gjennom kropp Berøringens rolle i fysioterapi

Trinn 4	Hovedkategorier/funn	
	Å tilpasse behandlingen til den enkelte pasient Felles forståelse rundt manuelle tiltak Manuell behandling for å styrke relasjon og skape endring	

Høyeste abstraksjonsnivå – til diskusjon:

- Helhetlig og individuelt tilpasset behandling
- Lindring eller hindring?
- Fra korreksjon til relasjon

Vedlegg 5

Forfatterveiledning

Kvalitativ originalartikkel (fysioterapeuten)

Tittel. Tittelen skal være kort, favne innholdet, vekke interessen og angi forskningstilnærmingen. Omfang anbefales mellom 40 og 90 tegn (med mellomrom).

Omfang: 4200 ord

Innledning/bakgrunn. Skriv konsist, ikke mer enn 3-5 avsnitt. Først angi tema eller problemområde. Redegjør for bakgrunn og kontekst for og betydningen av forskningsspørsmål for fysioterapeuter. Angi eksplisitt hensikt eller formål som fokuseres og konkretises i forskningsspørsmål. Avslutt med grov angivelse av forskningstilnærmingen.

Teoretisk perspektiv og metodiske betraktninger. Gjør rede for og begrunn forskningstilnærmingen i forhold til forskningsspørsmålet. Redegjør for betydningen av forskerens egen rolle og forforståelse. Også redegjør for studiens planlagte perspektiv, eventuelt teoretisk perspektiv, dets betydning og relevans. Videre, redegjør for utvalgsstrategi og måten materialet ble produsert, håndtert og analysert på. Beskriv analysearbeidet fra teori eller empiri: tematisering, temaområder og kategorier. Ved feltarbeid er alltid form, innhold og varighet aktuelt. Ved person- og fokusgruppeintervju: tema-guide. Dokumenter selv-refleksjon og indiker hvordan robusthet, troverdighet, tillitsfullhet og metodisk repeterbarhet ble sikret.

Resultat/funn. Gi fylldige og rike belysninger og begrunnede utsnitt av det empiriske materialet, på en måte som syneliggjør det analytiske arbeidet. Gi sammenfatning av mønstre fra systematiske analyser av materialet, med sitater eller empiriske beskrivelser som underbygger sammenfatningene eller abstraksjonene. Skill tydelig mellom informantenes og forskerens stemmer og de ulike abstraksjonsnivåene.

Diskusjon. Innled med en kort oppsummering av det som er fremkommet i Resultat. Gi dernest en overgang til kritisk balansert diskusjon av:

(a) validiteten i forskningstilnærmingen

(b) betydningen av funnene for interessentene. Viktigst er betydningen for fysioterapipraksis.

Diskuter tydelig: innled avsnittene med et synspunkt, følg opp med begrunnelser imot, begrunnelser for (eller motsatt), før avsnittet rundes av med et filtrert eller oppsummert

synspunkt eller en delkonklusjon. Det empiriske materialet og arbeidets teoretiske perspektiv avgjør hvordan materialet tematiseres og hvilke perspektiver som er fruktbare for diskusjon. Dette innebærer at resultater og diskusjon ofte må gå parallelt. Uansett: vær tydelig i skillet mellom "funn" og diskusjon. Diskuter materiale, metode og betydning eller "nytteverdi" for interessenter av det studien frembringer.

Avslutning. Sammenfatt studiens validitet og funnenes betydning på høyeste abstraksjonsnivå. Konklusjonen skal belyse spørsmålene studien reiser ved hjelp av delkonklusjonene (fra Diskusjon). Avslutningen gis i termer som gjør at en forstår hva forskningsspørsmålet var. Foreslå gjerne forskningsveien videre.

Sammendrag og nøkkelord. Hovedinnholdet i artikkelen skrives i et sammendrag på cirka 200 ord. Strukturér det med stikkordene Spørsmål (eller hensikt), design, materiale, metode, resultat og konklusjon i fet skrift etterfulgt av kolon. Diskusjon utelates. Skriv informativt, ikke indikerende. Under sammendraget skal det gis 3 til 5 sentrale MeSH-termer som nøkkelord. Sammendraget skal oversettes så direkte som mulig fra norsk til engelsk. Det engelske skal også ha tittel.