

INNLEVERING AV BACHELOROPPGAVEN VED**OsloMet – storbyuniversitetet****Fakultet for helsevitenskap**

STUDIEPROGRAM:	Bachelorstudium i fysioterapi – studieretning mensendieck
EMNEKODE OG EMNENAVN:	MENDI 3900
KULL/KLASSE:	Kull 2017 – Klasse A
INNLEVERINGSDATO:	12.06.2020
VEILEDER:	Marit Fougner
EMNEANSVARLIG:	Marit Fougner
NORSK TITTEL:	Fysioterapeuters erfaring med smerteundervisning til pasienter med langvarige muskel-skjelettplager
ENGELSK TITTEL:	Physiotherapists experience with pain education for patients with chronic musculoskeletal pain
KANDIDATNUMMER:	839 og 846
ANTALL SIDER INKLUDERT FORSIDE/ EVT.ANTALL ORD	Antall ord: 10998

Sammendrag

Tittel: Fysioterapeuters erfaring med smerteundervisning til pasienter med langvarige muskel-skjelettplager

Formål: Målet med denne oppgaven er å få et innblikk i hvordan fysioterapeuter anvender smerteundervisning i klinisk praksis. Vi håper oppgaven kan bidra til økt kunnskap rundt temaet, og gi inspirasjon til andre behandlere sin fagutøvelse.

Problemstilling: Hva karakteriserer fysioterapeuters tilnærminger til smerteundervisning for pasienter med langvarige muskel- skjelettsmerter?

Metode: Vi benyttet kvalitativ metode med semi-strukturert intervju. Vi utførte intervjuer med tre fysioterapeuter om deres tilnærming til smerteundervisning. Intervjumaterialet ble transkribert og analysert, og danner grunnlaget for oppgavens resultat.

Resultat: Informantene vektlegger at pasientene og deres historie er utgangspunktet for å vurdere deres endringspotensiale, for å tilpasse undervisningen og for å ivareta brukermedvirkning. For at undervisningen skal være vellykket påpeker informantene viktigheten av en god relasjon med pasienten. De erfarer også at pasienter har behov for positive opplevelser i egen kropp, og at smerteundervisningen derfor bør gjennomføres i kombinasjon med annen behandling

Avsluttende betraktninger: Fysioterapeutenes tilnærming til smerteundervisning fremstår som mer pasientsentrert enn slik det gjenspeiles i forskning. Det blir i større grad tatt hensyn til pasientenes helseforståelse, kapasitet og interesse. Kunnskap om smerte anvendes i samtale og dialog gjennom behandlingsforløpet, slik at pasientene kan oppleve trygghet og mestring.

Nøkkelord: Smerteundervisning, Langvarige muskel-skjelettplager, Fysioterapi, Pasientsentrert behandling, Biopsykososial forståelse, Helsekompetanse, Terapeutisk allianse, Erfaringsbasert læring

Abstract

Title: Physiotherapists experience with pain education for patients with chronic musculoskeletal pain

Purpose: The aim of this study is to gain further insight into physiotherapists application of pain education in clinical practice. We hope this study will provide greater knowledge about the use of pain education, and inspire therapists in their professional practice.

Research question: What characterises physiotherapists approach to pain education for patients with chronic musculoskeletal pain?

Method: This study utilizes a qualitative design with semi-structured interviews. We conducted interviews with three physiotherapists about their approach to pain education. The content was transcribed and analysed.

Results: The informants emphasize that patients and their history are the starting point for assessing their potential for change, to individualize education, and to ensure user participation. For the teaching to be successful, the informants point out the importance of a good relationship. They also find that patients need positive experiences in their own body, and that pain education should therefore be conducted in combination with other treatments.

Final thoughts: The physiotherapists' approach to pain education appears to be more patient-centered than how it's reflected in research. The patients' health literacy, capacity and interests are taken into account to a greater extent. Knowledge of pain neuroscience are used in dialogue throughout the course of treatment to reduce fear and enhance coping.

Key words: Pain education, Chronic musculoskeletal pain, Physiotherapy, Patient centeredness, Biopsychosocial approach, Health literacy, Therapeutic alliance, Experiential learning

Forord

Arbeidet med denne oppgaven har vært omfattende og krevende, men også utrolig spennende og lærerikt. Vi opplever at det har gitt oss kunnskap som vil være veldig nyttig å ta med videre i møte med pasienter.

Spesielt vil vi rette en stor takk til våre informanter. Deres engasjement og kunnskap har vært avgjørende for oppgavens innhold, og har bidratt til at dette har vært en svært spennende og inspirerende prosess.

Vi vil også takke vår veileder Marit Fougner for raske og gode tilbakemeldinger som har vært til stor hjelp i vårt arbeid.

Familie og venner fortjener en takk for støtte og hjelp i forbindelse med gjennomføringen av denne oppgaven, vi vil særlig takke Elin Røkke for korrekturlesing og råd, og Kjetil Mjøs for tekniske ferdigheter og tålmodighet.

Sist, men ikke minst vil vi takke hverandre for et utfyllende og godt samarbeid, som har bidratt til at et sterkere bånd er knyttet.

Vi håper oppgaven kan bidra til kunnskap og inspirasjon.

God lesing!

Lier, 11. juni 2020

Kandidatnr. 839 og 846

Innhold

1. Innledning	3
1.1 Bakgrunn for valg av tema og formål med oppgaven	3
1.2 Problemstilling	4
1.3 Disposisjon	4
1.4 Begrepsavklaring	5
2. Teori	5
2.1 Smerte- fra biomedisinsk til biopsykososial forståelse	5
2.2 Smerteundervisning	9
2.3 Pasientsentrert behandling	10
3. Metode	13
3.1 Valg av metode	13
3.2 Valg av informanter	13
3.3 Datainnsamling	13
3.4 Bearbeiding, analyse og tolkning av data	14
3.5 Etske overveielser	15
3.6 Forforståelse	16
3.7 Metoderefleksjon	16
4. Resultat	18
4.1 Narrativenes betydning	18
4.2 Relasjon og tillit.....	23
4.3 Endret forståelse, trygghet og erfaring	25
5. Diskusjon	28
5.1 Narrativenes betydning	28
5.2 Relasjon og tillit.....	32

5.3 Endret forståelse, trygghet og erfaring	33
6.Konklusjon.....	35
6.1 Avsluttende betraktninger.....	36
Litteraturliste:	38

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Informasjonsskriv

Vedlegg 3: Datamatrise

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema og formål med oppgaven

Vi har i denne oppgaven valgt å se nærmere på smerteundervisning i behandlingen av langvarige muskel- og skjelettplager. Vår interesse for pasientgruppen har vokst gjennom tidligere arbeid innen helsevesenet, videreutdanning i smertebehandling, og underveis i fysioterapistudiet. Behandling av pasienter med langvarige smerter er noe vi har opplevd som både utfordrende og spennende.

Langvarige muskel-skjelettplager er svært utbredt nasjonalt og internasjonalt. Dette er et helseproblem som medfører stor lidelse og funksjonssvikt, og som resulterer i høye samfunnskostnader (Folkehelseinstituttet, 2018a; Helsebiblioteket, 2018; Malterud, 2010). 1 av 4 nordmenn oppgir til enhver tid plager knyttet til muskel- og skjelettsystemet, og det ser ut til at forekomsten stadig øker. Disse plagene er beregnet til å stå for 20% av det ikke-dødelige helsetapet i Norge, og er hovedårsaken til langtidssykefravær og uførhet (Folkehelseinstituttet, 2018b). Pasientgruppen er svært heterogen, og det er mange ulike faktorer som påvirker både sykdomsutvikling og prognose, noe som igjen stiller høyere krav til helsevesenets håndtering av disse plagene (Meisingset et al., 2020).

Utviklingen fra akutte til mer vedvarende smerteplager er enda ikke helt forstått, men i senere tid har forskning og ny smertevitenskap bidratt til et mer helhetlig syn på smerte som fenomen (Parker & Madden, 2020). Dette har også hatt innvirkning på tilnærmingen til disse plagene. Smerteundervisning er en form for pasientundervisning som er utviklet på bakgrunn av dette, og som er anvendt mer de senere år. Den baserer seg på en biopsykososial forståelsesmodell, og har som formål å påvirke pasientens forståelse av egne plager (Mittinty, Vanlint, Stocks, & Moseley, 2018; Louw, Zimney, Puentedura & Diener, 2016b). Man ønsker særlig å redusere katastrofetenkning og bevegelsesfrykt, og å legge til rette for at pasienten selv kan oppnå økt mestring av sine plager (Nijs et al., 2020). Første dokumenterte bruk av smerteundervisning på denne måten var i 1999 (Louw, Puentedura, Zimney & Schmidt, 2016a). Dette er altså en relativt ny behandlingsform, og den er under stadig utvikling (Moseley & Butler, 2015).

En oversiktsartikkel fra 2019 (Watson et al, 2019) så på smerteundervisning som enkeltstående tiltak, og konkluderte med at dette kunne bedre pasientens håndtering av

smerte. De så også en nedgang i pasientens bevegelsesfrykt og katastrofetenkning, men så imidlertid ingen signifikant endring i pasientenes smerte- og funksjonsnivå. Andre oversiktsartikler (Louw et al., 2016b; Marris, Theophanous, Cabezon, Dunlap & Donaldson, 2019) viste derimot effekt på smerte og funksjon når smerteundervisningen var kombinert med andre tiltak som aktive bevegelses-tilnærminger eller manuell behandling.

Vi har benyttet oss av smerteundervisning i vår praksis på poliklinikken ved OsloMet. Pasientene har stort sett virket positive, likevel har vi opplevd at det har variert hvor godt vi har klart å formidle det budskapet vi ønsket. Pasientundervisning om smerte anbefales ofte i behandling av langvarige muskel- og skjelettplager (Helsebiblioteket, 2016; Den Norske Legeforening, 2009; Bernstein, Malik, Carville & Ward, 2017), men det er sjeldent presisert hvordan dette bør gjennomføres. Dette har skapt en nysgjerrighet rundt temaet, og et ønske om å få større innsikt i hvordan mer erfarne behandlere anvender dette i klinisk praksis. Oppgaven baserer seg derfor på tre fysioterapeuters egne erfaringer med smerteundervisning til pasienter med langvarige muskel- skjelettplager.

Hva bør smerteundervisningen inneholde? Hvordan implementeres den i klinisk praksis, og er det noen utfordringer knyttet til dette? Formålet med denne oppgaven er å belyse disse spørsmålene gjennom følgende problemstilling;

1.2 Problemstilling

Hva karakteriserer fysioterapeuters tilnærminger til smerteundervisning for pasienter med langvarige muskel- skjelettsmerter?

1.3 Disposisjon

Denne oppgaven består av seks kapitler. Det første kapitlet er innledningen der vi presenterer vår problemstilling samt bakgrunn for valg av tema. Deretter vil vi legge frem relevant teori. Videre vil neste kapittel ta for seg metodevalg, gjennomføring av datainnsamling, etiske hensyn og metodekritikk. I det fjerde kapitlet presenterer vi våre resultater, som er tolkningen av vårt materiale fra intervjuene. Disse funnene vil så drøftes og diskuteres i lys av litteratur og teori i kapittel fem. Avslutningsvis presenteres oppgavens konklusjon og avsluttende betraktninger.

1.4 Begrepsavklaring

1.4.1 Langvarige muskel-skjelettplager

Kan defineres som smerter knyttet til muskel-skjelett apparatet som har hatt en varighet utover 3-6 måneder, og hvor den underliggende årsaken til smertene ofte er vanskelig å identifisere og/eller behandle (Fors, 2012).

2. Teori

I teoridelen vil vi se nærmere på temaene smerte, smerteundervisning og pasientsentrert behandling.

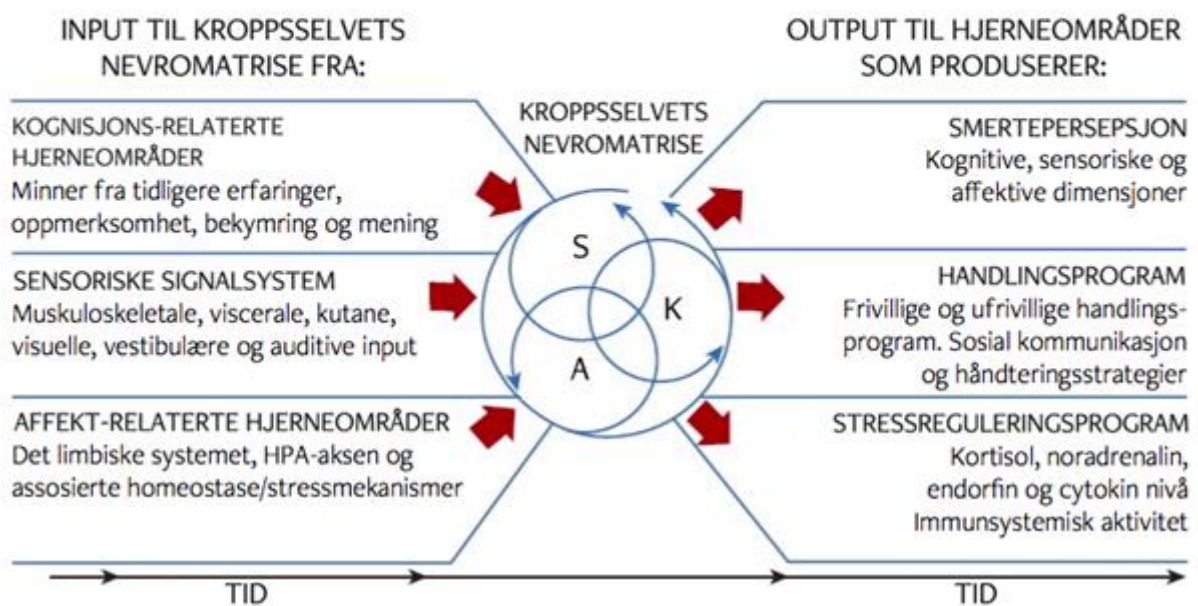
2.1 Smerte- fra biomedisinsk til biopsykososial forståelse

Gjennom historien har smerte som fenomen blitt forklart gjennom mange ulike teorier. René Descartes (1559-1650) var den første som oppdaget sammenhengen mellom det perifere nervesystemet og hjernen. Han hadde en teori om at ved skade ble signaler ført gjennom nervene fra den skadede kroppsdelene, til et spesifikt område i hjernen som da utløste smerte. Hvor stor skade som ble påført ble gjenspeilet i hvor sterk smerte man opplevde. Han satte et tydelig skille mellom det fysiske og det psykiske, og mente at kroppen var en slags “jordisk maskin”. Den var bebodd av en “rasjonell sjel” som styrte maskinen. Selv om teoriene til Descartes har blitt videreutviklet og sett i lys av moderne medisin og forskning, står fortsatt mye av dette sentralt i dagens biomedisin (Fors, 2012). Smerte forbindes med vevsskade, og det er fortsatt en alminnelig oppfatning at grad av vevsskade og smerteintensitet er sammenhengende (Jensen, Dahl & Arendt-Nielsen, 2013). Det var ikke før etter andre verdenskrig at man gjennom vitenskapelige og kliniske observasjoner kunne konkludere med at skadens alvorlighetsgrad og opplevd smerteintensitet ikke nødvendigvis samsvarer (Fors, 2012). Melzack & Wall kom i 1965 med sin “Gate Control Theory” som viste at smerte kan moduleres av aktivitet i ikke-nociceptive nervefibre. Dette var starten på omfattende nevrobiologisk smerteforskning som dannet grunnlaget for den kunnskapen vi har i dag. Nervesystemet er svært plastisk, og komplekst, og har mulighet til å både fasilitere og hemme

signaler som kan bidra til å påvirke smerte (Jensen et al., 2013; Fors, 2012). Disse mekanismene kan noen ganger føre til at nervesystemet blir oversensitivt, noe som igjen kan knyttes til langvarig smerteproblematikk (Fors, 2012; Brodal, 2017).

Melzack (2001) presenterte etter hvert sin “neuromatrix theory of pain” som forklarer at smerte er en multidimensjonal opplevelse som blir produsert på bakgrunn av respons i en rekke hjerneområder, og nevrale nettverk, “the body-self neuromatrix”. Dette nettverket kan påvirkes av sensorisk input, men også av en rekke andre stimuli som tanker, følelser, og tidligere erfaringer. Ulike situasjoner analyseres på bakgrunn av de forskjellige input man får, og hvis situasjonen blir evaluert til å være tilstrekkelig farlig eller truende, kan blant annet smerte produseres som et resultat.

NEVROMATRISSE TEORIEN



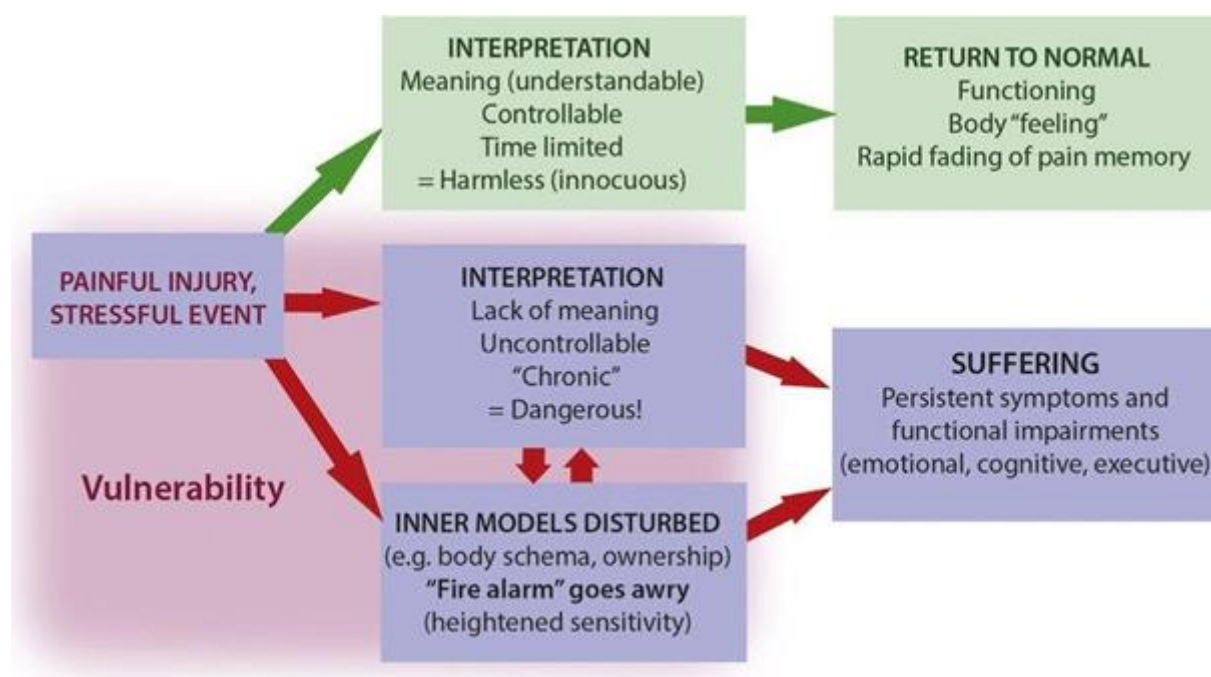
(hentet fra: <https://twitter.com/sigmik/>, 11.05.20).

Brodal (2017) trekker frem at nocisepsjon verken er tilstrekkelig eller nødvendig for å fremkalle smerte. Smerte er ikke en refleksiv respons på skade, men et resultat av en tolkning av kroppens tilstand, og en beskyttende mekanisme.

“Pain may be viewed as one among several alarms that serve to protect our physical or mental integrity by forcing us to change behaviour” (Brodal, 2017 s.143).

Han legger vekt på viktigheten av hvordan en person selv forstår sin egen situasjon, og hvilken årsak og mening man tillegger smertene. Mennesker er meningssøkende av natur, og egen forståelse av situasjonen kan påvirke hvordan smertene oppleves, hvordan man forholder seg til dem, og hvilke atferdsmønstre dette medfører. Dette er viktig med tanke på utviklingen av langvarige smerter:

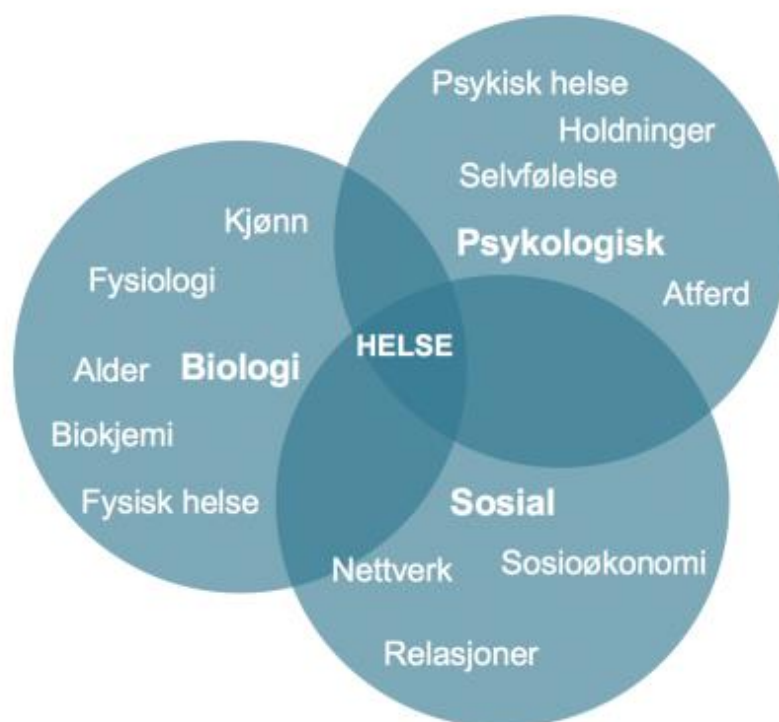
“Whether pain is felt and the intensity of suffering, however, depend critically on how the person perceives the situation. In other words, we must distinguish between the experience of pain and the meaning that the person gives to it” (Brodal, 2017 s.141).



(Brodal, 2017)

Som Brodal (2017) er inne på kommer man ofte til kort med en biomedisinsk reduksjonistisk forklaring når det gjelder langvarige smertetilstander (Fors, 2012). Man har etter hvert forstått at smerte kan være mye mer kompleks og sammensatt enn at det er en enkelt sykdom eller skade som ligger til grunn. Det har derfor de siste tiårene blitt mer vanlig å forstå helse og

smerte utfra den biopsykososiale modellen (Fors, 2012). Modellen sier at smerte involverer en kompleks og variabel interaksjon mellom mange ulike faktorer som kan kategoriseres som biologiske, psykologiske eller sosiale. Smerteopplevelsen kan altså påvirkes av kroppslige forhold som skade, nocisepsjon, inflammasjon og genetikk, men også av kognitive aspekter som hva vi tenker og føler, hvilken kunnskap vi har, våre tidligere erfaringer og assosiasjoner, hva vi sier og hva vi gjør. I tillegg vil det påvirkes av miljøet og situasjonen rundt oss og hvilke forhold vi lever under. Det vil påvirkes av relasjoner, kultur og samfunn (Moseley & Butler, 2017). Smerte kan derfor oppleves svært forskjellig, ikke bare for ulike personer, men også for samme person i ulike situasjoner (Fors, 2012). Smerte er en individuell og personlig opplevelse. Den er alltid reell, og det den enkelte person sier at det er (Moseley & Butler, 2017, Brodal, 2017).



(Den biopsykososiale modellen, hentet fra: helselosen.no)

2.2 Smerteundervisning

«Smerteundervisning» i denne oppgaven referer til et spekter av ulike undervisningsintervensjoner, som har som mål å endre pasienters forståelse om prosessene som forårsaker, opprettholder og modulerer smerte. Moderne smerteforskning ligger til grunn for å opplyse pasienter om den biopsykososiale naturen til langvarige smerter, og for å optimalisere pasientenes kunnskap om smerte (Moseley & Butler, 2015; Nijs et. al, 2020). Denne formen for pasientundervisning tilegnes flere ulike navn i den engelske litteraturen. Blant annet “Explain Pain”, “Pain Neuroscience Education” og “Therapeutic Neuroscience Education”.

Smerteundervisning har stadig blitt mer utbredt, og samtidig har det blitt lagt mer vekt på evidensbasert behandling innenfor fysioterapi. På bakgrunn av dette har forskere fra begynnelsen av 2000 -tallet undersøkt effekten av smerteundervisning i RCT- studier, og etter hvert i systematiske oversikter og metaanalyser (Louw et al., 2016b). Det konkrete innholdet i smerte undervisningen, og måten det blir gjennomført på varierer i de ulike forskningsstudiene. Undervisningen kan foregå i grupper eller en til en, og noen ganger i form av nettbasert undervisning eller via undervisningsmateriale deltakerne selv leser (Louw et al., 2016b; Malfliet et. al, 2017). Varigheten på undervisningen er alt fra 30 minutter til 4 timer, men det ser ut til at de nyere studiene typisk benytter seg av kortere tid. Det er også forskjell når det kommer til antall undervisningstimer, men vanligst er 1 til 3 ganger fordelt på alt fra 4 til 12 uker (Marris et al., 2019; Malfliet et al., 2018). Når det gjelder innhold i smerteundervisningen er det også en viss grad av variasjon, men vanlige temaer som blir dekket er smertens nevrofysiologi, perifer og sentral sensitisering, nervesystemets plastisitet, og hvordan psykososiale faktorer kan påvirke smerte. Flere studier brukte boken til Moseley & Butler (2003), “Explain Pain”, som utgangspunkt for undervisningen. Det blir også brukt ulike virkemidler for undervisning i enkelte av studiene, som for eksempel PowerPoint presentasjoner, videofilmer og infoskriv. I tillegg beskriver noen at innholdet skal legges frem på en forståelig måte, gjerne med bruk av metaforer (Louw et al., 2016b). Smerteundervisning blir kombinert med andre behandlingsformer i de fleste studiene.

2.3 Pasientsentrert behandling

Pasientsentrert behandling skal samsvare med pasientens verdier, behov og ønsker (Constand, MacDermid, Dal Bello-Haas & Law, 2014), og har i løpet av de siste tiår blitt mer vektlagt innen pasientundervisning (Forbs, Mandrusiak, Smith & Russell, 2018). Dette innebærer at pasienten har fått en mer sentral rolle i kunnskapsdelingen, der læringsstrategier møter pasientens behov og preferanser. Dette har vist flere positive effekter, som økt motivasjon hos pasienten, bedre forståelse av egen situasjon, økt etterlevelse og bedre helseutfall (Forbs et al., 2018).

Wijma et al. (2017) undersøkte i sin oversiktsartikkel hva pasientsentrert tilnærming innebærer i fysioterapi. De kom frem til at noe av det mest sentrale var at alle aspekter av behandlingen var individualisert. I tillegg kom det frem som viktig at pasienten fikk relevant informasjon knyttet til sin situasjon gjennom hele forløpet, og at behandlingen var rettet mot pasientdefinerte mål. Dette for å støtte pasienten og å bidra til økt Empowerment (Wijma et al., 2017).

2.3.1 Brukermedvirkning og Empowerment

Brukermedvirkning er sentralt for en pasientsentrert tilnærming. Dette bygger på en likeverdig relasjon mellom terapeuten og pasienten, der pasienten gis informasjon og er delaktig i diskusjoner og beslutningsprosesser som angår han eller henne (Jamtvedt, Hagen & Bjørndal, 2015; Helsedirektoratet, 2017).

Pasienten er ofte ekspert på sin egen sykdom og sine plager, og pasientens erfaringer og behov er viktige i avgjørelser som tas i behandlingen (Jamtvedt et al., 2015). Pasientens delaktighet er en forutsetning for kunnskapsbasert fysioterapi (Tveiten, 2016), som handler om å utvikle kvaliteten på den kliniske praksis ved å styrke beslutningsgrunnlaget til helsearbeidere, og å bevisstgjøre hvor kunnskap hentes fra (Bentsen, 2019).

Brukermedvirkning regnes også for å ha en egenverdi ved å gi pasienter mulighet til å styre viktige deler av eget liv (Jamtvedt et al., 2015). Empowerment kan oversettes til myndiggjøring, eller «å gjøre sterk» og er nært knyttet til brukermedvirkning. Dette er en ressursfokusert tilnærming og handler om å styrke pasientens egenkraft, makt og myndighet

over sitt liv (Helsedirektoratet, 2018), og er viktig for å fremme pasientens evne til å mestre helseutfordringer og belastende livssituasjoner (Tveiten, 2016).

Mestring avhenger også av følelse av kontroll (Tveiten, 2016), noe som er sentralt innen Antonovskys salutogene perspektiv på helse. Salutogenese handler om faktorer som bidrar til god helse, og hva som gjør at vi ikke blir syke. Antonovsky introduserte i denne sammenhengen begrepet “Sense of Coherence”, oversatt til “opplevelse av sammenheng” på norsk. Dette handler om en persons motstandskraft og mestringsevne, og oppnås når en person opplever tilværelsen som meningsfull, forståelig og håndterlig (Tveiten, 2016).

2.3.2 Helsekompetanse og sosioøkonomisk status

Helsekompetanse kan defineres som kognitive og sosiale ferdigheter som er nødvendige for å kunne tilegne seg, forstå, og bruke helseinformasjon for å fremme eller opprettholde god helse (Smith, Dixon, Trevena, Nutbeam, & McCaffery, 2009; Wittink & Oosterhaven, 2018). Det kan også omhandle pasienters evne til å interagere med helsepersonell, og aktivt delta i behandling, slik man ønsker gjennom en pasientsentrert tilnærming (Smith et al., 2009). Mindre grad av helseforståelse ses ofte hos mer belastede grupper i samfunnet, med lav sosioøkonomisk status og lavt utdanningsnivå. Evne til å forstå kompleks informasjon, og å uttrykke egne ønsker og preferanser stiller høyere krav til pasienten. Dette kan medføre at pasienter med lavere helseforståelse har større utfordringer med å involvere seg i egen behandlingsprosess (Smith et al., 2009).

Ifølge Smith et al. (2009) sin studie er det viktig for pasienter å få god og relevant informasjon om egen tilstand. De med lavere helsekompetanse følte imidlertid at de noen ganger ble overøst av informasjon, og at den kunne være vanskelig å forstå. Hos disse pasientene er det derfor ekstra viktig med god kommunikasjon (Wittink & Oosterhaven, 2018). Uavhengig av grad av helsekompetanse opplever pasienter at en god relasjon med terapeuten er avgjørende for hvor mye de medvirker i behandlingsforløpet. Pasienter med lav helsekompetanse legger særlig vekt på terapeutenes mellommenneskelige kommunikasjonsegenskaper for å oppnå god relasjon. Hvis disse pasientene føler seg sett, hørt og forstått blir de også mer selvsikre på å delta mer aktivt i egen prosess (Smith et al., 2009; Wittink & Oosterhaven, 2018).

2.3.3 Pasientsentrert kommunikasjon

Eide og Eide (2017) skriver at god profesjonell kommunikasjon innenfor helsearbeid er pasientsentrert og faglig forankret. Pasientsentrert kommunikasjon handler om at man ikke utelukkende fokuserer på smerter, eller plager. Man må se pasienten som en hel person med egne prioriteringer, ønsker og mål når det gjelder egen helse og situasjon. Pasientsentrert kommunikasjon skal ha et helsefremmende formål, og bidra til mestring. Det er derfor viktig å kartlegge pasientens ressurser og muligheter (Finseth, 2014; Eide & Eide, 2017).

Finset (2014) påpeker at i begynnelsen av samtalen er det viktig å gi et godt førsteinntrykk. Det innebærer å være imøtekommende, å vise aktiv interesse, og å få pasienten til å føle seg sett og hørt. Dette bidrar til å skape kontakt og bygge tillit. Terapeuten må gi pasienten tid og anledning til å fortelle sin historie, og hva som er viktig for dem. Det er også nyttig å oppsummere eller spørre, for å forsikre seg om at man har forstått pasienten riktig.

Terapeuten bør utforske pasientens egen forståelse av sin situasjon. Man bør kartlegge pasientens bekymringer, og få et grunnlag for å forstå hvilke faktorer som kan innvirke på plagene (Finset, 2014; Eide & Eide, 2017). Terapeuten bør gi informasjon om pasientens tilstand, også om relevante psykososiale faktorer og hvordan de kan påvirke. Forklaringene bør være enkle og forståelige for pasienten, og man bør ikke gi for mye informasjon av gangen. Det kan også være hensiktsmessig å undersøke hva pasienten har forstått, f.eks. ved å be dem fortelle hvordan de ville forklart det til en pårørende (Finset, 2014; Wittink & Oosterhaven, 2018).

Terapeuten kan ta utgangspunkt i pasientens ressurser og diskutere med pasienten hva han eller hun selv kan gjøre for å mestre sykdommen bedre, og alle beslutninger bør gjøres i samarbeid med pasienten. Kommunikasjonsferdigheter er viktig underveis i hele samtalen. Det er spesielt viktig å vise innlevelse og empati for pasienten. Terapeuten må lytte aktivt, og også være oppmerksom på non-verbal kommunikasjon og hva pasienten egentlig prøver å uttrykke. Det er viktig å anerkjenne pasientens bekymringer og følelser slik at de føler seg hørt og forstått (Finseth, 2014). God kommunikasjon fremmer pasienttilfredshet, gir bedre etterlevelse hos pasienter og kan bidra til et bedre behandlingsresultat. (Finseth, 2014)

3. Metode

I dette kapitlet vil vi begrunne valg av metode og beskrive innsamling og bearbeiding av datamateriale. Vi vil også redegjøre for hvilke etiske hensyn vi har tatt, og kritisk vurdere oppgavens fremgangsmåte.

3.1 Valg av metode

Metode har blitt beskrevet som en fremgangsmåte for å frembringe ny kunnskap eller etterprøve påstander (Dalland, 2007). Med utgangspunkt i vår problemstilling, har vi valgt å benytte oss av kvalitativt forskningsintervju som metode. Den kvalitative metode tar sikte på å undersøke og beskrive menneskers opplevelser og erfaringer (helsebiblioteket, 2016), og kan presentere nyanser og subjektivitet i større grad enn kvantitative metoder (Malterud, 2017). Vårt mål var å få en bedre forståelse av hvordan smerteundervisning kan benyttes i behandling av pasienter med langvarige muskel- og skjelettplager. Vi ønsket å innhente opplysninger om fysioterapeuters perspektiver og erfaringer knyttet til dette, og valgte derfor semi-strukturert individuelt intervju som fremgangsmåte (Malterud, 2017).

3.2 Valg av informanter

Hvilke intervjupersoner man velger avhenger av hva man ønsker svar på. For best mulig å belyse problemstillingen vår gjorde vi et strategisk utvalg der vi kontaktet fysioterapeuter som vi hadde kjennskap til gjennom ulike plattformer, og som vi tenkte hadde kunnskap om, og erfaring med temaet (Malterud, 2017). Rekrutteringen av informantene skjedde gjennom kontakt via e-post.

I kvalitative studier der man ønsker å gå i dybden behøver ikke antall intervjupersoner å være for omfattende (Dalland, 2007, s 149). Vi begrenset derfor antallet til tre informanter, for å få et bedre inntrykk av hver fysioterapeuts subjektive oppfatning og tanker rundt temaet.

3.3 Datainnsamling

3.3.1 Forberedelser

I forkant av intervjuene lagde vi en intervjuguide (Vedlegg 1). Dette var et fint verktøy for å holde oversikten over temaene vi ønsket data om (Malterud, 2017). Det gjorde oss også både faglig og mentalt bedre forberedt til møtet med intervjupersonen. Vi ønsket en åpen plan for intervjuet, og utarbeidet en semi-strukturert guide. Denne bestod av en oversikt over temaene vi ønsket å belyse, med problemstillingen i fokus. Under hvert tema hadde vi en blanding av åpne og lukkede spørsmål, med rom for at nye spørsmål kunne dukke opp underveis i samtalen.

Før gjennomføringen av intervjuene ble vi enige om at en av oss skulle lede samtalen, og at den andre hovedsakelig skulle ta notater, og supplere med oppfølgingsspørsmål.

3.3.2 Gjennomføring

Intervjuene ble gjort over telefon, da personlig møte ikke lot seg gjennomføre på grunn av den pågående Covid 19-pandemien. Verken videosamtale eller lydopptak var et alternativ da vi ikke hadde nok tid til å søke til NSD om tillatelse. Derfor ble alle notater tatt for hånd, og av et stemmestyrte skriveprogram. Intervjuene varte mellom en og to timer, og begge studentene var til stede under alle tre intervjuene.

3.4 Bearbeiding, analyse og tolkning av data

Analysen i en kvalitativ studie består i å stille spørsmål om hva materialet kan fortelle om det vi undersøker, og å organisere dataene systematisk i lys av dette. Det bidrar til at svarene kan gjenfortelles på en forståelig og relevant måte, og er med på å sikre resultatenes troverdighet (Malterud, 2017).

I vårt analysearbeid valgte vi å ta utgangspunkt i Malteruds (2017) metode for systematisk tekstkondensering¹. I etterkant av intervjuene fulgte bearbeiding av datamaterialet. Like etter hvert intervju skrev vi begge ned umiddelbare tanker og refleksjoner, og oppsummerte det vi anså som intervjuenes hovedinnhold. Dette gjorde vi for å få et helhetsinntrykk av materialet. Vi var enige om hva de ulike intervjuene handlet om når vi hadde skrevet egne refleksjoner,

¹ Denne gjennomføres i fire trinn; 1) få et helhetsinntrykk, 2) identifisere meningsdannende enheter, 3) abstrahere innholdet i de meningsdannende enhetene til kondensater, og 4) sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2017).

og kom frem til tre hovedtemaer. Reinskriving av notatene skjedde raskt etter hvert intervju, slik at vi på best mulig måte kunne ivareta meningsinnholdet i samtalen.

Med en mer bearbeidet transkripsjon, startet jobben med å plukke ut det vi anså som meningsbærende enheter². Disse ble deretter systematisert under hovedtemaene som ble til kodegrupper. Innholdet i hver kodegruppe ble deretter sortert under 2-3 subgrupper, som videre ble skrevet om til kondensater³. Kondensatene ble utgangspunktet for en analytisk tekst og sammenfatning av materialet. Disse tekstene, med tilhørende sitater, ble grunnlaget for resultatkategoriene i oppgaven. Helt til slutt leste vi gjennom materialet fra intervjuene på nytt, for så å validere funnene i analysen opp mot sammenhengen de var hentet ut ifra. Dette analysearbeidet har vært en sirkulær prosess, der vi stadig har gått tilbake og gjort endringer i tidligere trinn.

3.5 Etiske overveielser

Oppgaver som handler om mennesker krever etiske overveielser, og forskningsetikk dreier seg i stor grad om å beskytte deltakerne. Ivaretagelse av personvern og anonymitet er særlig viktig, og stiller krav til informert samtykke (Malterud, 20017). Dette innebærer at deltakerne skal vite nok om prosjektet til å kunne ta stilling til om hun eller han ønsker å bidra med kunnskap. Det skal også opplyses om hva deltagelse innebærer for informantene. Et informasjonsskriv, utarbeidet etter mal fra NSD (NSD, 2020), ble lest opp og nøye gjennomgått over telefon i forkant av intervjuene (Vedlegg 2). Muntlig samtykke ble gitt av alle tre informantene.

Personopplysninger har blitt behandlet på en måte som gjør at de ikke kan spores tilbake til personene. Informantene er anonymisert gjennom hele oppgaven, og den eneste informasjonen som blir oppgitt omhandler hvordan de jobber. Vi anser ikke disse opplysningene som tilstrekkelige til å identifisere informantene.

² Dette er tekstbiter som bærer med seg kunnskap som belyser ett eller flere av hovedtemaene (Malterud,2017)

³ Et kunstig sitat, som sammenfatter innholdet av de meningsbærende enhetene i hver subgruppe (Malterud, 2017)

3.6 Forforståelse

I den kvalitative metoden vil forskerens forståelse av et fenomen påvirkes av tidligere erfaringer, hypoteser, faglige perspektiv og teoretiske referanserammer (Malterud, 2017), og det er viktig at vi erkjenner betydningen av vårt ståsted underveis i forskningsprosessen. Samtidig er en god forforståelse viktig for å i større grad kunne fange opp det som er relevant, og for å stille gode oppfølgingsspørsmål under intervjuet (Dalen, 2011).

Vår forforståelse knyttet til temaet i oppgaven baserer seg på kunnskap fra fysioterapiutdanningen ved OsloMet. En av oss har tidligere erfaring innen helsefaglig yrkespraksis, og videreutdanning innen smertebehandling. I tillegg har vi lest mye litteratur om temaet i forkant at prosjektet.

På bakgrunn av kunnskapen vi hadde om smerteundervisning visste vi likevel lite om hvordan dette anvendes i praksis. Vi hadde forventninger om at det kunne brukes på forskjellige måter, og da ikke nødvendigvis slik det beskrives i forskning, eller slik vi selv har utført det i praksis. Vår oppfatning om, og positive holdning til smerteundervisning hadde nok preget forventningene til intervjuene. Da den ene informanten fortalte tidlig i intervjuet at han hadde en del forbehold mot smerteundervisning tok samtalen en noe annen retning enn forventet. I etterkant har vi sett at dette har bidratt til mye refleksjon rundt temaet, og har tilført nyanser og interessante synsvinkler i oppgaven.

3.7 Metoderefleksjon

«Vitenskapelig kunnskap skal være et resultat av systematisk, kritisk refleksjon, til forskjell fra tilfeldige inntrykk eller selvbekreftende påstander» (Malterud, 2017, s.17).

I en kvalitativ tilnærming bør metodiske refleksjoner være en integrert del av undersøkelsen, slik at man kan oppdage svakheter ved fremgangsmåten. Dette vil være med på å styrke kunnskapens gyldighet (Malterud, 2017; Dragset & Ellingsen, 2017).

Arbeidsfordelingen, som tidligere beskrevet, ble fulgt gjennom samtlige intervjuer og fungerte godt. Vi opplevde at vi fikk god kontakt med informantene og at samtalen fløt lett. Vår manglende erfaring med forskning og intervju har nok vært med på å prege prosessen. Særlig ved semistrukturerte intervjuer stilles det krav til intervjuernes evne til å styre samtalen

slik at det blir relevant for problemstillingen (Dalland, 2007). Temaet «langvarige smerter» er svært omfattende, og noe både vi og informantene opplever som engasjerende og interessant. Samtalen som i stort sett var ledet av åpne spørsmål hadde derfor en tendens til å spore litt av. Vi kunne ha avbrutt og styrt samtalen i større grad, men både vår respekt for informantene og vår nysgjerrighet gjorde at vi i deler av intervjuene ble mer passive. Her var intervjuguiden god å ha for å hente seg inn igjen.

Underveis i intervjuene var vi begeistret over all informasjonen vi fikk, og anså den som svært nyttig for oppgaven. Informantene våre er kunnskapsrike og har et bredt faglig engasjement. I etterkant har vi sett at samtalene til en viss grad var preget av normative⁴ svar om hvordan fysioterapeutiske tiltak bør utøves, og vi har innsett at vi kunne ha vært flinkere til å styre samtalen mer mot informantenes personlige erfaringer. Da vår problemstilling omhandler personlige tilnærminger kan dette ha påvirket datamaterialets gyldighet (Dalland, 2007). Vi mener imidlertid at innholdet i intervjuene var såpass omfattende og innholdsrikt at vi også har klart å fange opp tilstrekkelig grad av personlige erfaringer. I tillegg til intervju kunne observasjon av informantenes praksis også ha bidratt til å sikre resultatenes gyldighet ytterligere (Dragset & Ellingsen, 2017).

At vi ikke kunne benytte oss av lydopptak kan også ha bidratt til at vi gikk glipp av meningsinnhold i intervjuet, noe som også kan ha påvirket gyldigheten til materialet (Dragset & Ellingsen, 2017). Likevel har tale-til-tekst-programmet fanget opp mesteparten av intervjuene, og i kombinasjon med våre notater mener vi at vi har fått med tilstrekkelig meningsinnhold.

Refleksivitet gjennom analysen, og at analysen pågår helt frem til oppgaven er ferdig, er ifølge Malterud (2017, s. 82) avgjørende for den vitenskapelige kvaliteten av materialet. Analysearbeidet som fulgte, opplevde vi som en krevende prosess. Selv om vi var enige om hovedinnholdet i intervjuene, synes vi det var utfordrende å dele det inn i definerte temaer, da disse er tett knyttet sammen. Dette har ført til mye diskusjon og refleksjon gjennom hele analysearbeidet, og vi har stadig gått tilbake og endret struktur og begreper i datamatriksen

⁴ Vurderende utsagn (hvordan ting bør være), motsetning til beskrivende/deskriptive utsagn (snl.no, 2019)

(Vedlegg 3). Vi mener fortsatt at temaene vi trekker frem i resultatdelen ikke kan ses uavhengig av hverandre.

4.Resultat

Som beskrevet i metoden har vi gjennom en analyse av datamaterialet fra intervjuene funnet fellestrekk i informantenes erfaringer som vi mener belyser vår problemstilling. Alle fysioterapeutene har en spesiell interesse for smertefeltet, og har erfaring med behandling av langvarige muskel-skjelettplager. Informant 1 jobber som fysioterapeut i privat praksis, og er i tillegg trener for idrettsutøvere. Informant 2 er manuellterapeut, og jobber på et fysikalsk institutt med driftstilskudd. Informant 3 jobber på smertepoliklinikk i spesialisthelsetjenesten. Vi har kommet frem til tre overordnede temaer som vi mener alle informantene vektlegger i sin tilnærming til pasienter med langvarige muskel-skjelettplager, og som sier noe om deres erfaring med smerteundervisning. Temaene vi har kommet frem til er “*Narrativenes betydning*”⁵, “*Relasjon og Tillit*”, og “*Endret forståelse, trygghet og erfaring*”.

4.1 Narrativenes betydning

4.1.1 Individualisering og brukermedvirkning

Alle informantene vektlegger betydningen av pasientens historie når de skal behandle pasienter med langvarige muskel-skjelettsmerter. Da handler det ikke bare om å fange opp pasientens plager, men å se hele pasienten og dens livssituasjon. Informant 2 utdyper:

«smerte handler om veldig mye mer enn smerte..skal du påvirke smerte så må du ta tak i veldig mange andre faktorer enn smerte direkte. Du må ta tak i det kontekstuelle, det psykologiske, det sosiale...»

⁵ Narrativ: ‘fortelling’ (i flertall: *narrativ* eller *narrativer*), i denne sammenhengen pasientens egen fortelling eller historie, og betydningen av å fange opp den (sprakradet.no)

De trekker frem viktigheten av å kartlegge pasientens oppfattelse av egen situasjon og hva dette betyr for dem. I tillegg er de opptatt av å fange opp pasientens ønsker og verdier:

«Hva er det de selv tror er årsaken til smertene?...» Hva er viktig for deg? Hvilken person ønsker du å være, om det ikke hadde vært for den dumme smerten som har stoppet hele livet ditt?» - Informant 3

Informant 1 nevner at noe av ferdighetene for å gjøre en god undervisning ligger i å plukke opp de elementene i anamnesen som man tenker det er viktig å adressere. Informantene påpeker at smerteundervisning ikke skal være et fast oppsett, men at den skal individualiseres og være relevant for pasientens situasjon. Informant 3 sier:

«Det skal ikke være en teoretisk undervisning på 30 minutter. Jeg må finne ut hva pasienten trenger, og hvilket nivå den er på, hvilken modell jeg kan velge...så tar vi det i dialog».

De påpeker at pasientene er veldig forskjellige, og at all undervisning ikke passer for alle. Informant 1 forteller også at han er forsiktig med å kalle det “smerteundervisning”, og informant 2 presiserer at han har en negativ assosiasjon til ordet:

«Altså jeg liker ikke ordet smerteundervisning... fordi det er jo en slags forventning her da, med undervisning; jeg skal fortelle hvordan det er, så skal du forstå det»

Alle informantene er enige om at smerteundervisning sjeldent bør foregå som en forelesning til pasienten. Informant 1 og 2 understreker begge at de ikke spesifikt setter av tid til smerteundervisning, men at dette er ting man tar med pasienten etter hvert som det faller seg naturlig:

«Smerteundervisning kommer ikke som en egen bolk. Jeg pleier å si at smerteundervisning blir mer som et krydder, det er ikke hovedingrediensen i det jeg gjør» - Informant 2

Hvis pasienten uttrykker behov for mer informasjon, kan informantene sette av tid til å snakke om dette. De forklarer at det kan skape en nysgjerrighet og forventning hos pasienten:

«Om det er noen spørsmål som er tilbakevendende, så kan jeg si: “neste gang så går vi igjennom dette”...litt for å lage en setting; nå vet pasienten at neste gang så skal den få svar på eller lære om dette.» - Informant 2

Informant 2 forklarer at han heller ikke forsøker å forklare pasientene hva smerte er. Han trekker frem en sykepleier sitt sitat om smerte:

«smerte er det den personen sier at det er» - enkelt og greit.

Han understreker at det blir feil hvis han skal prøve å forklare noen hva de selv opplever, men at han heller kan forklare en del om hvorfor smertene oppfører seg som de gjør, og hva som kan påvirke dem. Informantene bruker ofte metaforer og fortellinger når de forklarer om smerte, og informant 2 er opptatt av at også dette må tilpasses pasienten du har foran deg:

«Jeg bruker metaforer, og bilder, og bygger på den informasjonen, kunnskapen og erfaringen de har fra før av»

Alle informantene legger vekt på at smerteundervisning ikke skal være for avansert. At det ikke skal være en detaljert undervisning om smertefysiologi, men noe som pasienten kan forstå og relatere seg til. Informant 1 mener at smerteundervisning ikke er en teoretisk modell man bare kan legge frem, men at det er kunnskap om smerte som man samtaler rundt og bruker aktivt i møte med pasienter. Han forteller at det også kan være en del fallgruver i måten man kommuniserer med pasienter på når det gjelder smerte:

«For noen ganger forklarer du ikke godt nok, og noen ganger for mye, for detaljert. Noen ganger bagatelliserer du, eller pasientene opplever at du bagatelliserer plagene deres; “så jeg bare innbiller meg at jeg har vondt?”... Hvordan du kommuniserer, verbalt og ikke verbalt. Det er jo pedagogikk, og da selvfølgelig smerteundervisning».

Informantene legger også vekt på at behandlingsforløpet skal være et samarbeid med pasienten. Informant 1 forteller at forløpet blir formet av hvilken forståelse både han og pasienten sitter med:

«Jeg vil hjelpe deg så godt som mulig. For at vi skal få til det, må jeg forstå deg bedre, hvorfor du tenker som du gjør. Så kan vi utforske det sammen»

Pasienten skal altså ikke være en passiv mottaker, men en som er aktivt deltagende i egen behandling. Informant 3 er opptatt av å bygge smerteundervisningen rundt pasientens egen

situasjon og erfaringer. Hun benytter seg for eksempel av *Fear Avoidance Modellen*⁶ hos pasienter der hun tenker den kan passe. Hun forteller at hun bruker en del tavle, for å tegne inn pasientens historikk, slik at de skal kunne forstå og relatere det til egen situasjon, først i den “onde sirkelen”, og så veien ut av den. Dette er hele tiden i samspill med pasienten:

«Så kan jeg spørre pasienten underveis da: ”hva tror du kan hjelpe? Hva tenker du på?” Jeg skriver ned tiltak, så kan vi sammen jobbe oss frem til noe... ”Hva tenker du at du kan prøve nå som er eksponering mot smerte? Hva er det minste skrittet?”»

Informant 1 trekker paralleller til coaching i samspillet med pasienten. Fysioterapeuten bør i større grad støtte, utfordre og stille spørsmålstegn i stedet for å instruere eller forelese for pasienten. Han knytter det til Empowerment, og at det er viktig å inkludere og selvstendiggjøre pasientene. Terapeuten må ta hensyn til pasientens interesser, mål og ønsker for behandlingen. Informantene mener dette er avgjørende for hvordan, når, og i hvilken grad smerteundervisning vil foregå.

«Man kan ikke begynne med en smerteundervisning og tre det over hodet til pasienten uten å bekrefte noe...du må gi dem valg: ”hvis du vil så kan jeg forklare litt om smerten”» -

Informant 3

4.1.2 Vurdering av endringspotensiale

Alle informantene er inne på at ikke alle pasienter er interesserte i, eller mottakelige for smerteundervisning, og at dette kan ha flere ulike årsaker. Informant 2 legger særlig vekt på at han alltid vurderer pasientenes endringspotensiale. I dette begrepet legger han pasientens fleksibilitet i forhold til forståelsen av egen situasjon, og anerkjennelse av den forklaringen terapeuten kommer med. Han forteller at dette avhenger av ulike faktorer, som at det er for tidlig i pasientens forløp:

«Hvis de er fleksible til å tro på det jeg sier, da har jeg noe å jobbe videre med...men hvis de nekter å tro på det, så kan det handle om tid. Hvor langt har de kommet i egen prosess? Er de klare for den endringen?»

⁶ «Fear-avoidance»-modellen skisserer hvordan bevegelsesfrykt/smerterelatert frykt og atferdsendring kan være med å opprettholde en langvarig smertetilstand i muskel- og skjelettsystemet (Østerås, 2012).

Videre trekker han fram at noen pasienter fortsatt leter etter en biomedisinsk årsak til plagene sine, og for eksempel venter på undersøkelse hos nevrolog eller et MR- bilde:

«da kan ikke jeg knuse den forventningen, da må jeg kanskje vente...fordi pasienten ikke vil være mottakelig»

Informant 3 snakker også om dette:

«Noen er ikke klare, eller ikke ferdige med å lete etter en biomekanisk løsning. Noen har ikke slått seg til ro med at det ikke er noe farlig. Så alle leger her er mer nøye på det nå, at vi ikke kjører masse parallelle løp.»

En annen faktor både informant 1 og 2 trekker inn i forhold til dette med endringspotensiale er pasientenes ressurser, og kanskje spesielt helseforståelse. Hvis pasienter har god helseforståelse er det mer sannsynlig at de vil kunne nyttiggjøre seg en undervisningssituasjon. Informant 1 mener han har en pasientgruppe hvor mange tilhører den kategorien:

«De fleste pasientene jeg har er aktive og ganske ressurssterke, både intellektuelt og økonomisk. Mange har god helseforståelse eller gode forutsetninger for å få det. Så rent sosioøkonomisk, som har mye å si, både som utløsende og opprettholdende faktor, så har jeg en enklere pasientgruppe enn det mange andre har»

Informant 2 forteller at hvis han benytter seg av smerteundervisning så er det nettopp hos denne typen pasienter. Hos pasienter med lav helsekompetanse og lav sosioøkonomisk status mener han derimot at det kan være mer utfordrende å benytte seg av smerteundervisning:

«Hvis du har inntrykk av at de har lav helsekompetanse, og de vet ikke hvilke spørsmål som er relevante... de klarer ikke å plassere det... så føler du nesten at du snakker til en vegg... De er ikke interesserte fordi de skjønner ikke hvorfor det er relevant for dem»

Han vurderer også flere aspekter ved pasientene, og hos de pasientene med stor psykososial belastning kan det være vanskelig å nå frem med undervisning. Det er kanskje andre forhold som må tas tak i først:

«..jeg vurderer noe som heter opplevelse av sammenheng, fordi du kan få inn pasienter, og når du hører på anamnesen deres så gjengir de kaos på alle fronter...i oppveksten, på

arbeidsplassen og med nav. De har ingen hobbyer, få nære venner, og få lidenskaper som gir mening til livet deres. Da vet jeg at jeg har veldig lite å jobbe med, jeg har få knagger å henge ting på.»

Alle informantene mener at det å kunne ta til seg, forstå og huske informasjon kan være en utfordring hos pasienter med langvarig smerteproblematikk. De påpeker at flere pasienter kan ha nedsatt kognitiv kontroll og hukommelse som en konsekvens av plagene. Informant 3 utdyper at selv om man tar hensyn til dette i undervisningen, kan det fortsatt være mye pasientene glemmer:

«Pasientene har ofte kognitiv.. ikke svikt, men konsentrasjonen er ikke på topp. Så selv om du sitter og snakker rolig, tegner og forklarer...så skal de huske det når de går ut døra»

Hun forteller at det derfor kan være nyttig å undersøke hvor mye pasienten husker og har forstått etter at man har hatt samtaler om smerte. Informant 1 snakker også om dette, og forteller at han kan gi pasienter hjemmelekser for å sjekke forståelsen:

«Hjemmelekser er typisk å oppsummere. Ihvertall om vi har snakket om smerte, som jeg ofte gjør. Jeg er interessert i å vite hva de sitter igjen med. Jeg ber de lage referat fra den timen hjemme...La dem sitte å formulere tanker og refleksjoner rundt det... Om det er grove misoppfatninger, så får man ta det i neste omgang»

4.2 Relasjon og tillit

Alle informantene trekker frem relasjonen mellom pasienten og terapeuten som avgjørende i behandlingen, også for smerteundervisningen. Informant 2 understreker at den terapeutiske alliansen er fundamentet som forløpet skal bygges på. En viktig betingelse for en god relasjon er tillit, og for at pasienter skal endre sin smerteforståelse er det en forutsetning at de anser terapeuten som troverdig. Informant 2 prater om hvor viktig dette er, særlig hvis man skal snakke om smerte:

«Jeg kan ikke bare komme med den undervisningen. Jeg kan ikke begynne å snakke om ting jeg ikke er invitert inn til. Da må jeg vente, eller opparbeide meg den tilliten... Hvis du ikke har god terapeutisk allianse, kan du ikke utfordre det direkte. Da ryker det... jeg må komme i posisjon til å forklare»

Informant 1 snakker også om at relasjonen er av stor betydning for om pasienten er fleksibel til å tro på eller forstå budskapet:

«Det skal være en viss form for kjemi og relasjon der for at det budskapet skal nå inn». Han spør oss; «Hvem har dere lært mest av?»

og trekker frem at det jo er de lærerne som man har fått en god relasjon til og som er flinke til å kommunisere. Hvordan man kommuniserer med pasienten trekkes frem som et viktig element i det å skape en god relasjon. Mye handler om å lytte og å gi pasienten plass, slik at de kan legge frem sin historie. Informant 1 forteller at han er veldig glad i å få bruke mye tid med pasientene. Han gir pasienten rom til å prate, og sier at han har blitt mer bevisst på dette:

«Vi avbryter jo pasienten hele tiden. Så jeg må ha en uttalt målsetting om å holde kjeft.»

Fysioterapeutens mellommenneskelige egenskaper trekkes frem som svært viktig om man skal jobbe med langvarig smerte og smerteundervisning. Det handler om å vise forståelse og anerkjennelse for pasientens situasjon, og å være en støttespiller som formidler trygghet:

«Skal du jobbe med langvarige smerte, tror jeg du må ha en dypere kobling enn bare det faglige. En sånn mellommenneskelighet...Evne til å stå i det usikre, det å være den trygge når den andre tviler...jeg er både med på nedturene og oppturene... man må være tålmodig..» -

Informant 2

«Dette med å møte pasienten med empati, og å gi dem bekreftelse på alt de har gjort hittil, for det er ofte en kjempeinnsats. Det er kanskje det viktigste.» - Informant 3

Mye handler om å prøve å se saken fra pasientens ståsted. Informantene forteller at de er opptatt av å prøve å forstå pasientens opplevelse av sin egen situasjon, og av det som skjer i behandlingen. Informant 1 forteller at det er viktig for han å få innsikt i hvordan han selv oppfattes av pasienten, og hva det betyr for dem å høre det som blir sagt. For eksempel hvordan informasjon som blir formidlet i en smerteundervisning forstås og tolkes av pasienten. Han trekker frem Finn Skårderuds uttrykk om mentalisering:

«Det handler om å se seg selv utenfra og andre innenfra»

Alle informantene trekker frem at det kan være nyttig å finne felles erfaringer med pasientene. Det å forstå et annet menneske kan være enklere om man har en bedre forståelse av seg selv, og om man har opplevd liknende situasjoner:

«...ikke minst å forstå det selv, kjenne hvordan stress påvirker kroppen, bli kjent med egne følelser og hvordan de påvirker hvordan kroppen har det. Man har lært mest av det man har opplevd selv» - Informant 3

«Jeg tror du vil se at mange som jobber med tunge ting har litt livserfaring selv» - Informant 2

4.3 Endret forståelse, trygghet og erfaring

De fleste pasientene som informantene behandler kommer til behandling nettopp på grunn av smerter, og kan derfor potensielt ha god nytte av smerteundervisning. Informant 1 diskuterer at det ofte er en forutinntatthet om at smerteundervisning kun er nyttig for enkelte pasientgrupper:

«De fleste som kommer til meg har vondt. Så forklaringsmodeller om smerte vil hele tiden ligge der som et fundament. Det er viktig med anerkjennelsen av at smerteundervisning ikke bare er for de kroniske, veldig dårlige, med et lass av psykososiale faktorer»

Han mener mange pasienter har behov for bekreftelse på at det ikke er noe alvorlig galt med dem, og at han ikke nødvendigvis trenger å forklare så mye mer enn det, med mindre pasienten viser en interesse for å lære mer. Informant 3 legger også vekt på ufarliggjøring, og anser smerteundervisning som et av de viktigste tiltakene for pasientene som kommer til henne:

«Det kan være ting som en ortoped eller fysioterapeut har sagt som har brent seg fast. Det kan ha skapt en feil-forståelse da, og kan gi veldig bevegelsesfrykt. Og da nytter det ikke å bare gi øvelser, når pasienten tror at skivene ramler ut av ryggen...»

At pasienten skal oppnå en hensiktsmessig forståelse av egen smerte, og oppleve større trygghet er det informantene legger frem som det viktigste målet med smerteundervisningen. Informant 1 er opptatt av at pasientene skal forstå hvilken relevans informasjonen har for dem

personlig. At det er viktig å validere pasientens egen opplevelse, samtidig som man forsøker å få frem sitt budskap:

«Jeg synes jo det er viktig å få frem at smerte er en opplevelse. At de forstår det konseptet, at det ikke betyr at de innbiller seg smerte, eller at smerte ikke finnes, men at opplevelser er helt reelle ting. Man kan ha vondt uten å være skadet, eller at noe er ødelagt. Det er noe av det viktigste jeg ønsker å få frem»

Han utdyper at målet ikke nødvendigvis er at man skal være smertefri, men at smerter er noe man til en viss grad må leve med og håndtere. For å oppnå gode mestringsstrategier må pasientene ha en grunnleggende forståelse for at ikke all smerte er farlig. Informant 2 snakker også mye om å trygge pasienten. Han forteller at hvis han ser et uttrykk av usikkerhet hos pasienten så vil han gi den mengden forklaring som skal til for pasienten skal bli litt tryggere, men påpeker at pasienten kanskje ikke lærer noe av det:

«Vedkommende lærer ikke nødvendigvis det du sier, du forklarer det på en sånn måte som gjør at pasienten blir trygg. Jeg bruker den kunnskapen om smerte til å kunne gi en betryggende bortforklaring»

Han forteller at han til slutt ønsker å komme dit, at pasienten skal forstå at det er flere forhold som kan påvirke smerteopplevelsen, men understreker at dette er en prosess som kan ta tid, spesielt hos utsatte pasientgrupper.

Selv om informantene har erfart at enkelte pasienter kan klare seg med forklaringer og samtaler for å endre forståelse rundt egen smerte, er det vanligere at de også må gjøre seg noen erfaringer for å komme dit. Selv om målet med smerteundervisningen er å trygge pasienten og å endre deres forståelse, er ofte hensikten med selve behandlingen at pasienten skal oppnå en endring i atferd, og tilegne seg bedre mestringsstrategier:

«Noen får jo en åpenbaring. Noen kan klare seg bare med den nye forståelsen...Andre trenger mer å erfare, eller bli trygge på bevegelser» -Informant 3

Smerteundervisning vil derfor stort sett alltid være en del av en helhetlig tilnærming sammen med andre tiltak. Informant 1 påpeker at kombinasjoner av tiltak viser bedre effekt i forskning, og at det også gjenspeiler bedre hvordan fysioterapeuter vanligvis jobber i praksis. Han understreker at mye av behandlingseffekten ligger i de kontekstuelle faktorene rundt

behandlingen, og at dette også gjelder smerteundervisning. Han forteller at han bruker smerteundervisning i kombinasjon med de andre tiltakene han benytter seg av, for eksempel aktivitet eller treningsøvelser. Han trekker frem dette med “Bottom-up, Top- Down” - kombinasjonen:

«Mye av smerteundervisningen er ren “top-down approach”; man sitter og forteller om noe. Men om man for eksempel går å trener, så dukker spørsmålet opp fra pasienten: “hvorfør kan jeg gjøre dette selv om det gjør vondt?” så kan man forklare, drøfte og snakke om det samtidig som man gjør noe. Da blir det mer “bottom up”. Pasienten får det stimuliet inn»

Informantene trekker frem verdien av erfaringsbasert læring. Informant 2 fremhever at han er mer opptatt av at pasientene skal lære gjennom erfaring, enn å legge så mye vekt på ord. Pasientene kan få positive opplevelser gjennom bevegelser, og kanskje de implisitt lærer at øvelser eller aktiviteter ikke forverrer, eller kan lindre smertene deres. Så kommer smerteundervisningen heller som små drypp innimellom ved behov. Informant 3 forteller at mange trenger å erfare og bli trygge på bevegelsene, men at noen også trenger å jobbe med kroppsbevissthet, og kanskje har mer behov for å erfare gjennom avspenning og oppmerksomt nærvær:

«Endret forståelse kan redusere bevegelsesfrykt, og gjennom oppmerksomt nærvær, trening eller mindfulness, kan man øke kroppskontakten og lære at kroppen er et verdifullt instrument...Noen trenger hjelp til å lære å slappe av med avspenning. Det er et innebygd mønster de har hatt lenge, og noen trenger litt hjelp til å få et nytt automatisk mønster innøvd i kroppen»

Informantene vektlegger at behandlingstiltak, og kombinasjoner av disse, tilpasses den enkelte pasient. Informant 1 påpeker at tiltakene man velger må baseres på felles forståelse og prinsipper:

«Så putter vi jo bare smerteundervisningen inn i de andre tiltakene vi har, men felles for dem er jo at det skal være pasientsentrert, rettet mot deres forståelse og ønsker, og bygge på en god relasjon»

5.Diskusjon

I dette kapitlet vil vi drøfte resultatene opp imot relevant teori, med vår problemstilling som utgangspunkt.

5.1 Narrativenes betydning

5.1.1 Individualisering og brukermedvirkning

Som det kommer frem i resultatdelen har informantene en noe annen tilnærming til smerteundervisning enn slik det ofte gjenspeiles i forskning. For eksempel setter ingen av informantene av tid til en fastsatt smerteundervisning med forhåndsbestemte temaer. De poengterer at innholdet ikke skal bestå av alt for avansert smertefysiologi, og legger vekt på at undervisningen ikke skal foregå som en forelesning.

Ulikheter mellom forskning og praksis er først og fremst et resultat av at mye forskning er nøye kontrollert og standardisert (Louw et al., 2016a). Denne standardiseringen medfører ofte at smerteundervisningen som gjennomføres i forskning blir lite individualisert, og at det blir tatt mindre hensyn til pasientens perspektiv. Louw et al. (2016a) problematiserer for eksempel at det kanskje har blitt for mye fokus på detaljkunnskap om smertemekanismer, kontra hvordan kunnskapen best anvendes i praksis for å komme pasientene til gode. Han trekker frem at forskningen bør ha mer søkelys på hvordan undervisningen best kan gjennomføres i klinisk praksis. I overføringen til praksis er terapeutens erfaringer og pasientens interesser, ønsker og behov viktige å ta i betraktning (Jamtvedt et al., 2015).

Informantene argumenterer for at smerteundervisning må tilpasses den enkelte pasient. Individualisering er en veldig viktig komponent i pasientsentrert fysioterapi (Wijma, van Wilgen, Meeus & Nijs, 2016). En forutsetning for at pasienter skal forstå et konsept, og for å fasilitere endring er at budskapet er relevant for dem personlig (Moseley & Butler, 2017). For å kunne tilpasse behandlingen individuelt, og for å sørge for at smerteundervisningen omhandler temaer som er viktige og relevante for pasienten, erfarer informantene at det er avgjørende å fange opp pasientens historie og forståelse av egen situasjon. Finset (2014) omtaler samtalen mellom terapeut og pasient som grunnmuren i alt klinisk arbeid. Han trekker frem at god kommunikasjon er viktig for å innhente den informasjonen man trenger, for å

skape tillit mellom pasient og behandler, og for å kartlegge pasientens bekymringer og behov. I pasientsentrert kommunikasjon må man utforske og anerkjenne pasientens perspektiv, pasientens egen opplevelse av situasjonen og hva den betyr for dem. Slik som alle informantene vektlegger, må man også ta tak i pasientens kontekst. Ved å kartlegge pasientens omgivelser kan man finne ut av hvordan disse forholdene virker opprettholdende på pasientens plager, men også hvordan omgivelsene kan bidra til å bli en ressurs for mestring og bedring (Finset, 2014; Eide & Eide, 2017). Informant 1 trekker også frem viktigheten av Empowerment. Behandleren må stimulere pasienten til selvbestemmelse, og ha fokus på hva pasienten selv kan gjøre for å fremme egen helse, fremfor å ha fokus skade og sykdom (Finset, 2014; Eide & Eide, 2017). Nijs (2020) argumenterer for at pasientsentrerte kommunikasjonsformer i kombinasjon med smerteundervisning, kan bidra til at pasienter får høyere etterlevelse, og blir mer motiverte til adferdsendring.

De helsearbeiderne som i større grad aktivt involverer pasienten i behandling, har generelt en bedre oppfatning og tolkning av pasientens forståelse (Frosch & Elwyn, 2010). Informantene legger vekt på at behandlingen skal være et samarbeid. De er opptatt av at smerteundervisningen skal foregå i dialog med pasienten, og at den skal ta utgangspunkt i deres interesser og behov. Studier har vist at større grad av brukermedvirkning gir bedre helseutfall (Frosch & Elwyn, 2010). Tradisjonelt sett har smerteundervisning vært preget av en mer passiv paternalistisk kommunikasjonsstrategi, hvor helsepersonell typisk foreleser om smertemekanismer for pasienten (Butler & Moseley, 2017; Nijs 2020). Mer moderne litteratur påpeker derimot viktigheten av å involvere pasienten. Det blir lagt mer vekt på at undervisningen bør foregå i samtaleform og dialog, og at den bør preges en mer sokratisk tilnærming (Wittink & Oosterhaven, 2018), slik som informantene er opptatt av. På den måten kan pasienten i større grad reflektere rundt hva denne informasjonen betyr for dem. Dette bidrar til autonomi og økt selvstendiggjøring av pasienten (Wittink & Oosterhaven, 2018).

Pasienter er mer villig til å diskutere ulike perspektiver på smerte og smertemestring om man ber om tillatelse til å ta opp disse temaene. I motsetning til om de bare blir fortalt hvordan smerte fungerer, eller at de må endre atferd (Nijs, 2020). Dette poengterer også informant 2 når han snakker om at man ikke bør ta opp ting man ikke er invitert inn til, og at man ikke bare kan fortelle pasienter hva de selv opplever. Dette understreker viktigheten av å gi pasienter valgmuligheter i behandling, også når det gjelder smerteundervisning.

5.1.2 Vurdering av endringspotensiale

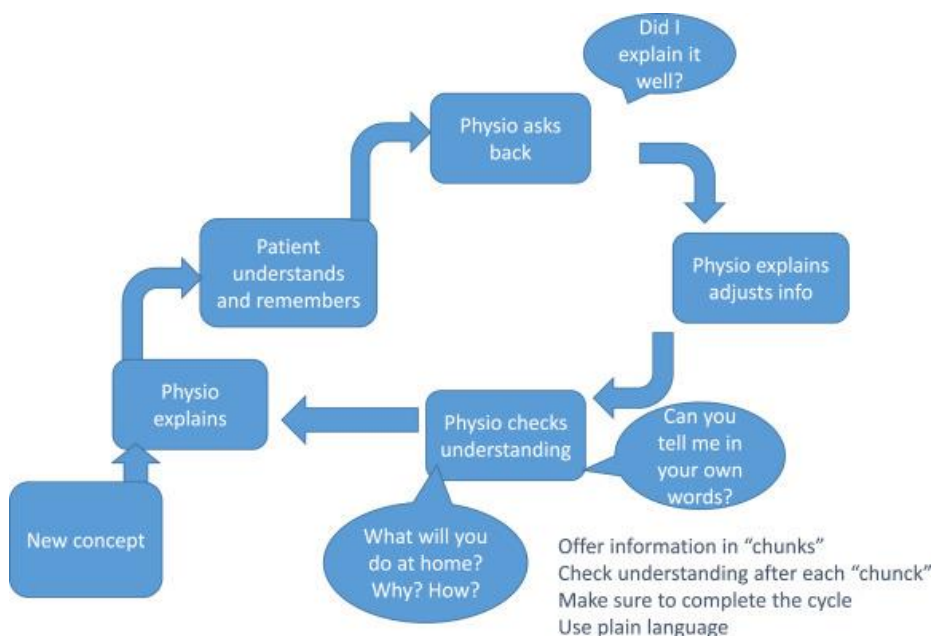
Informantene tar opp at ikke alle pasienter er mottakelige for, eller interessert i smerteundervisning. Det er viktig å vite hvordan en pasient ligger an med tanke på villighet til å endre forståelse rundt smerte, og måter å håndtere smerte på (Nijs, 2020). Informant 2 og 3 sier at det er viktig å vurdere hvor pasienter er i sin prosess, og om de er klare for endring. Å prøve å endre forståelsen til en pasient som ikke er klar for det vil ikke være hensiktsmessig, og kan være ødeleggende for den terapeutiske alliansen (Wittink & Oosterhaven, 2018; Nijs, 2020). Det er altså viktig, slik informantene også vektlegger, at man undersøker hvordan, når og i hvilken grad man kan benytte seg av smerteundervisning.

Faktorer som vil påvirke en pasients endringspotensiale er blant annet om man opplever situasjonen som forståelig og meningsfull (Fors, 2012). Informant 2 oppgir blant annet at han vurderer pasientens «opplevelse av sammenheng». Det er individuelle forskjeller i hvordan man tolererer påkjenninger og stress, og faktorer som sosioøkonomisk status, psykososial belastning og helsekompetanse har betydning for hvordan sykdom og smerte håndteres (Fors, 2012). Som informant 3 påpeker, er pasientene hun behandler svært forskjellige. Meisingset et al. (2020) ser på prognostiske faktorer som viser hvor heterogen denne gruppen er, og argumenterer for at behandlingen må tilpasses på bakgrunn av dette.

Informantene vektlegger at det er viktig å kartlegge pasientens helseforståelse når de vurderer valg av behandling. Det kan være vanskeligere å involvere pasienter med lav helsekompetanse i behandlingsprosessen (Smith et al., 2009). Dersom man skal benytte seg av smerteundervisning er det derfor viktig å tilpasse informasjonen til pasientens forståelse. Man bør bruke enkelt språk, basere informasjonen på pasientens personlige erfaringer, og sørge for å ikke gi for mye informasjon av gangen. Det kan også være nyttig å for eksempel tegne eller bruke enkle bilder (Wittink & Oosterhaven, 2018; Moseley & Butler, 2017). Informantene forteller at de benytter seg av metaforer som gjerne baserer seg på pasientens egne erfaringer, og informant 3 forteller at hun ofte tegner samtidig som hun forklarer for pasientene. Forskning viser at dette er virkemidler som kan gjøre informasjonen lettere å forstå og huske for pasienter (Wittink & Oosterhaven, 2018; Moseley & Butler, 2017). Dette kan være viktig med tanke på at langvarige smerter ofte fører til nedsatt konsentrasjon og hukommelse (Jensen et al., 2013). Informantene legger også vekt på at de ikke setter av tid til smerteundervisning. Dette kan være viktig med tanke på at man ikke skal gi for mye

informasjon av gangen, men at man heller benytter seg av gyldne øyeblikk, der det er naturlig å komme med informasjon (Finseth, 2014).

Både informant 1 og 3 er opptatt av å fange opp hvor mye pasienten husker, og hvor mye de har forstått etter timer hvor man har pratet om smerte. Informant 1 ber ofte pasientene skrive ned tanker og refleksjoner rundt det de har snakket om. Hvis man skal benytte seg av undervisning, poengterer Wittink & Oosterhaven (2018) at man bør undersøke hva pasienten har forstått i etterkant. De prater om en «teach back cycle» der terapeuten gir passende mengder med informasjon, for deretter å engasjere pasientene, og få dem til å reflektere rundt den nye kunnskapen, og gjengi hva de har forstått. Behandleren må eventuelt tilpasse undervisningen hvis noe har blitt misoppfattet:



(Wittink & Oosterhaven, 2018)

Forskning støtter bruken av «teach-back cycle» i behandlingen av pasienter med langvarige plager, for å øke deres forståelse av egen situasjon, og for å fremme mestringstro og selvmestring. Selv om man tilpasser smerteundervisningen, vil det likevel kunne oppleves som komplisert og vanskelig å forstå, spesielt for de med lav helsekompetanse (Wittink & Oosterhaven, 2018). For å klare å inkludere disse pasientene på en god måte er det særlig viktig å møte pasienten med empati, forståelse og respekt, noe som er grunnleggende for en god terapeutisk allianse (Smith et al., 2009).

5.2 Relasjon og tillit

Informantene legger stor vekt på relasjon i behandling av pasienter med langvarige muskel-skjelettplager. Informant 1 argumenterer for at man bør ha god kjemi med pasienten for å nå frem med budskapet i en smerteundervisning. Forskning viser at god relasjon mellom terapeut og pasient i stor grad bidrar til positive utfall av behandling, uavhengig av hvilke tiltak man benytter seg av (O'keefe et al., 2016). En systematisk oversikt og metaanalyse undersøkte (O'keefe et al., 2016) hva fysioterapeuter og pasienter vektlegger som viktige faktorer for å skape en god terapeutisk relasjon. Noe av det pasientene trakk frem som veldig viktig var at fysioterapeuten aktivt lyttet, og lot dem fortelle sin historie. Dette er noe Informantene også trekker frem som viktig for å skape en god relasjon. Informant 1 forteller at han har en uttalt målsetting om å ikke avbryte pasienten. I følge O'Kefee et al. (2016) sin studie føler pasienter at det er ødeleggende for den terapeutiske alliansen hvis behandleren avbryter og ikke hører etter hva de har å fortelle. I tillegg til å bli hørt vektla pasientene også i stor grad viktigheten av at de følte seg forstått, og at de ble møtt med bekreftelse og empati (O'kefee et al., 2016). Hvis fysioterapeuten har gode mellommenneskelige egenskaper er det lettere for pasienten å være åpen om egen forståelse, opplevelse av egen situasjon, og om psykososiale belastninger (Wijma et al., 2018). Å møte pasientene med empati, forståelse og bekreftelse er noe alle informantene trekker frem som viktige egenskaper hos fysioterapeuten. De snakker om å finne felles erfaringer med pasienten, og å forsøke å se situasjonen fra pasientens ståsted. De trekker også frem at egne erfaringer med vanskelige situasjoner kan bidra til at de forstår pasientene bedre. Det kan være utfordrende for fysioterapeuter å skape en god kjemi og relasjon med pasienter som de har lite til felles med (Solvang & Fougner, 2016), og felles erfaringer og opplevelser er noe pasienter opplever som styrkende for relasjonen med terapeuten (O'keefe et al., 2016). Dette kan derfor være en viktig del av det å bygge en god terapeutisk allianse.

Noe annet pasientene vektla i O'keefe et al. (2016) sin oversiktsartikkel, var terapeutens evne til å gi gode og forståelige forklaringer rundt pasientens plager. Pasientene var fornøyde når de hadde en felles forståelse med terapeuten om hva som var årsaken til smertene deres, og når de fikk kunnskap og informasjon om hvordan de kunne håndtere dem bedre (O'keefe et al., 2016). Gode forklaringer rundt smerte kan dermed bidra til å styrke den terapeutiske alliansen. I tillegg vil en god relasjon gjøre det lettere for pasienten å akseptere og forstå

smerteundervisning (Wijma et al., 2018). Som informant 2 vektlegger kan man ikke utfordre pasientens forståelse direkte uten å ha en god terapeutisk allianse.

5.3 Endret forståelse, trygghet og erfaring

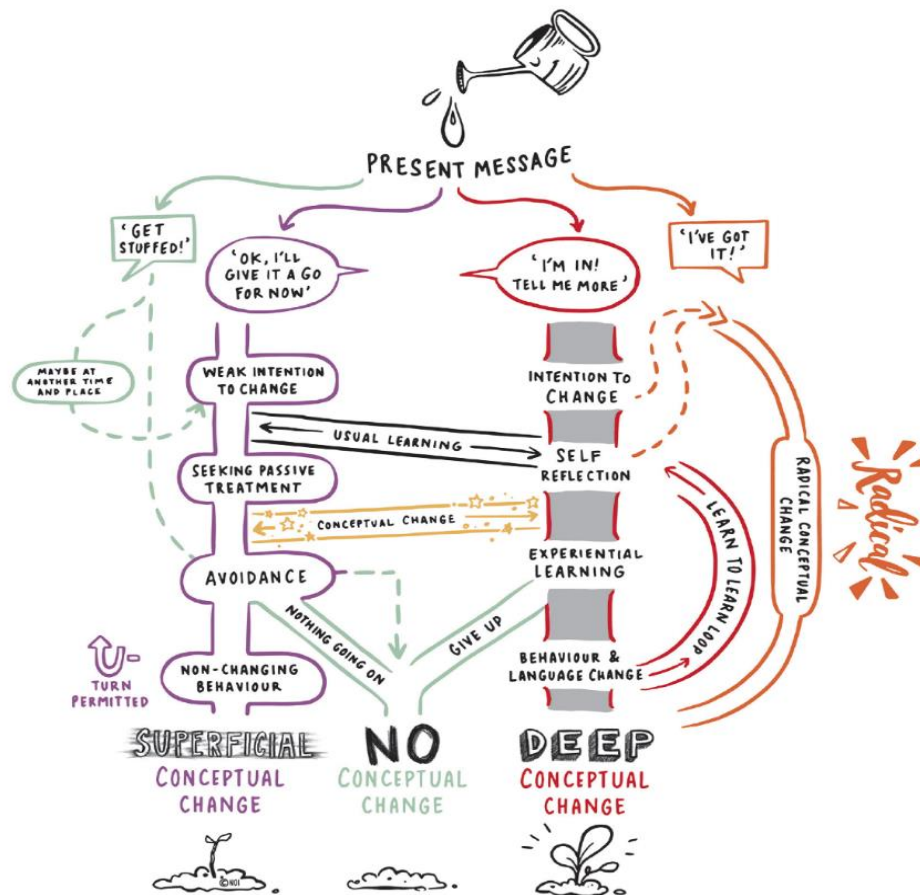
Ved langvarige helseplager er en pasients forståelse av egen situasjon en sterk prediktor for helseatferden, og med på å styre pasientens handlinger og mestring av sine problemer (Frosch & Elwyn, 2010). Bekymring og uvisshet knyttet til smerter kan være med på å skape og vedlikeholde katastrofetanker og bevegelsesfrykt, og misoppfattelser kan forsinke eller motvirke ønsket atferdsendring (Nijs et al., 2020). Informant 3 argumenterer for at hvis ikke hennes pasienter endrer sin forståelse, og blir trygge på at ikke all smerte er farlig, vil de ende opp med samme resultat som før. Smerteundervisning kan bidra til å gi økt trygghet og mindre frykt knyttet til plager. Dette vil igjen kunne påvirke deres atferd og mestring av situasjonen (Nijs et al., 2020).

Informantene forteller at det viktigste målet med smerteundervisningen er å ufarliggjøre smerter slik at pasienten oppnår en større trygghet. Informant 1 fremhever at målet ikke nødvendigvis er at pasienten skal bli smertefri, men i større grad å kunne leve med, og mestre sin situasjon. Informant 2 forteller at det er lettere å redusere engstelse og frykt, enn å redusere smerte i første omgang.

Louw et al. (2016a) skriver også om at det er viktig å få frem hvilke smerteopplevelser som er normale og forventede, og at skade og smerte ikke nødvendigvis henger sammen. Hvis pasienten forstår at smertene ikke er farlige kan de få en større trygghet rundt aktivitet til tross for at smertene fortsatt er der. Dette kan medføre bedre funksjon og livskvalitet. Louw et al. (2016a) argumenterer også for at man ikke bør måle funksjon kun i det fysiske aspektet, men også i det atferdsmessige og psykososiale. Fysisk funksjon og smerte er ofte utfallsmålene i forskning, men det er ikke nødvendigvis disse tingene som bestemmer hvor godt en person fungerer i hverdagen, og hvor god livskvalitet den har.

Informant 3 nevner at enkelte kan få en åpenbaring, og at smerteundervisningen hun gir i seg selv kan være nok for at pasienten skal endre atferd og mestre smerte bedre. Hos de fleste pasienter kreves det likevel en mer omfattende prosess. Mange har behov for positive erfaringer i egen kropp for å bli trygge på at smerte ikke er farlig. Moseley & Butler (2017)

diskuterer at endret forståelse er en prosess som kan arte seg på mange ulike måter, og at smerteundervisning ikke alltid fører til endret forståelse. Dette er fint demonstrert i deres illustrasjon:



(Moseley & Butler, 2017)

Noen kan få en radikal forandring kun etter smerteundervisning, men det er mange ulike forløp for å oppnå det Moseley & Butler (2017) beskriver som dyp læring. De trekker frem at man må ha en intensjon, eller motivasjon for endring, som kan føre til større refleksjon rundt egen situasjon. Deretter vil man kanskje utforske og erfare budskapet i egen kropp, noe som igjen vil føre til atferdsendring og mestring (Moseley & Butler, 2017).

Alle informantene trekker frem at pasientene ofte må erfare reaksjoner i egen kropp, og at man bør kombinere smerteundervisning og erfaringsbaserte tilnærminger. Kolbs erfaringsbaserte læringsteori vektlegger erfaring, og refleksjon rundt erfaringer som grunnlaget for å skape og forsterke egne teorier (Moen, 2015 s.38). Hvis pasienten kan erfare

på kroppen at en bevegelse er trygg, vil dette være med på å underbygge dens teori om at dette ikke er farlig. Gjentakelse av bevegelser, og aktiv eksperimentering i form av nye bevegelser, vil igjen forsterke denne teorien. Slik fortsetter den erfaringsbaserte læringen i en kontinuerlig sirkulær prosess. Kolbs erfaringsbaserte læringsteori har sin opprinnelse i arbeidet til blant annet Dewey:

”Et gram erfaring er bedre enn et tonn teori, ganske enkelt fordi det bare er gjennom erfaring at teorien har en vital og verifiserbar betydning. Selv en svært enkel erfaring er i stand til å generere og bære en hvilken som helst mengde teori, mens en teori adskilt fra erfaring ikke kan fattes klart, ikke engang som teori» (Dewey, 1916, s.140-144).

I dette sitatet fra Dewey kommer betydningen av erfaringsbasert læring godt frem, og gjenspeiler viktigheten av at smerteundervisning sjeldent bør komme som et enkeltstående tiltak om man ønsker å oppnå varig endring.

Informantene integrerer som regel smerteundervisningen i annen behandling, gjerne bestående av aktive tiltak. Forskningen viser også at smerteundervisning er mer effektiv når det kombineres med andre behandlingsformer (Louw et al., 2016b). Nijs et al., (2020), Moseley & Butler (2017) poengterer at undervisningen bør kombineres med tiltak som også er basert på en biopsykososial forståelse, og som legger til rette for atferdsendring og mer aktive mestringsstrategier. De nevner tiltak som aktive bevegelsesintervensjoner, gradvis eksponering, kognitiv atferdsterapi, ACT og mindfulness. Som informant 1 også trekker frem; at smerteundervisning integreres i de andre tiltakene man bruker, men felles for dem er at de skal være pasientsentrerte, rettet mot pasientens forståelse og ønsker, og bygge på en god relasjon.

6.Konklusjon

Kvalitative data basert på intervjuer med tre ulike informanter har bidratt til å belyse hva som kan karakterisere fysioterapeuters tilnærming til smerteundervisning. Vi opplever at de tre hovedfaktorene vi har identifisert som svært viktige ikke kan ses uavhengig av hverandre når det kommer til å sette pasienten i fokus. Som det kommer frem i resultatdelen, er det å fange

opp pasientens historie smerteundervisningens viktigste utgangspunkt. *Narrativenes betydning* tydeliggjør viktigheten av å kartlegge pasientens forståelse og situasjon, for å vurdere endringspotensiale, og om smerteundervisning er et riktig tiltak, men også som et utgangspunkt for å tilpasse undervisningen slik at den er relevant for den enkelte pasient. Det å kartlegge pasientens ønsker og mål er avgjørende for å ivareta brukermedvirkningen gjennom behandlingen, også i smerteundervisning. *Relasjon og tillit* er nødvendig for at pasienten skal stole på terapeutens budskap i smerteundervisning. Mellommenneskelige kommunikasjonsegenskaper som empati, aktiv lytting og validering er noe informantene opplever som avgjørende for å oppnå denne relasjonen. *Endret forståelse, trygghet og erfaring* handler om pasientens prosess. Informantene er opptatt av at pasientene skal endre forståelse, slik at de blir trygge på at smerter ikke nødvendigvis er farlig. For å oppnå dette holder det som regel ikke med smerteundervisning alene, og alle informantene argumenterer for at erfaringsbasert læring ofte kreves i tillegg. Smerteundervisning kan dermed innpasses som en del av en helhetlig behandling, sammen med andre mer aktive tilnæringer som legger til rette for positive erfaringer og mestring.

6.1 Avsluttende betraktninger

Vi mener at resultatene i denne oppgaven kan bidra til å belyse noe av gapet mellom forskning og klinisk praksis knyttet til gjeldende tema. Vårt inntrykk er at fysioterapeuters tilnærming til smerteundervisning karakteriseres av den er mer pasientsentrert enn slik det gjenspeiles i forskning. Den bærer mindre preg av forhåndsdefinerte temaer og tider for undervisning, og mer preg av at smertekunnskap blir benyttet i samtaler underveis i behandlingsforløpet ved behov. Dette for å trygge pasienter og bidra til mestring. Det blir også i større grad tatt hensyn til å tilpasse smerteundervisning til pasientens helseforståelse og kapasitet. Det blir også lagt større vekt på å involvere pasienten i undervisningen gjennom at den foregår mer som en samtale, enn som en forelesning. Selv om smerteundervisning ofte benyttes sammen med andre behandlingsformer i forskning, blir likevel tiltakene gjennomført hver for seg. I klinisk praksis karakteriseres smerteundervisningen mer av at den introduseres underveis i behandlingsforløpet, og gjerne sammen med, eller som en del av andre fysioterapeutiske tiltak som er individuelt tilpasset. Pasienten får dermed muligheten til å oppnå en kombinasjon av eksplisitt og implisitt læring. Selv om dette kun er basert på tre

fysioterapeuters erfaringer, kan dette være relevante betragtninger å ta med seg videre, både for nyutdannede og mer erfarne fysioterapeuter.

Litteraturliste:

Bentsen, Lennart. (2019, 21.januar). Kunnskapsbasert praksis – en modell for utvikling, ikke status quo! [Blogginnlegg]. Hentet fra:

<https://fysioneuralyzer.no/2019/01/23/kunnskapsbasert-praksis-en-modell-for-utvikling-ikke-status-quo>

Bernstein, I. A., Malik, Q., Carville, S. & Ward, S.(2017). Low back pain and sciatica: summary of NICE guidance. *BMJ*, 2017; 356. DOI: doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.i6748>

Brodal, P. (2017). A neurobiologist's attempt to understand persistent pain. *Scandinavian Journal of Pain*, 2017:15, 140-147. DOI: [10.1016/j.sjpain.2017.03.001](https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2017.03.001).

Constand, M. K., MacDermid, J. C., Dal Bello-Haas, V., Law, M. (2014). Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare. *BMC Health Serv Res*, 2014:14, 27. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-271>

Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode* (2. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Den Norske Legeforening. (2009). Retningslinjer for smertelindring. Hentet fra:

<https://www.legeforeningen.no/contentassets/6d9a7062741b4ef397e6868a31b88dc0/smertelindringshefte-retningslinjer.pdf>

Dewey, John (1916). *Democracy and Education. An introduction to the philosophy of education*. Fornyet av John Dewey (1944). United States of America: The free press.

Diener, I., Kargela, M. & Louw, A. (2016) Listening is therapy: Patient interviewing from a pain science perspective. *Physiotherapy Theory and Practice*, 2016; 32(5), 356–367. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/09593985.2016.1194648>

Drageset, S. & Ellingsen, S. (2010). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju.

Sykepleien Forskning, 2010; 5(4),332-335 (oppdatert 2017). DOI:

<https://doi.org/10.4220/sykepleief.2011.0027>

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk*. (3.utg). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Finseth, A. (2014). Kommunikasjon. I, Lågen, J. H. (red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom- Symptomer, diagnostikk og behandling*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk. Kap: 4, 74-89.

Frosch, D. L., & Elwyn, G. (2010). I Believe, Therefore I Do. *J Gen Intern Med*, 2010; 26(1), 2–4. DOI: [10.1007/s11606-010-1560-1](https://doi.org/10.1007/s11606-010-1560-1)

Folkehelseinstituttet. (2018a). Langvarige smerter. Hentet fra:

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/smerte/#behandling>

Folkehelseinstituttet. (2018b). Muskel- og skjeletthelse. Hentet fra:

https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/muskel-og-skjeletthelse/#sosiooekonomiske-og-geografiske-forsk_jeller

Fors, E., A. (2012). *Hva er SMERTE?* Oslo: Universitetsforlaget

Forbes, R., Mandrusiak, A., Smith, M., Russell, T. (2018). Identification of competencies for patient education in physiotherapy using a Delphi approach. *Physiotherapy*, 2018; 104 (2), 232-238. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.physio.2017.06.002>

Helsebiblioteket. (2016). Kvalitativ metode. Hentet fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/kvalitativ-metode>

Helsebiblioteket. (2018). Muskel- og skjelettplager. Kronisk Smerte. Hentet

fra: <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/fysikalsk-medisin/muskel-og-skjelettplager/smerte>

Helsebiblioteket. (2016). Subakromiale smerter- fysioterapi. Hentet fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/fysioterapi-for-subakromiale-smerter>

Helsedirektoratet. (2017). Brukermedvirkning. Hentet fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>

Helsedirektoratet. (2018). Medvirkning, informasjon og kommunikasjon. Hentet fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/medvirkning-informasjon-og-kommunikasjon> (empowerment)

Jamtvedt, G., Hagen, K. B. & Bjørndal, A. (2015). *Kunnskapsbasert fysioterapi. Metoder og arbeidsmåter* (2. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jensen, T. S., Dahl, B. D. & Arendt-Nielsen, L. (2013). *Smerter- Baggrund, Evidens, Behandling*. (3. utg). København: FADL's forlag.

Louw, A., Puentedura, E. J., Zimney, K., Schmidt, S. (2016a). Know Pain, Know Gain? A Perspective on Pain Neuroscience Education in Physical Therapy. *J Orthop Sports Phys Ther*, 2016; 46(3), 131-134. DOI:[10.2519/jospt.2016.0602](https://doi.org/10.2519/jospt.2016.0602)

Louw, A., Zimney, K., Puentedura, E., J. Diener, I. (2016b). The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiotherapy Theory and Practice*, 2016; 32(5), 332-355. DOI:[10.1080/09593985.2016.119464](https://doi.org/10.1080/09593985.2016.119464)

Malfliet, A., Kregel, J., Meeus, M., Cagnie, B., Roussel, N., Danneels, L... Nijs, J. (2017). Applying contemporary neuroscience in exercise interventions for chronic spinal pain: treatment protocol. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 2017; 21(5), 378-387. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2017.06.019>

Malfliet, A., Kregel, J., Meeus, M., Roussel, N., Danneels, L., Cagnie, B... Nijs, J. (2018). Blended-Learning Pain Neuroscience Education for People With Chronic Spinal Pain: Randomized Controlled Multicenter Trial. *Phys Ther*, 2018; 98, 357-368. DOI:[10.1093/ptj/pzx092](https://doi.org/10.1093/ptj/pzx092).

Malterud, K. (2010). Kroniske muskelsmerter kan forklares på mange måter. *Tidsskriftet den Norske Legeforening*, 2010, 23(130), 2356-9. DOI: [10.4045/tidsskr.09.0828](https://doi.org/10.4045/tidsskr.09.0828)

Malterud, K. (2017). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. (4. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.

Marris, D., Theophanous, K., Cabezon, P., Dunlap, Z. & Donaldson, M. (2019). The impact of combining pain education strategies with physical therapy interventions for patients with chronic pain: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.

Physiotherapy Theory and Practice, 2019. DOI: [10.1080/09593985.2019.1633714](https://doi.org/10.1080/09593985.2019.1633714)

Meisingset, I., Vasseljen, O., Vøllestad, N. K., Robinson, H. S., Woodhouse, A., Engebretsen, K. B... Skarpsno, E. S. (2020). Novel approach towards musculoskeletal phenotypes. *Eur J Pain*, 2020; 24, 921–932. DOI: [10.1002/ejp.1541](https://doi.org/10.1002/ejp.1541)

Melzack, R. (2001). Pain and The Neuromatrix in the Brain. *Journal of dental education*, 2001, 65(12): 1378-82. Hentet fra:

<https://pdfs.semanticscholar.org/3def/65a80201cddb8d5c7082dd39fb3b88473733.pdf>

Mittinty, M. M., Vanlint, S., Stocks, N., Mittinty, M. N., & Moseley, G. L. (2018). Exploring effect of pain education on chronic pain patients' expectation of recovery and pain intensity.

Scand J Pain, 2018; 18(2), 211–219. DOI: <https://doi.org/10.1515/sjpain-2018-0023>

Moen, F. (2015). *Prestasjonsutvikling: Coaching og ledelse*. (3.utg). Bergen: Fagbokforlaget

Moseley, G. L. & Butler, D. S. (2003). *Explain Pain*. Adelaide City West: Noigroup Publications.

Moseley, G. L. & Butler, D. S. (2017). *Explain Pain Supercharged - The Clinician's Handbook*. Adelaide City West: Noigroup Publications.

Moseley, G. L. & Butler, D. S. (2015). Fifteen Years of Explaining Pain: The Past, Present, and Future. *The Journal of Pain*, 2015; 16 (9): 807-813. DOI:

<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.05.005>

Nijs, J., Wijma, A. J., Willaert, W. Huysmans, E., Mintken, P., Smeets, R...Donaldson, D. (2020). Integrating Motivational Interviewing in Pain Neuroscience Education for People

With Chronic Pain: A Practical Guide for Clinicians. *Physical Therapy*, 2018; 100(5):846-859. DOI: <https://doi.org/10.1093/ptj/pzaa021>

NSD. (2020, 2.mars). Mal for informasjonsskriv. Hentet fra:

https://nsd.no/personvernombud/hjelp/informere_om.html

O’Keeffe, M., Cullinane, P., Hurley, J., Leahy, I., Bunzli, S., O’Sullivan, P., O’Sullivan, K. (2016). What influences patient-therapist interactions in musculoskeletal physical therapy? Qualitative systematic review and meta-synthesis. *American Physical Therapy Association*, 2016; 96(5):609-22. DOI: [10.2522/ptj.20150240](https://doi.org/10.2522/ptj.20150240). Epub 2015 Oct 1

Parker, R. & Madden, V. J. (2020). State of the art: What have the pain sciences brought to physiotherapy? *South African Journal of Physiotherapy*, 2020; 76(1), a1390. DOI: <https://doi.org/10.4102/sajp.v76i1.1390>

Smith, S. K., Dixon, A., Trevena, L., Nutbeam, D. & McCaffery, K. J. (2009). Exploring patient involvement in healthcare decision making across different education and functional health literacy groups. *Elsevier: Social Science and Medicine*, 2009; 69: 1805-1812. DOI: [10.1016/j.socscimed.2009.09.056](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.09.056). Epub 2009 Oct 19

Solvang, P. K. & Fougner, M. (2016). Professional roles in physiotherapy practice: Educating for self-management, relational matching, and coaching for everyday life. *Physiotherapy Theory and Practice*, 2016; 32:8, 591-602. DOI: [http://dx.doi.org/10.1080/09593985.2016.1228018](https://dx.doi.org/10.1080/09593985.2016.1228018)

Språkrådet. (?). Narrativ: bruk og genus. Hentet fra: <https://www.sprakradet.no/svardatabase/sporsmal-og-svar/narrativ-bruk-og-genus/>

Store Norske Leksikon. (2019). Normativ. Hentet fra: <https://snl.no/normativ>

Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk. Pasient og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget.

Watson, J. A., Ryan, C. G., Cooper, L., Ellington, D., Whittle, R., Lavender, M... Martin, D. J. (2019). Pain Neuroscience Education for Adults With Chronic Musculoskeletal Pain: A Mixed-Methods Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Pain*, 2019; 20: 1140. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2019.02.011>

Wijma, A., J., van Wilgen, P., Meeus, M., Nijs, J. (2016). Clinical biopsychosocial physiotherapy assessment of patients with chronic pain: The first step in pain neuroscience education. *Physiotherapy theory and practice*, 2016; 32(5), 368–384. DOI: [http://dx.doi.org/10.1080/09593985.2016.1194651](https://dx.doi.org/10.1080/09593985.2016.1194651)

Wijma, A. J., Bletterman, A. N., Clark, J. R., Vervoort, S., Beetsma, Nijs, J... Van Wilgen, P. (2017). Patient-centeredness in physiotherapy: What does it entail? A systematic review of qualitative studies. *Physiotherapy Theory and Practice*, 2017; 33(11): 825-840. DOI:

[10.1080/09593985.2017.1357151](https://doi.org/10.1080/09593985.2017.1357151)

Wijma, A. J., Speksnijder, C. M., Crom-Ottens, A. F., Knulst-Verlaan, J. M., Keizer, D., Nijs, J., & Paul van Wilgen, C. (2018). What is important in transdisciplinary pain neuroscience education? A qualitative study. *Disability and Rehabilitation*, 2018; 40(18): 2181-2191. DOI:

[10.1080/09638288.2017.1327990](https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1327990)

Wittink, H., Oosterhaven, J. (2018). Patient education and health literacy. *Musculoskeletal Science and Practice*, 2018;38, 120-127. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2018.06.004>

Østerås, B. (2012). Langvarige muskel- og skjelettsmerter: Psykologiske faktorer og kliniske implikasjoner. *Fysioterapeuten*, 2012;4, 24-28. Hentet fra: <https://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Fagartikler/Psykologiske-faktorer-og-kliniske-implikasjoner>

Vedlegg 1

Intervjuguide

<p>Fase 1</p> <p>Informasjon til informantene</p>	<p>Presentere oss</p> <p>Informere</p> <ul style="list-style-type: none">• Hensikten med oppgaven• Problemstilling• Rekruttering → grunnen til at du ble valgt• Anonymisering og personvern• Rett til å trekke samtykke <p>Innhente muntlig samtykke</p>
<p>Fase 2</p> <p>Fysioterapeutens bakgrunn og forforståelse</p>	<p>Åpningsspørsmål:</p> <p>Kan du begynne med å fortelle litt om din bakgrunn?</p> <ul style="list-style-type: none">• Hvor lenge har du jobbet som fysioterapeut?• Hvordan jobber du nå?• Jobber du med noen spesielle pasientgrupper? <p>Hvordan fikk du interesse for smertebehandling?</p> <p>Har du noe videreutdanning eller kurs som du tenker er relevant for behandling av pasienter med langvarige msk-plager? → Hvordan har dette påvirket din utøvelse?</p> <p>Hvilke kilder har du hentet mest inspirasjon fra når det kommer til din utøvelse av smertebehandling?</p>

<p>Fase 3</p> <p>Smerteundervisning - Hvem, hva, hvordan</p>	<p>Når det kommer til smerteundervisning/informasjon lurer vi på → hvilke pasienter, hva bør undervisningen inneholde, og hvordan skal/bør den gjennomføres:</p> <p>Bruker du dette hos alle pasienter/ pasientgrupper, eller er noen mer aktuelle? → i så fall hvorfor er det mer aktuelt hos disse pasientene?</p> <p>Kan du si noe om hvordan du vanligvis legger opp pasientundervisning/-informasjon? → eksempler</p> <ul style="list-style-type: none"> • Individuelt/gruppe • Integrert i annen behandling • Undervisningsmateriale/-ressurser • Oppgaver mellom timene/ta med seg hjem • Tid <p>Hva mener du er det viktigste å ha med i pasientundervisning om smerte? → hvorfor?</p>
<p>Fase 4</p> <p>Smerteundervisning – kontekstuelle faktorer, Hva skal til for å lykkes?</p>	<p>Hva tenker du er viktige egenskaper hos fysioterapeuter som driver med smerteundervisning?</p> <p>Tilpasser du undervisningen individuelt? → i så fall hvordan?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasientsentret • Brukermedvirkning <p>Hva er din erfaring med pasientenes utbytte av smerteundervisning?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Smerte • Funksjon

	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivitet/deltagelse • Mestring • Livskvalitet
<p>Fase 5</p> <p>Smerteundervisning - utfordringer</p>	<p>Forskning støtter jo bruken av smerteundervisning, og det er anbefalt i retningslinjer for langvarige msk-plager.</p> <p>Hva tenker du er den største utfordringen med å overføre dette til klinisk praksis?</p> <p>Hvordan mener du pasientundervisning optimalt sett burde legges opp hvis man ser bort ifra økonomiske og tidsmessige aspekter?</p> <p>Hva er ditt inntrykk av fysioterapeuters kunnskap rundt temaet, og implementering i praksis? Hva er de største utfordringene?</p> <ul style="list-style-type: none"> • god nok dekket i grunnutdannelsen • generelt for dårlig kunnskap om emnet • biomedisinsk forståelse • behov for tilleggskunnskap som pedagogikk, kommunikasjon • vanskeligheter med overførbarhet til praksis <p>Hva bør man tenke på, eller hvordan bør man gå frem hvis man som fysioterapeut er usikker på hvordan man skal bruke smerteundervisning i klinisk praksis?</p>
<p>Fase 6</p> <p>Oppsummering</p>	<p>Oppsummere funn</p> <ul style="list-style-type: none"> • har vi forstått hovedbudskapet til informanten

	<p>Er det noe annet du tenker det er viktig å ha fokus på når det gjelder dette temaet?</p> <p>Hvilket budskap tenker du det er viktig at vi får frem? Da tenker vi særlig på om det er noe som er relevant og aktuelt for andre fysioterapeuters praksis</p>
<p>Fase 7</p> <p>Avslutning</p>	<p>Har informanten noe mer å tilføye?</p> <p>Er det noe som er uavklart?</p> <p>Opplevelser med dette intervjuet?</p> <p>Spørre om tillatelse til å ta kontakt for eventuell oppfølging/avklaring</p> <p>Takke for deltagelse</p>

Vedlegg 2

Vil du delta i studentprosjektet

«Fysioterapeuters erfaringer med smerteundervisning til pasienter med langvarige muskel- og skjelettplager»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et studentprosjekt knyttet til bacheloroppgaven hvor formålet er å undersøke hvordan fysioterapeuter integrerer smerteundervisning i sin 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

Pasientinformasjon/undervisning om smerte er anbefalt i mange retningslinjer som omhandler behandling av pasienter med langvarige muskel-skjelettplager. Vi er nysgjerrige på hvordan dette brukes i praksis og ønsker derfor i arbeidet med denne bacheloroppgaven å få et innblikk i ulike fysioterapeuters erfaringer med, og tanker rundt smerteundervisning til pasienter med langvarige smerter. For å se nærmere på dette vil vi utføre en kvalitativ intervjustudie der vår problemstilling er: Hva karakteriserer fysioterapeuters tilnærminger til smerteundervisning for pasienter med langvarige muskel- skjelettsmerter?

Hvem er ansvarlig for studentprosjektet?

OsloMET er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi har valgt ut informanter vi ønsker å intervju. Disse personene er fysioterapeuter som vi har fått kjennskap til via ulike plattformer, og som vi har inntrykk av at har spesielt interesse for, samt erfaring og kunnskap om temaet. Utvalget vi bestå av 3- 4 fysioterapeuter.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du ønsker å delta i dette prosjektet, innebærer det at vi vil intervju deg over telefon. Dette vil være et semistrukturert intervju med en del åpne spørsmål som vil dreie seg generelt om behandling av pasienter med langvarige muskel- og skjelettplager og da spesielt om smerteundervisning. Vi ønsker gjerne at du kan dele eksempler og erfaringer om dette fra din praksis, og også si litt om hva du tenker er viktig å vektlegge. Dette vil ta cirka 30-60 minutter.

Det vil bli tatt skriftlige notater fra intervjuet.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

Etter intervjuet vil materialet bli bearbeidet, analysert og brukes i oppgaven. All informasjon vil bli anonymisert slik at det ikke kan spores tilbake til deg som enkeltperson og pasientkasustikker som du eventuelt referer til. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt

og vil kun være tilgjengelig for prosjektgruppen (oss to studenter) samt vår veileder. Opplysninger vil bli oppbevart på en sikker måte til sensur av oppgaven er mottatt.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres og oppbevares på ett sikkert sted frem til prosjektet avsluttes og oppgaven er godkjent, noe som etter planen er i slutten av juni 2020. Etter dette vil alle notater fra intervju o.l. bli slettet.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

OsloMet ved

[Redacted]

s323537@oslomet.no

[Redacted]

s323511@oslomet.no

Vårt personvernombud:
Ingrid S. Jacobsen
Telefon: 67235534

personvernombud@oslomet.no

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

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

Grunnet omstendighetene rundt den pågående korona-pandemien vil samtykke om deltagelse i prosjektet innhentes muntlig over telefon.

Informant må da samtykket til følgende:

- Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Fysioterapeuters erfaringer med smerteundervisning til pasienter med langvarige muskel- og skjelettplager» og har fått anledning til å stille spørsmål.
- Jeg samtykker til å delta i intervju.
- Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

Med vennlig hilsen

Marit Fougner (veileder)

Vedlegg 3

Datamatrikse

Koder	Subkoder	Tema/kategori
Pasientsentrert behandling	Individualisering og brukermedvirkning Vurdering av endringspotensiele	Narrativenes betydning
Terapeutisk allianse	Alliansens betydning Kommunikasjonens kunst «å se seg selv utenifra, og andre innenifra»	Relasjon og tillit
Læring	Endret forståelse, ufarliggjøring og trygging Erfaringsbasert læring	Endret forståelse, trygghet og erfaring

