

MASTEROPPGAVE

i psykisk helsearbeid

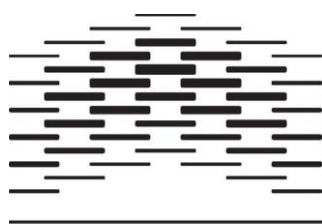
Mai 2017

Generaliserte muskelsmerter i lys av psykomotoriske fysioterapeuters tanker og erfaringer

Eline Røine Stenerud

Fakultet for helsefag

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid



**HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS**

FORORD

Helt siden jeg begynte på grunnutdanningen i fysioterapi har jeg hatt ambisjoner om en dag å fullføre en mastergrad. At det skulle bli master i psykisk helsearbeid hadde jeg nok ikke forestilt meg den gangen, men med årene har det vist seg å være min vei å gå. Nå står jeg omsider her ved veis ende, klar til å levere oppgaven som markerer avslutningen på 3,5 gode og krevende, men ikke minst lærerike år med videreutdanning og masterstudier ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Dette har vært en flott og givende periode i livet mitt, også mye takket være alle de fine menneskene jeg har blitt kjent med på veien.

Det er mange som fortjener en stor takk for å ha bidratt til at denne oppgaven nå er i havn:

Informantene – Dere har en uvurderlig og uunnværlig plass i dette prosjektet. Tusen takk for at dere ga av deres tid og delte deres tanker og erfaringer.

Min arbeidsgiver – Utpreget velvilje og imøtekommenhet fra arbeidsgiver er en viktig grunn til at jeg har klart å kombinere fulltidsjobb og masterarbeid. Retter også en stor takk til mine arbeidskollegaer for all oppmuntring underveis.

Aase og Kine – Sammen har vi støttet hverandre gjennom motgang og medgang i denne prosessen. Det er en glede å se at vi nå er i ferd med å krysse målstreken alle tre.

Min veileder, Gro Killi Haugstad – Tusen hjertelig takk for inspirerende og konstruktiv veiledning.

Familie og venner – Tusen takk for alle motiverende ord og støtte på veien.

Min kjære Daniel – Takk for at du bidro i innspurten med å lese korrektur. Du fortjener også en stor takk for all tålmodighet og forståelse du har vist meg gjennom denne studietiden. Nå skal du endelig få tilbake samboeren din.

Venus – Min firbente øyesten. Har vært en sterk bidragsyter til nødvendig avkobling, frisk luft og mosjon.

Tusen takk, alle sammen!

Eline Røine Stenerud

Kristiansund, mai 2017

SAMMENDRAG

Tittel: Generaliserte muskelsmerter i lys av psykomotoriske fysioterapeuters tanker og erfaringer.

Bakgrunn: Generaliserte muskelsmerter er et hyppig forekommende og sosialt kostbart helseproblem i Norge. På tross av ulike konklusjoner opp gjennom årene, hevdes det i dag blant anerkjente forskere at det ikke har fremkommet et klart, allmenngyldig svar på verken årsaksforhold eller effektiv behandling. Som en godt kjent pasientgruppe blant psykomotoriske fysioterapeuter, er det dermed grunn til å anta at behandlingen og måten pasientene blir møtt på i stor grad bygger på den enkelte terapeuts erfaringer og forståelse.

Formål: Utvikle ny kunnskap om generaliserte muskelsmerter, med et mål om å utvide forståelsen for fenomenet gjennom et perspektiv det har vært lite fokus på tidligere.

Problemstilling: *«Hvilke tanker og erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter med generaliserte muskelsmerter og behandling av pasienter med slike plager?»*

Metode: Kvalitative forskningsintervjuer med henholdsvis 5 psykomotoriske fysioterapeuter. Datamaterialet er bearbeidet ved bruk av systematisk tekstkondensering.

Resultater: 3 hovedkategorier ble identifisert og representerer studiens funn: «Kroppen som speilbilde av livet», «Bedringens vei» og «Terapeutisk tilnærming».

Konklusjon: Resultatene indikerer at de psykomotoriske fysioterapeutene i studien møter mange utfordringer i behandling av pasienter med generaliserte muskelsmerter. Deres biopsykososiale forståelse av fenomenet gjenspeiles i aktuell forskning, samtidig som at diagnostisering i stor grad synes å være symptombasert. Fibromyalgi trer frem som den diagnosen informantene opplever som mest begrensende. Den psykomotoriske undersøkelsen ble erfart som et nyttig verktøy. Gjennom berøring og fokus på andre parametere enn de for eksempel leger benytter i sine undersøkelser, synes den ofte å bidra til at pasienter for første gang får bekreftelse på sine plager, som igjen også ser ut til å virke styrkende i et allianseperspektiv. Den terapeutiske tilnærmingen fremstår mindre smertefokusert, og mer utforskende og ressursorientert. Psykomotoriske prinsipper og vid tidsbruk står sentralt.

Nøkkelord: *Psykomotorisk fysioterapi, generaliserte muskelsmerter, fibromyalgi, erfaringer, utfordringer, bedring, diagnose.*

ABSTRACT

Title: Widespread muscle pain in light of psychomotor physiotherapists' thoughts and experiences.

Background: Widespread muscle pain is a frequent and socially expensive health problem in Norway. Despite various conclusions over the years, it is currently debated among reputable researchers that there has been no clear, comprehensive conclusion to either etiology or effective treatment. As a well-known patient group among psychomotor physiotherapists, there is therefore reasons to assume that treatment and the way the patients are met must largely be based on the experience and understanding of the individual therapist.

Intention: Develop new knowledge about widespread muscle pain, with a goal of expanding the understanding of the phenomenon through a perspective with limited prior focus.

Research question: «*What thoughts and experiences do psychomotor physiotherapists have with widespread muscle pain and treatment of patients with such health problems?*»

Method: Qualitative research interviews with 5 psychomotor physiotherapists. The data was processed using systematic text condensation.

Results: Three main categories were identified and represent the findings of the study: «The body as a reflection of life», «The road of recovery» and «Therapeutic approach».

Conclusion: The results indicate that the psychomotor physiotherapists in the study face many challenges in the treatment of patients with widespread muscle pain. Their biopsychosocial understanding of the phenomenon is reflected in recent studies, while diagnoses seem to be largely symptomatic. Fibromyalgia appears to be the most restrictive diagnosis due to the experiencing of the informants. Containing elements of contact and focus on other parameters than used in other medical examinations, the psychomotor examination was perceived as useful tool, often appearing to help patients for the first time to get confirmation of their health problems. That also seems to be strengthening in an alliance perspective. The therapeutic approach appears less pain-focused, and more exploratory and resource-oriented. Psychomotor principles and generous use of time are essentials in the treatment.

Key phrases: *Psychomotor physiotherapy, widespread muscle pain, fibromyalgia, experiences, challenges, recovery, diagnosis.*

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	8
1.1 Tema	8
1.2 Begrepsavklaring	8
1.3 Bakgrunn for valg av tema	9
1.4 Problemstilling.....	10
1.5 Avgrensning og presisering av problemstillingen	10
1.6 Studiens relevans	10
1.7 Introduksjon av tema	11
1.7.1 Statistiske data	11
1.7.2 Historisk utvikling	11
2.0 TEORETISK FORANKRING	13
2.1 Hva sier litteraturen om generaliserte muskelsmerter?	13
2.1.1 Generelt om smerte	13
2.1.2 Generaliserte muskelsmerter	14
2.1.3 Sentral sensitivisering	14
2.1.4 Psykososial belastning	15
2.2 Fibromyalgi	16
2.3 Behandling.....	17
2.3.1 Tidligere forskning på NPMF-behandling av generaliserte muskelsmerter	17
2.3.2 Annen forskning rettet mot behandling av generaliserte muskelsmerter.....	18
2.4 Sykdomsbegrepet.....	19
2.5 Ulike perspektiver på kropp og sykdom.....	21
2.5.1 Biomedisinsk perspektiv	21
2.5.2 Fenomenologisk perspektiv	22
2.5.3 Biopsykososialt perspektiv	22
2.6 Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF)	23
3.0 METODE	23
3.1 Bakgrunn for metodevalg	23
3.2 Forskningsvitenskapelig forankring	24
3.2.1 Hermeneutisk – fenomenologisk tilnærming.....	24
3.2.2 Kvalitativt forskningsintervju	25
3.3 Forforståelse	25
3.3.1 Min forforståelse	25

3.4 Etiske overveielser.....	26
3.4.1 Krav i henhold til lovverk og etiske retningslinjer	26
3.4.2 Tema og problemstilling	26
3.4.3 Min rolle som forsker.....	27
3.4.4 Informantene	27
3.5 Databasesøk.....	28
3.6 Utvalg og rekruttering av informanter.....	28
3.6.1 Utvalg.....	28
3.6.2 Rekruttering av informanter.....	29
3.7 Intervjuprosessen	30
3.7.1 Utarbeidelse av intervjuguide	30
3.7.2 Endring av intervjuguiden underveis	30
3.7.3 Gjennomføring av intervjuer.....	30
3.8 Bearbeidelse av datamaterialet	32
3.8.1 Transkribering.....	32
3.8.2 Analyseprosessen.....	33
3.9 Evaluering av metode	35
4.0 RESULTATER	37
4.1 Kroppen som speilbilde av livet – begrensende diagnosebruk.....	37
4.1.1 Symptombildets betydning	37
4.1.2 Diagnosen som begrensende faktor	38
4.2 Bedringens vei	39
4.2.1 Bedring uten direkte fokus på smerten	39
4.2.2 Aspekter ved bedring/endring.....	40
4.3 Terapeutisk tilnærming.....	41
4.3.1 Avklare forventninger.....	41
4.3.2 Lytte, bekrefte og imøtekomme	42
4.3.3 Kartleggingsfokus	43
4.3.4 Virkemidler	44
4.3.5 Kroppen i et større perspektiv	45
4.3.6 Utdfordrende behandling	46
5.0 DISKUSJON	47
5.1 Oppsummering av hovedfunn	47

5.2 Når diagnosesekken blir for romslig	47
5.3 Behandlingsprosessen - Virksomme tiltak, god allianse eller livsfaktorer?.....	52
5.4 Reflekterende tanker.....	56
6.0 KONKLUSJON	57
6.1 Implikasjoner for videre forskning	58
REFERANSELISTE	59

VEDLEGG:

Vedlegg 1: Godkjenning NSD

Vedlegg 2: Informasjonsskriv

Vedlegg 3: Intervjuguide

Vedlegg 4: Skjema for skriftlig samtykke

1.0 INNLEDNING

Dette kapitlet innledes med en kort presentasjon av temaet for prosjektet, sentrale begreper og bakgrunn for valg av tema. Deretter følger problemstilling, samt konkretisering og klargjøring av fokusområder. Jeg vil så gjøre rede for studiens relevans, før en introduksjon til tema.

1.1 Tema

Oppgavens tema er psykomotoriske fysioterapeuters tanker og erfaringer med fenomenet *generaliserte muskelsmerter* og behandling av pasienter med slike plager. Generaliserte muskelsmerter regnes ofte som en underkategori av såkalte Medisinsk Uforklarte Plager og Sykdommer (heretter: MUPS). Begrepene blir forklart i kap.1.2. Empirien i oppgaven er forankret i kvalitative forskningsintervjuer med psykomotoriske fysioterapeuter.

1.2 Begrepsavklaring

Generaliserte muskelsmerter: Utbredte, diffuse muskelsmerter av mer enn 6 måneders varighet, hvor det ikke er påvist organisk patologi eller vevskade. Mitt inntrykk er at spesielt fibromyalgi er en diagnose som ofte synes å bli satt i sammenheng med generaliserte muskelsmerter. Det er likevel viktig ikke å sette likhetstegn mellom fibromyalgi og generaliserte muskelsmerter, ettersom fibromyalgidiagnosen innebærer krav om at gitte kriterier skal være oppfylt (kap.2.2). Denne oppgaven tar utgangspunkt i generaliserte muskelsmerter, uavhengig av diagnose. Begrepsbruken vil derfor hovedsakelig være «generaliserte muskelsmerter», men betegnelsen fibromyalgi vil bli brukt der den knyttes direkte til forskning, eller etter informantenes utsagn.

MUPS er forkortelse for *Medisinsk Uforklarte Plager og Symptomer*. Dette er kroppslige symptomer pasienten rapporterer, men hvor medisinske utredninger ikke gir en objektiv organisk forklaring (Aamland, Malterud & Werner, 2012). Generaliserte muskelsmerter faller inn under denne kategorien (Malterud, 2010).

Psykomotorisk fysioterapi: Her menes norsk psykomotorisk fysioterapitradisjon ad modum Braatøy/Bülow-Hansen (heretter: NPMF). Jeg vil gå nærmere inn på denne tradisjonen i kap.2.6.

Terapeutisk allianse: Bordin (1979) definerte terapeutisk allianse som pasientens og terapeutens enighet rundt mål for endringsprosessen, rollefordelingen i behandlingen og det relasjonelle båndet mellom partene med tanke på gjensidig tillit, aksept og fortrolighet.

Kronisk: Varighet av mer enn 6 måneder (Lindskog, 2003).

1.3 Bakgrunn for valg av tema

Som psykomotorisk fysioterapeut ved en allmenpsykiatrisk poliklinikk, møter jeg daglig pasienter som rapporterer om ulike kroppslige helseplager, der grundige og brede medisinske utredninger ikke har ført til noen organisk årsaksforklaring. Pasientene har ofte høyt symptomtrykk som innskrenker deres funksjonsnivå. Mitt inntrykk er at generaliserte muskelsmerter gjerne forekommer som kormorbide tilstander til angst, depresjon og traumelidelser.

Blant annet på grunn av høye sosiale kostnader, har det spesielt de siste to tiårene vært en eksplosiv vekst i forskning på generaliserte muskelsmerter med fokus på årsaksforhold, diagnostisering og behandling (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs & Turk, 2007). Det synes imidlertid å være noe sprik innenfor fagmiljøene i forhold til hvordan plagene betraktes og forstås. I «Den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer» (heretter: ICD-10), brukes betegnelsen somatoforme lidelser om lidelser hvor somatiske symptomer er dominerende, uten at organisk patologi kan påvises, men hvor det kan være holdepunkter for at underliggende psykologiske forhold har betydning for symptombildet (Statens helsetilsyn [ICD-10], 1999). Brodal (2013) påpeker imidlertid at definisjonen av somatoforme lidelser varierer innenfor de ulike forskningsmiljøene, antakelig fordi begrepet omfatter en lite forstått gruppe lidelser, som ikke så enkelt lar seg klassifisere i båser med presise definisjoner. Han poengterer også, og får bred støtte fra andre forskere på at all somatisk sykdom kan hevdes å påvirkes av psykiske faktorer og omvendt (Biguet, Keskinen-Rosenquist & Berg, 2012; Getz, Kirkengen & Ulvestad, 2011; Malterud, 2010).

Wigers (2002) hevdet for 15 år siden at det eksisterte nok kunnskap om årsaksforhold og behandlingsmuligheter knyttet til fibromyalgi, og at mulighetene for bedring var gode. I den senere tid hevdes det imidlertid at det ikke har fremkommet et klart allmenngyldig svar på verken årsaksforhold eller effektiv behandling (F.eks. Brodal, 2013; Okifuji & Hare, 2013; Garg & Deodhar, 2012).

For øvrig synes det å være forsket lite på psykomotorisk fysioterapi som behandling for generaliserte muskelsmerter (jf. kap.2.3.1). Bakgrunn for valg av tema er dermed et ønske om å utvikle ny kunnskap om hvordan psykomotoriske fysioterapeuter tenker om generaliserte muskelsmerter, og hvilke erfaringer de har med behandling av pasienter med denne type plager. Psykomotoriske fysioterapeuter er kanskje den gruppen helsepersonell, foruten fastlegene, som kommer tettest på enkeltpersonene innenfor denne pasientgruppen. Jeg

opplever også at psykomotorisk fysioterapi ofte blir «endeholdeplassen» når «alt annet» har vært forsøkt. Således ser jeg dette som et viktig og interessant felt å forske på.

1.4 Problemstilling

«Hvilke tanker og erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter med generaliserte muskelsmerter og behandling av pasienter med slike plager?»

1.5 Avgrensning og presisering av problemstillingen

Problemstillingen fikk bevisst en vid og åpen formulering. Bakgrunnen var en tanke om å gi informantene frihet til å dele det de selv var opptatt av innenfor temaet. Samtidig er det en risiko ved å gå for bredt ut. For å oppnå en balansegang så jeg det hensiktsmessig å konkretisere tre kjernespørsmål som utgangspunkt for det videre arbeidet:

- *Hvordan forstår psykomotoriske fysioterapeuter generaliserte muskelsmerter som fenomen?*
- *Hvilke tanker og erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter med behandling av pasienter med generaliserte muskelsmerter?*
- *Hvilke erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter knyttet til terapeutisk allianse i arbeid med pasienter med generaliserte muskelsmerter?*

1.6 Studiens relevans

Som nevnt, og som jeg vil komme tilbake til, synes det ikke å være etablert en entydig forståelse å støtte seg på, verken når det gjelder MUPS generelt, eller generaliserte muskelsmerter. Det er dermed grunn til å anta at behandlingen og måten pasientene blir møtt, i stor grad bygger på den enkelte terapeuts erfaringer og forståelse. Det at symptomer og plager er uforklarte, slik det er definert under MUPS-begrepet (kap.1.2), betyr ikke at det ikke finnes erfaringsbasert kunnskap blant erfarne klinikere. Thornquist (2003) påpeker:

«Sentrale sider ved den kunnskapen som viser seg i praksis, må trekkes frem i det offentlige, for at den skal få «virkelighetsstatus» og betraktes som viktig og gyldig.

Å dokumentere faget på måter som ivaretar og synliggjør fagutøvelsens særpreg, er av avgjørende betydning for at yrkesgruppene i helsesektoren skal forsvare sin rolle som offisielt anerkjente og profesjonelle fagutøvere» (Thornquist, 2003, s.214).

I forlengelse av dette ser jeg deling av erfaring som et godt utgangspunkt for videreutvikling innenfor det psykomotoriske fagfeltet. En svakhet ved den psykomotoriske tradisjonen har

vært at den i stor grad har vært gurubasert, og behovet for forskning er derfor avgjørende for faget i fremtiden (Bunkan, 2014). Jeg ser også potensiale for at kunnskapen kan komme til nytte utenfor det psykomotoriske fagmiljøet. Ved å belyse generaliserte muskelsmerter fra et psykomotorisk perspektiv, noe det har vært lite fokus på tidligere, kan det tenkes å kunne bidra til en utvidet forståelse for fenomenet, også i andre fagmiljøer.

1.7 Introduksjon av tema

1.7.1 Statistiske data

Undersøkelser viser at i løpet av en 2-4 ukers periode, vil 85-95% av en gitt populasjon ha opplevd et eller flere kroppslige symptomer (Ihlebak, Eriksen & Ursin, 2002). Cirka 50% av symptomene som rapporteres i førstelinjetjenesten synes å være medisinsk uforklarlige (Edwards, Stern, Clarke, Ivbijaro & Kasney, 2010). MUPS-pasienter blir generelt assosiert med høye kostnader, både direkte ved bruk av helsetjenester, men også indirekte i form av produktivitetstap som følge av sykefravær (Aamland, Malterud & Werner, 2014). Plager fra muskel-skjelettsystemet er svært utbredt i Norge. Forskning viser at 70-80% av befolkningen opplever slike smerter i løpet av en måned (Ihlebak, Brage, Natvig & Bruusgaard, 2010). I 2012 handlet nesten 40% av alle sykemeldinger om plager fra muskel-skjelettsystemet (NAV 2013). Undersøkelser har vist at det er en klar sammenheng mellom antall smerteområder i kroppen og nedsatt funksjon. Utbredte langvarige muskel-/skjelettsmerter, altså generaliserte muskelsmerter, predikerer således stor fare for fremtidig sykefravær og trygdeytelser (Ihlebak et al., 2010). Det er påvist at psykiatrisk kormorbiditet, spesielt angst og depresjon, er svært vanlig blant MUPS-pasienter, noe som ytterligere øker faren for sykefravær (Aamland et al., 2012).

1.7.2 Historisk utvikling

Medisinsk uforklarte symptomer har vært kjent innenfor medisin og psykologi i rundt 2000 år, og det er et område det forskes mye på. Likevel er det ikke etablert noen entydig og fullverdig felles forståelse for fenomenene i seg selv, eller hva som er effektiv behandling av disse lidelsene (Leiknes, 2007; Brodal, 2013). Til å begynne med var det kun kvinner som ble tilkjent slike symptomer. I det gamle Egypt og frem til 1700-tallet var uforklarte symptomer definert som en somatisk feilfunksjon, som kunne forklares med såkalt «vandrende livmor» eller «hysteri» (livmor på gresk: *hysteria*). Det innebar angivelig at livmoren vandret rundt i kroppen og ga symptomer. Denne teorien støttet også Hippokrates (460 f.Kr-377 f.Kr). Behandlingen mot slike symptomer ble følgelig å operere bort de rammede kvinnenes

kjønnsorganer (Malterud, 2006). Først på begynnelsen av 1700-tallet ble oppfatningen endret til at også menn kunne ha et slikt symptombilde, og at det kom av «nervøse mekanismer i sinnet» (Fors, Jacobsen, Borchgrevink & Stiles, 2014). I 1859 publiserte psykiateren Paul Birqet en avhandling som beskrev og systematiserte uspesifiserte somatiske plager som et syndrom. Avhandlingen støttet ifølge Fors et al., (2014) antakelsen om at symptombildet hang sammen med nervøsitet. Med psykoanalysen på 1800-tallet vokste det frem teorier om det underbevisstes rolle og hvordan fortrenning av følelser kunne konvertere til kroppslige symptomer (Malterud, 2006). En gruppe nevrologer og psykiatere, blant dem Sigmund Freud, publiserte kasuistikker som forklarte symptomene under begrepet «konversjonshysteri» eller «konversjonsnevrose» (Fors et al., 2014; Malterud, 2006). Den psykoanalytiske forståelsen var altså lineær og dikotom. Det vil si at de kroppslige symptomene ble sett på som sekundære, ved at de ble betraktet som en konsekvens av en tilgrunnliggende psykologisk ubalanse (Malterud, 2006). Dette la grunnlaget for utviklingen av psykosomatisk medisin på starten av 1900-tallet (Fava & Sonino, 2005). På slutten av 1970-tallet ble den biopsykososiale modellen introdusert. Den fremmet en medisinsk helhetstenkning med økt fokus på betydningen av den psykososiale kontekst, mot den tidligere langt snevrere biomedisinske tankegangen (Malterud, 2006). De ulike modellene utdypes i kap.2.5.

I Norge benyttes diagnosesystemet ICD-10 (1999), hvor alle definerte psykiatriske lidelser og sykdommer er klassifisert. I ICD-10 (1999) brukes, som nevnt i kap.1.3, betegnelsen *somatoforme lidelser* om lidelser hvor somatiske symptomer er til stede, uten at organisk patologi kan påvises, men hvor det kan være holdepunkter for at underliggende psykologiske forhold har betydning for symptombildet. Somatoforme lidelser kategoriseres videre under *nevrotiske lidelser*. Således kan det betraktes som at somatoforme lidelser forstås som psykiske lidelser i henhold til ICD-10 (1999), og uttrykker at psykologiske faktorer påvirker det kroppslige. Det viser seg altså stadig at forklaring av kausalitet knyttet til uforklarte somatiske symptomer, faller tilbake på at årsak ligger i *enten* soma *eller* psyke. Dette til tross for bred støtte til den biopsykososiale modellen (Malterud 2006).

Fibromyalgi er et eksempel på en diagnose som på mange måter er et unntak fra reglen. Denne diagnosen blir i ICD-10 (1999) kategorisert sammen med andre *sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev*, til tross for at den, som jeg vil komme tilbake til i kap.2.2, er å betrakte som en symptomdiagnose.

2.0 TEORETISK FORANKRING

2.1 Hva sier litteraturen om generaliserte muskelsmerter?

«Generaliserte muskelsmerter» er et vidt begrep. Gjennomgående i litteratur som omhandler generaliserte muskelsmerter, er stor variasjon i begrepsbruken. Sykdom, lidelse, syndrom og tilstand brukes vanligvis. Diagnoser som knyttes til generaliserte muskelsmerter er også varierende. Fibromyalgi fremstår for forfatteren som den vanligste diagnosen, men også diagnoser som kronisk muskelsmertesyndrom forekommer. Det bemerkes også at mange pasienter med slike plager ikke har en diagnose.

Utgangspunktet for dette prosjektet var å se på alle former for generaliserte muskelsmerter uten påvist organisk patologi, uavhengig av diagnose. I intervjuprosessen viste det seg imidlertid, som jeg vil komme tilbake til, at informantene i stor grad kom inn på fibromyalgi når de snakket om generaliserte muskelsmerter. Jeg anser det dermed som hensiktsmessig å vie fibromyalgidiagnosen noe mer oppmerksomhet, samtidig som at jeg også vil opprettholde et perspektiv som ikke er utelukkende diagnoseorientert.

2.1.1 Generelt om smerte

Til tross for at det ikke finnes forskningsmessig belegg for at smerte er enten fysisk eller psykisk, var dette tidligere vanlig tankegang (Fjerstad, 2010). Den internasjonale organisasjonen for smerteforskning (IASP) definerer smerte slik: «*Pain is an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage*» (Merskey & Bogduk, 1994). Smerte anses altså å være en individuell opplevelse som er uavhengig av underliggende sykdom eller skade (Fjerstad, 2010). Smertens hensikt er å beskytte kroppen fra å bli skadet, eller bidra til at skadet vev beskyttes i en tilhelingsprosess (Butler & Mosley, 2003).

Nervereseptorer som ved stimulering gir smerteopplevelse, kalles nociseptorer. Dette er reseptorer som aktiveres og sender signaler til hjernen ved stimuli som skyldes vevsødeleggelse eller som potensielt kan føre til vevsødeleggelse hvis stimuli fortsetter (Brodal, 2013). Brodal (2013) påpeker videre at nociseptorer og smerter ikke er det samme. Smerte er psykologisk og en subjektiv, «*ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse, som opptrer ved vevsskade, truende vevsskade, eller blir beskrevet som om den skyldtes vevsskade*» (Brodal, 2013, s. 230). Det er altså hjernens tolkning av signalene som avgjør om det medfører smerterespons eller ikke (Butler & Mosley, 2003). Det at smerteopplevelsen

produseres i hjernen, betyr at all smerte er reell og aldri må forstås som innbilning (Butler & Mosley, 2003).

2.1.2 Generaliserte muskelsmerter

I en situasjon hvor hjernen er den avgjørende faktor i vurderingen av hva som er eller kan være en trussel for kroppen, kan det forekomme at hjernen feilaktig oppfatter noe som fare for vevet. Det oppstår dermed smerte, til tross for at alt i realiteten er i orden (Butler & Mosely, 2003). Brodal (2013) forklarer dette med balansen mellom smertesystemets sensitivitet og spesifisitet. Normalt bør sensitiviteten være høy og spesifisiteten lav. Det er hensiktsmessig for at absolutt alle potensielt skadelige påvirkninger skal fanges opp. Dette vil naturlig nok kunne utløse mange falske alarmer, med smerteopplevelse som resultat. Brodal (2013) trekker i denne sammenheng linjer til lidelser som fibromyalgi, som muligens kan forstås i en slik sammenheng. Generelt sett er dårlig samsvar mellom nociseptoraktivering og smerteopplevelse et kjennetegn ved kroniske smertetilstander (Brodal, 2013). Tradisjonell biomedisinsk tenkemåte (kap.2.5.1) kommer dermed til kort når det handler om langvarige, diffuse smerter (Fors, 2012). Bunkan (2008) hevder at ømhet ved palpasjon (berøring av kroppsvev) heller ikke nødvendigvis er sammenfallende med subjektive smerter.

2.1.3 Sentral sensitivisering

Den simpleste formen for plastisitet i nervesystemet er at gjentatt skadelig stimulering enten leder til habituering (dempet respons) eller sensitivisering (økt respons) (Meeus & Nijs, 2007). Slike endringer medfører at opplevelsen av smertefulle stimuli enten forsterkes (hyperalgesi), eller at ufarlige stimuli feilaktig oppleves som smerte (allodyni). Sentral sensitivisering betyr altså at det foreligger økt respons i sentralnervesystemet på normal input fra nociseptive nevroner (Fors, 2012). Generaliserte muskelsmerter kan således bli en konsekvens av sentral sensitivisering (Meeus & Nijs, 2007). Butler & Mosley (2003) forklarer videre at nervesystemet ikke holder ulike kroppsdelar adskilt. En følge av sentral sensitivisering kan derfor bli at hjernen feilaktig oppfatter at større deler av kroppen er «truet», som igjen kan forklare spredning av smerte.

Et vanlig fenomen ved generaliserte muskelsmerter er at smerten er uforutsigbar i form av variasjon fra dag til dag, tilsynelatende uavhengig av belastning og kroppsbruk. Butler & Mosley (2003) hevder at det kan henge sammen med en mulig latensperiode på timer eller dager før smerten setter inn etter en aktivitet. Slik latens er uvanlig i sammenhenger med reell vevsskade, men er et trekk ved sentral sensitivisering. Samtidig vil bevegelse i slike tilfeller

ofte kunne forverre tilstanden. Bevegelse stimulerer sensoriske nervefibre. Dersom disse har økt sensitivitet, og det foreligger en forestilling om at bevegelse kan lede til smerte, kan terskelen for hvor mye aktivitet og hvor små bevegelser som skal til før smerten utløses, senkes (Butler & Mosley, 2003). Dette kan utvikle seg til katastrofetanker som f.eks. at «bevegelse ødelegger kroppen min», som igjen vil bidra til å forsterke smerteopplevelsen. Tolkes noe som farlig, oppleves det som vondere (Fjerstad, 2010; Meeus & Nijs, 2007). I følge Burton, Tillotson, Main & Hollis (1995) vil dessuten høy grad av katastrofetenkning nesten sjudoble sannsynligheten for at smerter blir kroniske.

2.1.4 Psykososial belastning

Erfaringer etterlater spor i kroppen (Steihaug, 2007). Tidligere ble kroppen først og fremst oppfattet som et redskap for handling. Nå er det en økende forståelse for at kroppen også er et viktig medium for å uttrykke følelser (Gelder, Borst & Watson, 2015). Generelt utgjør belastninger og påkjenninger i livet som økonomi, konflikter, tidsklemme og bekymringer en risiko for at smerte blir et kronisk problem (Fjerstad, 2010). Manglende kontroll og innflytelse over eget liv kan også skape helseplager. Dette kan f.eks. dreie seg om mennesker som lever i kontinuerlig beredskap, parat til å stille opp for andres behov, mens egne behov settes til side (Malterud, 2002). Å være i beredskap vises gjerne gjennom holdt pust, muskelspenninger og et restriktivt bevegelsesmønster (Steihaug, 2007). I utgangspunktet er det ikke skadelig i seg selv å være i denne tilstanden. Det blir skadelig først når den vedvarer (Øiestad, 2009).

Alvorlige livshendelser, langvarig psykososialt stress og traumer kan trigge symptomdebut, så vel som spredning av smerte (Häuser & Henningen, 2014). Spesielt gir mishandling av ulik art og omsorgssvikt i barndommen økt risiko for å utvikle generaliserte muskelsmerter. Effekten av en vanskelig barndom forverres ved stress i voksenlivet (Kirkengen & Næss, 2015). Tidlige erfaringer preger hjernens oppkobling og organisering, og danner grunnlaget for både helse og uhelse i et livsløpsperspektiv (Nordanger, 2014). Trygghet eller utrygghet i barndommen disponerer for ulike kroppsvaner og reaksjonsmønstre (Steihaug, 2007). En annen del av forklaringen kan være nevroendokrine avvik i form av endret kortisolrespons, som er påvist hos voksne fibromyalgipasienter som har opplevd seksuelle overgrep i barndommen (Weissbecker, Floyd, Dedert, Salmon & Sephton, 2006). Selva (1996) hevder at økt spenning i tverrstripet skjelettmuskulatur kan dreie seg om kanalisering av angst, på samme måte som at angst også kan kanaliseres i glatt muskulatur og gi urolig mage og kvalme, eller i kognitivt perseptuelt system, og vise seg som blant annet symptomer på dissosiasjon. Bunkan (2008) forklarer også muskelsmertene som en omsjaltning fra det

emosjonelle til det motoriske system. Ved å stramme muskulaturen dempes vonde følelser. Bruk av denne strategien over tid kan føre til at muskulaturen endrer grunnkonsistens til hard, slapp og/eller smertefull. Butler & Mosley (2003) forklarer sammenhengen mellom smerteutvikling og tidlige traumatiske hendelser som naturlig i lys av at traumatiske opplevelser gir hjernen større grunn til å være på vakt og beskytte kroppen. «*The best way to protect the body is to make it hurt*» (Butler & Mosley, 2003, s. 83).

Foruten endret kortisolrespons, foreligger det ellers ingen objektive laboratoriemessige eller røntgenologiske funn som kan bekrefte smerten, slik som ved revmatiske sykdommer (Kirkengen & Næss, 2015). Fravær av synlige tegn på smerte kan for mange i seg selv være en psykisk belastning, som igjen kan virke stressforsterkende og bidra til opprettholdelse av smerten (Fjerstad, 2010).

Hvordan omgivelsene responderer på smerten, samt hvilken smertekultur en har vokst opp i, har også betydning for smerteopplevelsen. Tillærte holdninger i barndommen om at smerte er farlig, og at dersom noe gjør vondt, bør en være forsiktig og legge seg ned, kan virke forsterkende. I tillegg har forskning vist at personer med svært bekymrede pårørende, tåler mindre smerte (Fjerstad, 2010).

For øvrig innebærer det å leve med smerter over lang tid, i seg selv også økt psykososial belastning. Mange kommer inn i et mønster hvor de kjenner på håpløshet i form av negative tanker som «jeg kommer aldri til å bli bra», «jeg orker ikke mer smerte» eller «jeg er en belastning for mine nærmeste». Slike tanker kan lett føre til passivisering, både fysisk og sosialt, og medføre ytterligere funksjonstap gjennom muskelsvinn og dekondisjonering. Dette vil igjen kunne bidra til mer smerte. I tillegg påfører kroniske smerter kroppen stress som i seg selv kan bidra til å forsterke smertene (Fjerstad, 2010).

2.2 Fibromyalgi

Foruten smerter i muskler, sener og senefester, skriver Okifuji & Hare (2013) at fibromyalgipasienter ofte presenterer et vidt spekter av det de omtaler som funksjonelle forstyrrelser. Det vil si plager hvor pasientens egen opplevelse av sine symptomer ikke samsvarer med legens funn ved somatiske undersøkelser (Haugli & Finset, 2002). Det kan være vedvarende utmattelse, søvnproblemer, kognitiv treghet, mageproblemer, stemningsforstyrrelser og parestesier (Okifuji & Hare, 2013), altså hudfornemmelser som f.eks. brenning, kribling, prikking, kløe, varme- eller kuldefølelse, uten at det foreligger ytre påvirkning (Lindskog, 2003). På Norges Fibromyalgiforbund sine nettsider ramses det opp

ytterligere en rekke symptomer som omfatter alt fra svimmelhet til synsforstyrrelser, øresus og hyppig vannlating (Norges Fibromyalgi Forbund, u.å). Fibromyalgisekken viser seg dermed å kunne være svært romslig med varierende innhold. Samtidig baseres diagnosesettingen på pasientens subjektive symptomer (Garg & Deodhar, 2012). Frem til 2010 var diagnostiseringen hovedsakelig basert på triggerpunkter (Wolfe et al., 2010). The American College of Rheumatology utviklet da nye diagnosekriterier hvor en somatisk klinisk undersøkelse ble utelatt. I stedet ble det lagt vekt på pasientenes egenrapportering av symptomer i form av to skalaer som måler smertens utbredelse og alvorlighet, ut fra i hvilken grad utmattelse, fysisk utholdenhet og kognitive funksjoner er påvirket. I tillegg kreves uendret symptomnivå i minst 3 måneder, samt utelukkelse av andre sykdommer som ellers kunne forklart smertene (Wolfe et al., 2010). De nye kriteriene favner altså også enkelte symptomer som ofte rapporteres, men som ikke er smerterelaterte. Garg & Deodhar (2012) påpeker imidlertid at kun å bruke selvrapporteringsskjema som verktøy i diagnostisering er problematisk. En symptomdiagnose sier ikke mer enn hva pasienten selv forteller, og kan dermed i bunn og grunn betraktes som pasientens ord oversatt til gresk (Thornquist, 2009). Wolfe et al. (2010) presiserer at de nye klassifikasjonskriteriene ikke er ment å erstatte de gamle, men at de kan brukes som et klinisk verktøy. Hvilke kriterier som brukes i praksis er uvisst.

2.3 Behandling

2.3.1 Tidligere forskning på NPMF-behandling av generaliserte muskelsmerter

Det ble gjort litteratursøk (kap.3.5) etter eksisterende forskning som konkret belyser psykomotorisk behandling av pasienter med generaliserte muskelsmerter. Kun én publikasjon av Breitve, Hynninen & Kvåle (2010), synes å være relevant. En RCT-studie rettet mot behandling av pasienter med langvarige muskel-skjelettplager er imidlertid på trappene. Dette vil bli den første RCT-studien som måler effekten av NPMF (Dragesund & Kvåle, 2016).

Den førstnevnte studien omhandler virkningen av NPMF på subjektive helseplager og psykologiske symptomer generelt. Studien retter seg ikke direkte mot generaliserte muskelsmerter, men ettersom generaliserte muskelsmerter ofte kategoriseres under subjektive helseplager, og gjerne er en kormorbid tilstand til andre psykiske lidelser (Malterud, 2010), anses den likevel som relevant. Studien er en ikke-randomisert studie som inkluderer 40 pasienter hentet fra ventelister for psykomotorisk fysioterapi. Behandlingsgruppen ble kontrollert opp mot en kontrollgruppe på 22 pasienter, hentet fra de samme ventelistene. Alle

hadde klinisk signifikante helseplager av gjennomsnittlig 9 års varighet ved behandlingsstart. Effekten ble målt ved hjelp av ulike selvrappoterings skjemaer rettet mot fysiske og psykiske helseplager ved baseline, etter 6 måneder og etter 12 måneder (kun behandlingsgruppen). Det hevdes i studien at NPMF har potensiale for å redusere subjektive helseplager, depresjon, angst, insomnia, utmattelse, samt øke livskvaliteten (Breitve et al., 2010).

Videre er det publisert en doktorgradsavhandling som tar for seg langvarig psykomotorisk behandling av kroniske muskelsmerter i rygg og nakke (Øien, 2010). Da generaliserte muskelsmerter ikke omfattes av avhandlingen, og den for øvrig har kommunikasjon og terapeutisk relasjon som fokusområde, anses den ikke direkte relevant i denne sammenheng.

2.3.2 Annen forskning rettet mot behandling av generaliserte muskelsmerter

Courtois, Cools & Calsius (2015) har i en systematisk review sett på effekten av kroppsbevissthetsbehandling på fibromyalgi og kronisk utmattelsessyndrom. Det påpekes imidlertid blant annet at det er inkludert studier av lav metodisk kvalitet og små utvalg. På bakgrunn av sprikende resultater, konkluderer forfatterne med at det ikke er grunnlag for å anbefale kroppsbevissthetsøvelser med hensikt å redusere generaliserte muskelsmerter. Slike intervensjoner ser imidlertid ut til å ha en positiv virkning på angst- og depresjonssymptomer.

I følge Mengshoel (2007) har det vært vanlig å henvise pasienter med fibromyalgi til behandling med trening og kognitiv terapi. Hennes gjennomgang av effektstudier for ti år siden, viste imidlertid at slik behandling har liten eller ingen effekt ved måling av smerteintensitet. Bedring av smerte handlet kun om reduksjon i antall ømme punkter og dempet palpasjonsømheter. Ettersom det er smerteintensiteten som antas å uttrykke hvor alvorlig smertetilstanden er, argumenteres det for at verken trening eller pasientundervisning kan betraktes som smertebehandlingsmetoder, men at det bør forskes på andre intervensjoner (Mengshoel, 2007). Okifuji & Hare (2013) fremhever imidlertid i sin systematiske review viktigheten av etablering av behandlingsmål i kombinasjon med tverrfaglig behandling bestående av nettopp pasientundervisning, medisiner, trening og kognitiv adferdsterapi. Det konkluderes likevel med at til tross for 30 år med søken etter effektiv behandling av fibromyalgi, er kroniske smerter fremdeles svært vanskelig å behandle. En årsak til dette kan være store variasjoner mellom individene som får diagnosen. Det gjør det nærmest umulig å vite om den enkelte pasient vil profitere på en gitt behandling, til tross for at det statistiske utfallet av en gruppe pasienter som er undersøkt, samlet sett er positivt eller negativt (Okifuji & Hare, 2013).

2.4 Sykdomsbegrepet

Ingen går gjennom livet uten å få erfaring med sykdom (Lærum, 2005). Termen «sykdom» er mer utbredt i somatikken, sammenlignet med i psykiatrien hvor de noe mer forsiktige begrepene «lidelse» eller «tilstand» oftere blir brukt (Schramme, 2013). Hvordan sykdom oppfattes har stor samfunnsmessig betydning. Forståelsen av begrepet har endret seg mye gjennom tidene. Kunnskap, religion, filosofi, kultur og politikk har vært faktorer som har påvirket denne forståelsen. Felles for de fleste definisjoner som har vært i bruk er at de sier noe om avvik fra en norm i form av forstyrrelser, feil, svikt eller ubalanse (Lærum, 2005). Det har vært mye diskusjon i fagmiljøene i Norge, og det synes ikke å eksistere en tydelig, allmenngyldig definisjon på hva begrepet sykdom innebærer (Hofmann & Wilkinson, 2016). Det er dermed også uklart hvorvidt generaliserte muskelsmerter generelt, eller diagnoser som fibromyalgi, er å betrakte som en sykdom eller ikke.

I en medisinsk ordbok er sykdom definert på følgende måte: «*Sykdom; et mangfoldig begrep der en enkel definisjon kan være: forstyrrelse eller problemer i en levende organismes funksjoner*» (Lindskog, 2003:534). Ut fra denne definisjonen, ville de fleste helseplager, store eller små, kunne falle inn under sykdomsbegrepet. Hofmann (2014) konkluderer med at spørsmålet «hva er sykdom?», reiser en rekke grunnleggende problemstillinger som ikke har enkle, entydige svar. Det påpekes imidlertid at det er like viktig å søke forståelse for hvordan det oppleves å være syk, som å forstå molekylærbiologiske aspekter ved sykdom.

Hva som generelt oppfattes som sykdom kan man likevel si er avhengig av spesielt tre perspektiver. Det er det personlige perspektivet, altså den enkeltes oppfatning av egen tilstand. Det er det profesjonelle perspektivet, altså medisinske undersøkelser. I tillegg er det i stor grad det kulturelle og samfunnsmessige perspektivet som definerer en persons rolle som syk, og avgjør hva som er akseptable grunner for ikke å oppfylle sine plikter, samt å få tilgang til helsetjenester (Hofmann, 2014; Hofman & Wilkinson 2016).

«*Alle personer med plager utfordrer oss til å finne en diagnose, en årsak og en behandling*» (Hofmann, 2014, s. 21). Med hensikt å forstå sykdom, diagnostiseres ulike tilstander.

Pasientens egen opplevelse illegges nå mindre betydning enn tidligere. I dagens helsevesen har diagnostiske testverktøy fått høy prioritet. Dette påvirker i stor grad hva som oppfattes som sykdom. En tilstand som ikke passer inn i etablerte diagnosesystemer, faller utenfor og blir vanskeligere oppfattet som sykdom (Hoffmann, 2014).

Tilfeller med lignende symptombilde blir likevel samlet under et sykdomsnavn. Fibromyalgi er et eksempel på dette. Gjennomgående for mennesker som tildeles diagnoser basert på tilstandsbilder, er at de har svært høy symptombelastning og mye bekymring knyttet til forståelse av plagene (Helle-Valle, 2011). Malterud (2002) påpeker at mye tyder på at en del tilstander som slås sammen i grove kategorier ofte kan synes å dreie seg om ulike tilstander, ettersom pasienter med samme diagnose kan respondere ulikt på samme behandling.

For øvrig står årsaksfaktorer sentralt for forståelse av sykdommer. Årsaker er ofte knyttet til teorier som er virksomme når det gjelder forståelse og klassifisering. Oppdagelsen av bakterier på 1800-tallet dannet for eksempel et helt nytt grunnlag for forståelsen av mange sykdommer. På samme måte har det vært stor forventning til at genetikken vil kunne gi ny forståelse av sykdom. Ny viten om sykdomsmekanismer, årsaker og teorier medvirker til at eksisterende sykdommer endres, forsvinner, eller at nye kommer til. Likevel er det fremdeles mange sykdommer der årsaken er ukjent. Det kan således bety at kunnskap om årsak ikke nødvendigvis trenger å være en påkrevd betingelse for sykdom (Hofmann, 2014).

Når somatiske plager ikke kan forklares av objektive medisinske funn, benyttes gjerne begreper som f.eks. subjektive helseplager, sammensatte plager og funksjonelle lidelser. Personer som opplever at plagene deres ikke kan bekrefte gjennom objektive funn, føler seg gjerne avvist eller ikke forstått av helsevesenet. Dersom plagene blir tilskrevet psykiske årsaker, føler mange seg krenket (Helle-Valle, 2011; Malterud, 2006; Stone, 2014). Dette gjenspeiler i stor grad det Thornquist (2011) påpeker om at den vestlige kulturarv i stor grad fremdeles er preget av et dualistisk syn på mennesket. Hvorvidt kroppen er frisk eller syk betraktes som et fysisk fenomen. På mange måter oppfattes kroppen som en maskin, sykdom som feil i maskineriet, og behandling som reparasjon. Denne forståelsen gjenspeiles også i oppbygningen av helsevesenet i somatiske og psykiatriske sykehus (Thornquist, 2011). Likevel er det stor variasjon i hvor sykdomsorientert den enkelte helsepersonell er. Korsryggsmerter kan for eksempel av én lege møtes med en omfattende utredning med bruk av bildediagnostikk og spesialisthenvisning. En annen lege kan ha en holdning om at korsryggsmerter vanligvis er en ufarlig plage som rammer 80% av befolkningen, og som de fleste kan leve med (Lærum, 2005).

Spesielt de siste to-tre tiår synes det å ha blitt et stadig større fokus på samtidighet mellom psykiske og somatiske tilstander. Likevel bærer fremdeles mye forskning preg av et dualistisk årsak-virknings-syn. For eksempel kan utfordringer knyttet til sammensatt problematikk

omtales på følgende måte: «Spesielt dreier dette seg om pasienter med somatiske lidelser, hvor depresjonen kan være enten en følgetilstand eller en utløsende årsak» (Jacobsen & Stiles, 2012, s. 64). En annen motsier seg selv i sin omtale av den biopsykososiale modellen: «Den dualistiske oppdeling i somatiske og psykiske årsaker til sykdom og funksjonstap strekker ikke til for å forklare de «nye» lidelser. Jo lenger et uforklarlig symptom har vart, desto større grunn er det til å lete etter vedlikeholdende faktorer knyttet til personlighet, psykiske forhold og miljø» (Holtedal, 2002, s. 1131). I språkspalten i Tidsskrift for den Norske Legeforening oppsummeres sammensatte lidelser slik: «To eksempler på sammensatte lidelser er generaliserte muskelsmerter og kronisk utmattelsessyndrom, i tilfeller der det verken kan påvises veldefinerte eller psykiske årsaker til sykdom. Ut fra våre kriterier er det misvisende å snakke om en sammensatt lidelse når man har kronisk, somatisk sykdom med psykiske tilleggsfaktorer, psykiatrisk sykdom kombinert med somatiske symptomer eller en kombinasjon av flere veldefinerte sykdommer» (Borchgrevink et al., 2009, s. 1368).

Det språklige mangfoldet og mangel på klare begrepsdefinisjoner kan dermed synes å kunne forklares med at de mange ulike perspektivene som finnes på sykdom, ikke lar seg forene i et og samme begrep (Hofmann & Wilkinson, 2016).

2.5 Ulike perspektiver på kropp og sykdom

2.5.1 Biomedisinsk perspektiv

I følge Martinsen (2004) var det filosofen Descartes (1596-1650) som la grunnlaget for den moderne vitenskapelige metode. Således har medisinsk kunnskap tradisjonelt vært ansett som den viktigste og sanneste kunnskapen om kroppen (Gretland, 2007). I det ligger det at kroppen, sinnet og miljøet en lever i har vært studert hver for seg. Kroppen avpersonifiseres og reduseres til «noe», og ikke «noen». Den har blitt ansett som et rent naturfenomen, hvor den forklares uavhengig av tid, sted og sammenheng (Thornquist, 2003). Sykdomsbegrepet innenfor biomedisinsk tradisjon forutsetter således at kroppslige symptomer må kunne bekreftes av kliniske eller laboratoriemessige funn. Symptomer uten funn, må antas å handle om psykisk sykdom eller fravær av egentlig sykdom (Malterud, 2010). Dette gjenspeiles i psykiatrisk litteratur, hvor kroppen hovedsakelig blir trukket frem i sammenheng med tilstander under betegnelsene psykosomatiske sykdommer, hypokonderi eller somatisering (Gretland, 2007).

2.5.2 Fenomenologisk perspektiv

Utgangspunktet for kroppsfenomenologien er at mennesket eksisterer som kropp (Gretland, 2007). Den levde kroppen kan således ikke forstås løsrevet fra sin omverden og livshistorie. Kroppen er noe mer enn et objekt som er gjenstand for naturlover. Kroppen kommuniserer mening som er preget av erfaringer, sosialt og kulturelt liv. Den uttrykker det levde liv på en måte som ikke nødvendigvis kan formidles med ord (Martinsen, 2004). På lik linje med at rødming kan indikere en opplevelse av å være flau, kan det være fruktbart også å se på kroppslig symptomer og plager som bærer av mening (Haugli & Finset, 2002). Gjennom sansene er kroppen utgangspunktet for måten vi oppfatter verden på. Ut fra tanken om at kroppen er menneskets tilgang til verden, vil således kroppslige forandringer kunne endre opplevelsen av verden (Duesund, 2001). I følge Martinsen (2004) var filosofen Merleau-Ponty (1908-1961) opptatt av at mennesket *er* kropp, fremfor at mennesket *har* en kropp. Kroppen er ikke et skall for bevisstheten. «*Kroppen er menings- og betydningsskapende i sin uttrykksform, og i kraft av kroppen finner vi fotfeste i verden*» (Martinsen, 2004, s. 21). Således kan den levde kroppen beskrives som en levd relasjon til verden (Biquet et al., 2012).

2.5.3 Biopsykososialt perspektiv

Tidlig på 1950-tallet startet legen Georg Engel utviklingen av tanker og ideer rundt det som skulle lede til lanseringen av den biopsykososiale modellen på 70-tallet (Dowling, 2005). Modellen ble lansert som en reaksjon på den biomedisinske modellen, og la vekt på en helhetlig forståelse av sykdom i lys av både biologiske, psykiske og sosiale faktorer (Falkum, 2008). I henhold til modellen springer god helse eller sykdom ut fra et skjæringsfelt der psykologiske, biologiske og sosiale forhold påvirker hverandre i helsefremmende eller sykdomsskapende retning (Malterud, 2010). Kirkengen & Thornquist (2013) er tydelige på at krenkelse og sykdom åpenbart henger sammen, selv om det fra et medisinsk ståsted fremdeles er uklart hvordan. Således bør utredning av MUPS-lidelser søke en helhetsforståelse med tanke på plagenes årsak og symptombilde. Plagene bør ses både fra et biologisk perspektiv og et fenomenologisk perspektiv, altså som bærer av mening. Slik blir pasientens erfaringer, kjønn, kulturelle og sosiale situasjon medisinsk gyldig informasjon, sidestilt med biologisk forankrede parametere (Haugli & Finset, 2002). Modellen er i dag bredt akseptert som forklaringsmodell i tilknytning til kronisk smerte (Gatchel et al., 2007).

2.6 Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF)

«Den røde tråden i psykomotorisk behandling er å oppleve kroppen og oppleve via kroppen» (Thornquist & Bunkan, 1986).

NPMF er en norsk tradisjon som ble grunnlagt på 1950-tallet gjennom et samarbeid mellom psykiater Trygve Braatøy og fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen (Bunkan, 2014). NPMF skiller seg fra såkalt ordinær fysioterapi ved at metoden i større grad bygger på en helhetstenkning hvor en ikke ser f.eks. knær og skuldre for seg, men forstår kroppen som én funksjonell og samspillende enhet som både uttrykker og regulerer følelser, og gjenspeiler det levde liv (Thornquist, 2006). Et lokalt kroppslig symptom betraktes som en ubalanse i muskulatur og respirasjon ved at endringer et sted medfører ringvirkninger i øvrige deler av kroppen (Thornquist, 2006). Ubalansens årsak anses som en kausalitet mellom kropp og følelser, hvor muskelspenninger og holdt respirasjon har som funksjon å bremse, undertrykke og fortrenge vanskelig følelsesmessig materiale (Thornquist & Bunkan, 1986). Dette betyr at både undersøkelse og behandling omfatter hele kroppen, uavhengig av type symptomer og plager pasienten presenterer (Thornquist, 2006). Målet med behandlingen er omstilling av uhensiktsmessig kroppsholdning, spenningsnivå i muskulatur og respirasjonsmønster (Thornquist & Bunkan, 1986). Indikasjonsområdet for NPMF er langvarige smertetilstander, revmatiske lidelser, astma og andre former for pusteproblemer, samt psykiske lidelser som spiseforstyrrelser, traumer, angst og depresjon (Thornquist, 2006).

3.0 METODE

I dette kapittelet vil jeg legge frem bakgrunn for valg av metodisk tilnærming med en påfølgende forskningsvitenskapelig forankring. Jeg vil også legge frem tanker om min egen forforståelse, samt etiske overveielser knyttet til studien. Videre vil jeg redegjøre for de ulike delene i forskningsprosessen som er: databasesøk, utvalg og rekruttering av informanter, intervjuprosessen, bearbeidelse av datamaterialet og evaluering av metode.

3.1 Bakgrunn for metodevalg

Som nevnt er oppgavens problemstilling: «*Hvilke tanker og erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter med generaliserte muskelsmerter og behandling av pasienter med slike plager?*». Formuleringen er utforskende og inneholder begreper som *tanke* og *erfaringer* knyttet til et bestemt fenomen. Kvalitativ metode i form av en hermeneutisk-fenomenologisk

tilnærming er godt egnet for å besvare problemstillinger som denne, hvor målet er økt forståelse og innsikt i psykomotoriske fysioterapeuters livsverden og erfaringer, relatert til fenomenet generaliserte muskelsmerter (Johannssen, Tufte & Christoffersen, 2010; Kvale & Brinkmann, 2015). Min intensjon med forskningen var å frembringe et dyptgående, fyldig og nyansert datamateriale som kunne belyse problemstillingen. Videre ble det derfor viktig å velge den metoden som sannsynligvis ville gi de beste forutsetningene for at informantenes opplevelser, synspunkter, refleksjoner, erfaringer og forståelse skulle kunne komme frem. Valget falt på kvalitativt forskningsintervju, basert på en semistrukturert intervjuguide. Jeg håpet at denne tilnærmingen ville kunne sikre en rød tråd i datainnsamlingen, samtidig som at informantene ville kunne stå fritt i sin fremstilling og ha mulighet til å påvirke intervjuene.

3.2 Forskningsvitenskapelig forankring

3.2.1 Hermeneutisk – fenomenologisk tilnærming

Kvalitative metoder bygger på teorier om fenomenologi (menneskelig erfaring) og hermeneutikk (fortolkning) (Malterud, 2011). En fenomenologisk tilnærming betyr at mennesker og deres erfaringer med og forståelse av et fenomen utforskes og beskrives (Johannessen et al., 2010). Forskeren forsøker å forstå meningen med et fenomen ved å se gjennom informantenes øyne, slik det konkret oppleves og erfares fra et subjektperspektiv. Målet er å få frem betydningen av informantenes erfaringer og opplevelser av verden, forut for vitenskapelige forklaringer (Johannessen et al., 2010; Kvale & Brinkmann, 2015; Thomassen, 2005). I et fenomenologisk perspektiv regnes menneskers erfaringer som gyldig kunnskap (Malterud, 2011).

I helsearbeid blir evidensbasert praksis, dvs. klinisk kontrollerte forsøk av utvalgte pasientgrupper og kontrollgrupper, gjerne ansett som den eneste kunnskapsformen som er til å stole på (Gretland, 2007). NPMF er et praktisk fag hvor en god terapeut med utgangspunkt i formell kunnskap, innøvde praktiske ferdigheter og personlig erfaringskunnskap, skal være sensitiv for pasienten og tilpasse behandlingen ut fra pasientens gjensvar. Terapeutens kliniske skjønn kan bare utvikles gjennom praksis. Således er praksis en avgjørende kilde til kunnskap i kliniske fag (Gretland, 2007).

Hermeneutikk betyr å tolke eller fortolke, og omtales også som «læren om fortolkning av tekster» (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 73) eller «den forstående metode» (Thomassen, 2005, s. 159). Formålet med hermeneutisk fortolkning er å oppnå gyldig og allmenn forståelse av hva en tekst betyr (Kvale & Brinkmann, 2015). Samtidig bygger hermeneutikken på

prinsippet om at mening bare kan forstås i lys av den sammenheng det som studeres er en del av (Thagaard, 2009).

3.2.2 Kvalitativt forskningsintervju

Det kvalitative forskningsintervjuet er en profesjonell samtale med struktur og et bestemt formål. Kunnskap konstrueres gjennom dialog og interaksjon mellom intervjuer og informant (Kvale & Brinkmann, 2015). I utgangspunktet er forskningsintervju en isenesatt samtalekontekst hvor rollefordelingen i intervjusituasjonen skaper en struktur hvor de to partene ikke er likestilte. Intervjueren styrer i stor grad situasjonen gjennom å være den som stiller spørsmål og følger opp svar fra informanten. Som intervjuer er det viktig å være bevisst denne skjevheten, og gi informanten frihet til å bringe inn nye temaer og aspekter. Når informantene gis slike friheter, kan de bedre komme frem med sine erfaringer og oppfatninger, som er kilden til ny kunnskap (Johannessen et al., 2010). En forutsetning for at informanten skal våge å benytte seg av denne friheten er at det skapes et klima preget av trygghet og fortrolighet i intervjusituasjonen (Malterud, 2011). Som uerfaren intervjuer, som jeg anser meg selv for å være, er det fort gjort at min egen forforståelse i for stor grad blir styrende for intervjuets fokus. Dette vil kunne hindre ervervelse av ny kunnskap ved at intervjuet foregår innenfor rammene av allerede eksisterende kunnskap. Relevant fokus kan ligge et annet sted enn der det i utgangspunktet var forventet å være. Malterud (2011) trekker videre frem fordelene ved å invitere informanten til å dele sine erfaringer i form av eksakte hendelser. Det bidrar til at samtalen blir mer konkret, fremfor generell og overfladisk.

3.3 Forforståelse

Forforståelse er den bagasjen forskeren bærer med seg inn i forskningsprosjektet i form av erfaringer, oppfatninger, kunnskap og faglig perspektiv (Johannessen et al., 2010; Malterud, 2011). Ved ettertanke, var det nettopp min egen forforståelse som motiverte meg ved valg av tema i dette prosjektet. I utarbeidelse av intervjuguiden spilte også forforståelsen en sentral rolle. Uten noen form for kjennskap til temaet, ville datamaterialet blitt svært tilfeldig. Jeg ville ikke hatt noen forhåndsoppfatning om hva det var interessant å få vite noe om. Samtidig er fallgruven at ny kunnskap uteblir, nettopp fordi den aldri ble spurt etter. Forforståelsen påvirker hva og hvordan data vektlegges og tolkes. (Johannessen et al., 2010).

3.3.1 Min forforståelse

Min forforståelse knyttet til temaet, bygger hovedsakelig på erfaringer jeg har gjort meg som psykomotorisk fysioterapeut ved en allmennpsykiatrisk poliklinikk. Jeg har inntrykk av at

generaliserte muskelsmerter er hyppig forekommende hos pasienter som henvises til psykiatrien. Jeg synes det ofte dreier seg om personer som er pliktoppfyllende og som har anstrengt seg for å holde ut psykisk belastende livsbetingelser over lang tid. Jeg opplever at mange generelt er sensitive for kroppslige symptomer. Mange pasienter uttrykker tanker om at plagene deres er kroniske og at de har fått informasjon som sier at det ikke finnes noen «kur». Jeg opplever denne pasientgruppen som utfordrende å behandle, da både symptom bildet og andre forhold rundt pasienten ofte fremstår som svært komplekse og sammensatte.

3.4 Etiske overveielser

3.4.1 Krav i henhold til lovverk og etiske retningslinjer

I henhold til personopplysningsloven (2001) skal ethvert forskningsprosjekt som involverer behandling av personlige opplysninger med elektroniske hjelpemidler meldes og godkjennes. Jeg hadde ingen intensjoner om at personopplysninger skulle fremkomme i datamaterialet. Samtidig kunne jeg ikke på forhånd garantere for hva slags informasjon informantene kunne komme til å dele under intervjuene. Jeg tok dermed høyde for at det potensielt kunne fremkomme personidentifiserende opplysninger i materialet, og valgte derfor å melde prosjektet til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) (vedlegg 1).

I henhold til Helseforskningsloven (2009) stilles det krav om informert og fritt samtykke fra deltakerne før forskningsprosjektet settes i gang. Informantene skal orienteres om alle aspekter som angår vedkommende sin deltakelse i prosjektet, samt behandling av datamaterialet. Samtykket skal så avgis uten noen form for ytre press eller personlige konsekvenser. Informantene har dessuten rett til å trekke seg når som helst, uten at det medfører negative konsekvenser for dem (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag [NEM], 2009).

Alle informantene fikk tilsendt et informasjonsskriv (vedlegg 2) per e-post i forbindelse med forespørsel om deltakelse i prosjektet. I forkant av hvert intervju ble informasjonen gjentatt, og skriftlig eller muntlig samtykke innhentet. Spesielt i sammenheng med telefonintervjuene, hvor diktafonen ikke var synlig for informantene, var det viktig å gjenta informasjonen om at det ville bli gjort lydopptak av samtalen.

3.4.2 Tema og problemstilling

Problemstillingen retter seg mot psykomotoriske fysioterapeuter og deres tanker og erfaringer knyttet til generaliserte muskelsmerter og behandling. Det etterspørres altså generelle

pasienterfaringer, ikke direkte pasientopplysninger. Intervjuene var heller ikke ment å etterspørre personlig informasjon om informantene selv.

Temaet i oppgaven, generaliserte muskelsmerter, ble i utgangspunktet ikke vurdert som et sensitivt tema. Likevel gjorde jeg meg tanker om at resultatene av undersøkelsen potensielt kunne komme til å virke stigmatiserende og således krenkende for den aktuelle pasientgruppen som helhet. Fibromyalgi er som nevnt en diagnose som faller inn under generaliserte muskelsmerter. Det er en allerede stigmatisert gruppe, og en diagnosegruppe som av leger rangeres som en av de minst prestisjefylte (Album & Westin, 2008). Det er således en sårbar gruppe å frembringe kunnskap om. Samtidig er det en pasientgruppe som ofte faller mellom to stoler, og således synes å ha behov for å bli tatt på alvor. Bakgrunnen for studien var et egenobservert behov for forskning knyttet til denne pasientgruppen. Jeg anså dermed temaet som viktig, til tross for at jeg på forhånd ikke kunne forutsi hvordan informantene ville fremstille det. Gjennom hele forskningsprosessen forsøkte jeg å være bevisst i min omgang med temaet, slik at jeg i minst mulig grad skulle bidra til økt stigmatisering og unødvendig negativ omtale av en allerede sårbar gruppe.

3.4.3 Min rolle som forsker

Jeg gikk inn i dette prosjektet som forskende masterstudent, med et samtidig daglig virke som psykomotorisk fysioterapeut. En kommer således ikke bort ifra at jeg var forsker på mitt eget fagfelt og at mine informanter dermed også kan regnes som kolleger innenfor faget. Det at forskeren i for stor grad identifiserer seg med personene som inngår i studien, kan medføre redusert evne til profesjonell og analytisk distanse (Kvale & Brinkmann, 2015; NEM, 2009). Dette var dermed noe jeg forsøkte å være bevisst på.

3.4.4 Informantene

En persons identitet er tett knyttet til deres tale- og handlemåte. Det kan således være utfordrende å skille mellom sak og person når det, som i dette prosjektet, er språklige ytringer som skal studeres og fortolkes (NEM, 2009). Jeg anså dermed analyseprosessen som en sårbar del av prosjektet, hvor det var essensielt at informantens utsagn ble tolket på en måte vedkommende ville kjenne seg igjen i. Dette for å ivareta deres selvfølelse og tillit til meg som forsker. For å forebygge misforståelser benyttet jeg såkalt dialogisk validering, der jeg opplevde behov for det. Det innebar at jeg gjentok essensen i det informanten hadde sagt, hvorpå informanten bekreftet, eller utdypet uklarheter (NEM, 2009).

3.5 Databasesøk

I startfasen av prosjektet ble det foretatt databasesøk med hensikt å kartlegge eventuell tidligere forskning på temaet, altså NPMF i tilknytning til generaliserte muskelsmerter. Jeg benyttet hovedsakelig databasene Pubmed, Medline, Google scholar og Pedro, samt tidsskriftet Fysioterapeuten. Jeg brukte søkeord i ulike kombinasjoner, samt norske og engelske varianter og synonymer til disse som: “widespread muscle pain”, “fibromyalgia”, “long-lasting musculoskeletal pain”, “generalized muscle pain”, “norwegian psychomotor physiotherapy” og «physiotherapy». Søkene ble avgrenset til siste 15 år. Deretter ble overskrifter gjennomgått, og abstrakter lest og undersøkt for subjektiv relevans til oppgaven. Søkene ga få relevante treff (presentert i kap.2.3.1).

3.6 Utvalg og rekruttering av informanter

3.6.1 Utvalg

Et utvalg til en kvalitativ studie skal settes sammen slik at det endelige materialet inneholder tilstrekkelig rike data til at problemstillingen kan belyses fra ulike sider. Utvalgets egenart med vekt på heterogenitet og variasjonsbredde bør derfor være i fokus. Dette øker muligheten til å få frem nyanser (Malterud, 2011). Med et slikt utgangspunkt ble det naturlig å gjøre et strategisk utvalg. Det vil si at det ble gjort bevisste valg i utvelgelsen av informanter.

Forskningens omfang skulle være egnet for en masteroppgave. Størrelsen på utvalget, dvs. antall informanter, burde derfor ikke være større enn at det var mulig å gjennomføre grundige analyser (Thagaard, 2009). Et for høyt antall informanter kan lett gå utover den vitenskapelige kvaliteten (NEM, 2009). Samtidig må det endelige datamaterialet inneha en kvalitet som gir tilstrekkelig grunnlag for tolkning og analyse (Dalen, 2011). Jeg tok utgangspunkt i at utvalget skulle bestå av 4 – 6 informanter, hvor det endelige antallet ble bestemt ut fra min vurdering av når «metningspunktet» for ny informasjon var nådd. Utvalget kan betraktes som tilstrekkelig stort når studier av flere informanter ikke synes å gi ytterligere forståelse av fenomenet som studeres (Thagaard, 2009). Med et såpass lite utvalg så jeg det som viktig å tilstrebe størst mulig variasjonsbredde. Det var imidlertid to hovedkriterier som alle informantene måtte oppfylle:

- Psykomotorisk fysioterapeut
- Klinisk erfaring med behandling av pasienter med generaliserte muskelsmerter

Videre fant jeg det fornuftig å rekruttere informanter med erfaring fra ulike arenaer innenfor helsevesenet, hvor pasienter med generaliserte muskelsmerter henvises for behandling. Jeg

ønsket informanter som hadde erfaring fra psykisk helsevern, rehabiliteringssenter og privat praksis. Det finnes langt flere kvinnelige psykomotoriske fysioterapeuter enn menn. Samtidig er majoriteten av pasientene som er plaget med generaliserte muskelsmerter også kvinner (Lærum et al., 2014). Jeg hadde imidlertid tanker om at kvinnelige og mannlige terapeuter potensielt kunne ha ulike opplevelser og oppfatninger av denne pasientgruppen. Det var derfor viktig for meg å tilstrebe rekruttering av minst én mannlig informant. Videre anså jeg variasjon i alder og lengde på relevant yrkeserfaring som en fordel, men ikke er kriterium. I utgangspunktet så jeg ikke geografisk spredning som betydningsfullt med tanke på problemstillingen. I første intervju kom det imidlertid frem at informanten, som holder til på en annen kant av landet enn meg selv, så og si aldri lenger opplever å få nydiagnostiserte pasienter med fibromyalgi, men at de kommer med andre diagnoser. Ettersom at jeg selv jevnlig opplever å få pasienter med nydiagnostisert fibromyalgi til behandling, fikk det meg til å innse at geografi likevel kunne ha betydning. Jeg besluttet dermed å tilstrebe noe geografisk spredning, såfremt det ikke medførte at jeg gikk glipp av informanter jeg ellers anså som spesielt godt egnet.

3.6.2 Rekruttering av informanter

For å komme i kontakt med aktuelle informanter, valgte jeg til en viss grad å benytte meg av den såkalte «snøballmetoden». Snøballmetoden innebærer at forskeren forhører seg om personer med god kjennskap til temaet i studien, og som kan vise til andre informanter som kan være aktuelle (Johannessen et al., 2010). For øvrig benyttet jeg egen kjennskap til potensielle informanter.

I første omgang ble fem informanter kontaktet per e-post eller telefon, og fikk tilsendt et informasjonsskriv (vedlegg 2). Det var fire kvinner og en mann. Disse hadde erfaring fra privat praksis, psykiatrisk døgninstitusjon, poliklinikk og rehabiliteringssenter. Samtlige samtykket til å være informanter. Det viste seg at metningspunktet for ny informasjon ble nådd i løpet av disse intervjuene, og behovet for et sjetteste intervju falt dermed bort.

Jeg har valgt ikke å presentere hver enkelt informant. Bakgrunnen for dette er at informantene i utgangspunktet var relativt like med hensyn til utdanning. For øvrig er det psykomotoriske fagmiljøet i Norge forholdsvis lite, noe som medfører behov for økt grad av anonymisering.

3.7 Intervjuprosessen

3.7.1 Utarbeidelse av intervjuguide

Jeg anså det som mest hensiktsmessig å benytte semistrukturert intervju i dette forskningsarbeidet. En semistrukturert intervjuguide inneholder en oversikt over emner som skal dekkes, samt forslag til spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2015). Som uerfaren intervjuer håpet jeg det ville bidra til å holde fokus gjennom intervjuene, samtidig som at den ikke skulle være for rigid. Jeg var opptatt av at intervjuene skulle være preget av fleksibilitet, slik at informantene skulle ha gode muligheter til å bringe inn egne tanker og relevante temaer.

Basert på kjernespørsmålene (kap.1.5), ble intervjuguiden (vedlegg 3) utformet med tre overordnede emner. Disse var: Fenomenet generaliserte muskelsmerter, Behandling av generaliserte muskelsmerter og Terapeutisk allianse. I tilknytning til hvert emne ble det formulert 1-3 hovedspørsmål, samt eventuelt noen stikkord og underspørsmål som jeg anså som aktuelle.

Et forskningsintervju kan ha enten en direkte eller en indirekte tilnærming ovenfor informanten, når det gjelder intervjuets formål. Forskjellen ligger i om en er åpen om formålet gjennom å stille direkte spørsmål fra start, alternativt stiller indirekte spørsmål hvorpå formålet avsløres etter at intervjuet er gjennomført (Kvale & Brinkmann, 2015). På bakgrunn av tematikken og hensikten med studien, valgte jeg en direkte tilnærming, da jeg antok at det ville være mest kunnskapsfrembringende.

3.7.2 Endring av intervjuguiden underveis

I det første intervjuet hadde jeg begrenset temaet til kun å omfatte diagnosen fibromyalgi. Jeg oppdaget imidlertid gjennom dette intervjuet, at det var en uhensiktsmessig begrensning. I de videre intervjuene valgte jeg derfor å gå bort fra fokuset på kun én diagnose. Malterud (2011) støtter at det normalt er en fordel at intervjuguiden revideres underveis, etter hvert som forskeren øker sin forståelse av hvor fokus bør være. Intervjuguiden som er presentert i vedlegg 3, er den noe reviderte utgaven som ble benyttet i de fire siste intervjuene. Den første utgaven avviker lite fra den siste, sett bort fra diagnosefokuset.

3.7.3 Gjennomføring av intervjuer

I forkant av datainnsamlingen vurderte jeg mye frem og tilbake hvorvidt jeg skulle gjennomføre et prøveintervju eller ikke. Dalen (2011) hevder at det alltid må gjøres minst et prøveintervju. Dette for at forskeren skal tilegne seg erfaring i intervjuerrollen, men også for å teste ut intervjuguiden. Malterud (2011) på sin side fraråder å omtale den første

datainnsamlingsfasen som pilotintervju, med ekskludering av dette som materiale. Hun skriver at alle empiriske data bør regnes med som forpliktende bidrag til prosjektet. I sammenheng med min uerfarenhet som forsker, var det naturlig å anta at data samlet inn sent i prosjektet ville være mer omfangsrikt og dyptgående enn data samlet i det første intervjuet. Det betyr ikke at materialet fra det første intervjuet var mindreverdige og ikke kunne bidra til å belyse problemstillingen. Det kunne derimot gi andre bidrag og nyanser enn data samlet inn på et senere tidspunkt (Malterud, 2011).

Jeg vurderte det dithen at noe erfaring i intervjuerrollen, samt utprøving og eventuell forbedring av intervjuguiden, var viktig og kunne heve kvaliteten på datamaterialet. Jeg valgte derfor å gjøre et prøveintervju med en medstudent. Med godkjenning fra NSD og samtykke fra informanten, lot jeg den samme medstudenten være tilstede under det første intervjuet. Jeg hadde gjort meg tanker om at det kunne påvirke intervjusituasjonen og dermed datamaterialet. Jeg kom imidlertid frem til at gevinsten, i form av muligheten til å få en objektiv, konstruktiv tilbakemelding på min egen håndtering av intervjusituasjonen, var større enn den potensielle svekkelsen av datamaterialet. Jeg valgte altså å inkludere materialet fra det første intervjuet som et fullverdig intervju. Jeg tok lærdom av erfaringen, samtidig som det ga meg dypere innsikt i temaet, og bidro til forbedringer i de videre intervjuene.

Alle intervjuene ble gjennomført høsten 2016. På grunn av geografisk avstand, og etter en av informantene sitt ønske, ble et av intervjuene gjennomført på telefon. De resterende fire ble gjort ansikt til ansikt på de respektive informantenes arbeidsplasser. Før lydopptaker ble slått på, ble intervjuene innledet med en repetisjon av formålet med prosjektet. Det ble også informert om håndtering og bruk av materialet. Det ble spesielt understreket at et samtykke til deltakelse kunne trekkes tilbake på hvilket som helst tidspunkt, og at all informasjon knyttet til informantene ville bli anonymisert og konfidensielt håndtert. Eventuelle spørsmål knyttet til dette ble avklart før skriftlig eller muntlig samtykke ble innhentet. Alle intervjuene hadde en varighet på 45-60 minutter.

Jeg stilte meg spørsmålet om kvaliteten på datamaterialet ville bli påvirket av måten det ble innhentet. Intervjusituasjoner hvor både informant og intervjuer er fysisk til stede har blitt ansett som gullstandarden i kvalitativ forskning (Rahman, 2015; Novick, 2008). Den mest påfallende forskjellen mellom telefonintervju og intervju ansikt til ansikt, er mangelen på nonverbal informasjon som kroppsspråk. I følge Novick (2008) har imidlertid forskning vist at informanter som blir intervjuet over telefon, føler seg mer avslappet i situasjonen og har

lettere for å åpne seg. Rahman (2015) påpeker sågar at intervjueren i mindre grad vil bidra til å påvirke svarene som gis ved telefonintervju. Samtidig kan informanten bli mer komfortabel med intervjueren dersom begge befinner seg i samme rom (Rahman, 2015). Det er ingen holdepunkter for at den ene intervjuformen gir lavere kvalitet på datamaterialet enn den andre (Novick, 2008). Begge metoder anses således å være like effektive for innsamling av data i kvalitative studier (Rahman, 2015).

I forkant av intervjuene brukte jeg mye tid på å reflektere over teorien knyttet til kvalitativt forskningsintervju. Jeg opplevde at dette hjalp meg i forberedelsesprosessen og planleggingen av intervjuene. Likevel fikk jeg kjenne på hva det vil si å være urutinert når det kommer til den praktiske gjennomføringen av intervjuer. Jeg hadde på forhånd bestemt meg for at intervjuguiden skulle hjelpe meg å holde en rød tråd gjennom intervjuene, men at den ikke skulle bli for styrende. I praksis opplevde jeg at det var vanskelig å løsrive seg i den grad jeg hadde tenkt på forhånd. Jeg opplevde det også som vanskelig å stille gode oppfølgings spørsmål til det som informantene formidlet. Alle mine informanter var svært meddelssomme, noe jeg i utgangspunktet mener bidro til å lette datainnsamlingen. Likevel kjente jeg på min uerfarenhet i både det å skulle lytte og samtidig styre intervjuene.

3.8 Bearbeidelse av datamaterialet

3.8.1 Transkribering

Transkribering betyr å transformere, det vil si omsette tale til tekst (Kvale & Brinkmann, 2015). I forkant av denne prosessen var det flere momenter jeg som forsker måtte ta stilling til. Det overordnede målet med en transkripsjon er at teksten i størst mulig grad skal ivareta meningsinnholdet i det opprinnelige materialet på en pålitelig og gyldig måte.

Skriftliggjøringen skal altså fange opp samtalen i en form som best mulig representerer det informanten hadde til hensikt å dele (Malterud, 2011).

Talespråket som ble brukt under intervjuene var langt mer oppstykket og uformelt enn det typiske skriftspråket. Malterud (2011) hevder at som en konsekvens av dette, vil en ordrett skriftlig gjengivelse av en slik muntlig samtale kunne medføre en fordreining av materialet. Skrives nøyaktig det som ble sagt, gir det ikke nødvendigvis en god gjengivelse av det som ble hørt. En medvirkende årsak til dette kan være at meningsbærende informasjon som ligger i for eksempel stemmebruk og pust også går tapt i en ordrett transkripsjon (Kvale & Brinkmann, 2015). Alle informantene var dessuten klar over at svarene de ga ble gitt til en

person tilhørende samme fagfelt som de selv. Malterud (2011) påpeker at en slik felles erfaringsbakgrunn i stor grad kan bidra til å forme meningen i en samtale.

Når målet med transkripsjonen skulle være å ivareta meningsinnholdet i det opprinnelige materialet på en pålitelig og gyldig måte, virket det for meg uhensiktsmessig å gjøre en helt ordrett transkripsjon. Det er lett å tenke at en ordrett gjengivelse er en gyldig og pålitelig gjengivelse. Malterud (2011) påpeker imidlertid hvordan gyldigheten kan svekkes dersom forskeren tilstreber en mekanisk forståelse av pålitelighet. Derfor er det som regel rett å redigere teksten i noen grad under transkripsjonen (Malterud, 2011). Alle lydopptakene ble transskribert fortløpende etter hvert intervju. Der jeg oppdaget at meningen ville forsvunnet i en ordrett transkripsjon, valgte jeg å gjøre små redigeringer for å bevare meningsinnholdet. For å sikre konfidensialitet, ble i tillegg alle intervjuene transskribert til bokmål. For øvrig bidro det til å styrke analysematerialets validitet at jeg som intervjuer, også dannet bindeleddet mellom tale og tekst i transkriberingsprosessen (Dalen, 2011; Malterud, 2011).

3.8.2 Analyseprosessen

«Å analysere betyr å dele noe opp i biter eller elementer» (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 219). Med utgangspunkt i problemstillingen skulle materialet organiseres, fortolkes og sammenfattes, slik at det dannet en bro mellom råmaterialet og resultater (Malterud, 2011). Dalen (2011) skriver at det er informantens utsagn, nedskrevet som tekster, som er det materialet som skal fortolkes og forstås i intervjuforskning. Kvale & Brinkmann (2015) stiller seg imidlertid kritiske til at forskeren kun forholder seg til transskripsjonene i analyseprosessen. De mener at et syn på transkripsjonen som en samling uttalelser, lett kan føre til at analysen blir fragmentert. Som uerfaren forsker i arbeid med et masterprosjekt, valgte jeg hovedsakelig å følge Dalens instruksjoner. I enkelte tilfeller der jeg var usikker på om meningen i teksten samsvarte med meningen jeg oppfattet i intervjusituasjonen, gikk jeg tilbake til lydopptakene for å sikre resultatenes pålitelighet.

3.8.2.1 Valg av analysemetode

Problemstillingen etterspør informasjon om psykomotoriske fysioterapeuters tanker og erfaringer knyttet til et bestemt fenomen. Som nevnt, inkluderte jeg 5 informanter i studien. Jeg var interessert i å utforske både fellestrekk og variasjonsbredde i materialet informantene ga. Også kvalitative studier innebærer grader av abstraksjon og generalisering (Malterud, 2011, s. 93). Det ble derfor naturlig å gjøre en såkalt tverrgående analyse, som innebærer at informasjonen fra informantene sammenfattes. Jeg valgte å bruke Malterud (2011) sin

systematiske tekstkondensering, som er et verktøy for tverrgående analyse. Det er en metode som ikke krever omfattende teoretisk skoloring for å kunne gjennomføres på en forsvarlig måte. Er forskeren bevisst den teoretiske referanserammen og arbeider systematisk og refleksivt, er forutsetningene gode for en forsvarlig tolkning av empirien, slik at analysen kan lede til vitenskapelig kunnskap (Malterud, 2011).

3.8.2.2 Analyseprosessen trinn for trinn

Tekstmaterialet ble bearbeidet i fire trinn. Jeg startet første trinn i prosessen med å lese gjennom hele det samlede transkriberte materialet, med hensikt å danne meg et helhetsinntrykk. Jeg forsøkte etter beste evne å følge Malteruds råd, altså legge min egen forforståelse til side, og være åpen for temaer som kom til syne underveis i gjennomlesningen. Jeg forsøkte så objektivt som mulig å vurdere temaenes aktualitet opp mot problemstillingen. Jeg opplevde denne fasen som spesielt krevende, da jeg stadig kjente på en frykt for å feilvurdere interessante temaer som uinteressante. Jeg kom imidlertid frem til 6 foreløpige temaer. Temaene fikk de midlertidige navnene: utfordringer, Diagnosens betydning, Psykomotorisk fysioterapi, Bedringspotensiale, Terapeutisk allianse og Forståelse for lidelsen.

I det andre trinnet skulle relevant tekst skilles fra irrelevant ved å identifisere meningsbærende enheter. Med de foreløpige temaene som utgangspunkt ble hele tekstmaterialet gjennomgått linje for linje. Alle tekstbiter relevant for problemstillingen ble sortert og gitt fargekoder ut fra meningsinnhold knyttet til de ulike temaene. På denne måten ble alle tekstdeler som hadde noe til felles samlet under en bestemt kode. Ved å unngå forhåndsdefinering av kodene, kunne jeg ved behov justere kodene underveis i arbeidet etter hvert som nye meningsbærende enheter kom til. I løpet av denne prosessen ble de i utgangspunktet 6 kodegruppene redusert til 3. Disse fikk navnene: Diagnose og forståelse, Bedring/endring og Behandling. De meningsbærende enhetene ble deretter organisert i tabeller etter følgende oppsett, én tabell per kodegruppe:

NAVN PÅ KODEGRUPPE				
Informant A	Informant B	Informant C	Informant D	Informant E
«Meningsbærende enhet 1».	«Meningsbærende enhet 1».	«Meningsbærende enhet 1».	«Meningsbærende enhet 1».	«Meningsbærende enhet 1».
«Meningsbærende enhet 2».	«Meningsbærende enhet 2».	«Meningsbærende enhet 2».	«Meningsbærende enhet 2».	«Meningsbærende enhet 2».
Osv.	Osv.	Osv.	Osv.	Osv.

I det tredje trinnet skulle meningsinnholdet i tekstbitene som var kodet sammen trekkes ut gjennom tekstkondensering. Det vil si at innholdet i tekstbitene skulle fortettes og gjenfortelles i kunstige sitater (kondensater), basert på informantenes egne ord og uttrykk. Ved nærmere iakttagelse, viste det seg at materialet uttrykte nyanser og ulike meningsaspekter innenfor hver kodegruppe. Dette førte til en sortering av materialet fra hver kodegruppe i tilsvarende sub-kategorier. Med utgangspunkt i hver enkelt sub-kategori ble det så utarbeidet et tilsvarende kondensat for hver av informantene. På bakgrunn av dette arbeidet kom jeg frem til følgende tre kategorier, som også representerer studiens funn: Kroppen som speilbilde av livet, Bedringens vei og Terapeutisk tilnærming. Disse dannet grunnlaget for analysens fjerde trinn hvor bitene igjen ble satt sammen, slik de presenteres i kap.4.0, i form av en analytisk tekst. Analyseprosessen oppsummeres i tabellen under:

Temaer	Utfordringer Diagnosens betydning Psykomotorisk fysioterapi Bedringspotensiale Terapeutisk allianse Forståelse for lidelsen		
Kodegrupper	Diagnose og forståelse	Bedring/endring	Behandling
Sub-kategorier	-Diagnosen som begrensende faktor -Symptombildets bakgrunn	-Aspekter ved bedring/endring -Bedring uten direkte fokus på smerten	-Kartleggingsfokus -Terapeutiske virkemidler -Se kroppen i et større perspektiv -Lytt, bekrefte og imøtekomme -Utfordrende behandling -Avklare forventninger
Kategorier	Kroppen som speilbilde av livet	Bedringens vei	Terapeutisk tilnærming

3.9 Evaluering av metode

Begrepene reliabilitet og validitet har sin opprinnelse i kvantitativ forskning. Der viser reliabiliteten (påliteligheten) til nøyaktigheten i målingene, og validiteten (gyldigheten) til i hvilken grad det er målt det som var tenkt å måle (Dalen, 2011). I kvalitativ forskning viser begrepet reliabilitet til forskningsresultatenes konsistens og troverdighet (Kvale & Brinkmann, 2015). Det handler altså om hvordan dataene har blitt samlet inn og bearbeidet gjennom forskningsprosessen (Johannessen et al., 2010). Reliabiliteten sier således noe om kvaliteten på forskningen og dermed verdien av resultatene, som igjen avgjør om de kan regnes som vitenskapelige eller ikke (Jamtvedt, Hagen & Bjørndal, 2015; Thagaard, 2009). Jeg har tilstrebet en åpen, detaljert og kritisk refleksjon underveis i mine redegjørelser for

metodevalg og bearbeidelse av datamaterialet. På denne måten gis blant annet andre forskere mulighet til å vurdere kunnskapens holdbarhet (Thomassen, 2006). Dette bidrar til å styrke reliabiliteten (Thagaard, 2009). For øvrig var informantene i studien noe reserverte i sine uttalelser. Dette gjenspeiles i datamaterialet ved at det ikke kan betraktes som spesielt rikt, noe resultatkapitlet (kap.4.0) også bærer preg av.

I utgangspunktet er det en svakhet at jeg har stått alene som forsker i prosjektet. I følge Thagaard (2009) bidrar det til styrket reliabilitet dersom flere forskere deltar i et prosjekt. Drøftinger med veileder i sammenheng med avgjørende beslutninger i forskningsprosessen kan ha bidratt til å veie opp for denne svakheten. Likevel er jeg den eneste som har hatt inngående kjennskap til råmaterialet og analyseprosessen frem til det ferdige resultatkapitlet. Samtidig advarer Kvale & Brinkmann (2015) mot å bli for fokusert på reliabilitet. De mener at det kan være hemmende for kreativ tenkning og variasjon i kvalitativ forskning.

Validitet som begrep i kvalitativ forskning handler om i hvilken grad fremgangsmåter og funn i studien på en riktig måte reflekterer formålet med studien og representerer virkeligheten (Johannessen et al., 2010). Malterud (2011) skiller mellom intern og ekstern validitet. Intern validitet handler om hva studien sier noe om, mens ekstern validitet sier noe om funnenes overførbarhet ut over den sammenhengen studien er utført. Forskningsdesignet og metoden som ble valgt, mener jeg var godt egnet for å belyse temaet og besvare den aktuelle problemstillingen. Et alternativ til individuelle intervjuer kunne vært fokusgruppeintervju. På bakgrunn av at geografisk spredning ble vurdert som hensiktsmessig (jf. kap.3.6.1), ville det være vanskelig å gjennomføre. Et utvalg på 5 informanter kan synes å begrense generaliserbarheten av funnene i studien (Dalen, 2011). Den eksterne validiteten gjelder for materialet i denne studien, og kan ikke generaliseres. Samtidig anser jeg utvalgets sammensetning som hensiktsmessig og variabelt nok, til at datamaterialet kan tenkes å kunne være nokså representativt for hva en ville funnet ved å intervju 5 andre psykomotoriske fysioterapeuter om samme tema. Dette betyr likevel ikke at funnene er generaliserbare. Flere kvalitative studier med lignende tematikk vil på den andre siden kunne styrke studiens reliabilitet, dersom funnene er forenlige. For øvrig vurderer jeg det dithen at meningsinnholdet i datamaterialet belyser problemstillingen i tilstrekkelig grad. Med oppgavens formål som utgangspunkt, mener jeg at kunnskap som kommer fram i studien, kan bidra til økt innsikt og forståelse for fenomenet som skulle undersøkes. Resultatene i studien er bygget på informasjon gitt av psykomotoriske fysioterapeuter med klinisk erfaring med behandling av generaliserte muskelsmerter. Det kan tenkes å kunne være en viss grad av

overførbarhet til andre yrkesgrupper som arbeider med den samme pasientgruppen, i den forstand at studien belyser generaliserte muskelsmerter fra et nytt perspektiv (psykomotorisk perspektiv), som kan bidra til å øke bredden i deres forståelse av pasienter med generaliserte muskelsmerter. Nettopp det at en annen forstår mer av sitt eget som følge av studien, er en viktig indikator for overførbarhet (Malterud, 2011).

4.0 RESULTATER

Gjennom analyseprosessen vokste tre kategorier frem og utpekte seg som spesielt interessante i forhold til prosjektets problemstilling. Den første knytter seg til informantenes tanker og forståelse av generaliserte muskelsmerter som fenomen og utfordringer rundt diagnosebruk. Den andre omhandler bedringsprosessen, og den siste kategorien er knyttet til terapeutisk tilnærming. Jeg vil her presentere de tre kategoriene med deres respektive sub-kategorier.

4.1 Kroppen som speilbilde av livet – begrensende diagnosebruk

4.1.1 Symptombildets betydning

Samtlige informanter var klare på at de som oftest betrakter generaliserte muskelsmerter som kroppslige reaksjoner på vanskelige livssituasjoner eller livshendelser. De var samstemte i at det sjelden er slik at alt er bra i livet rundt disse pasientene. Flere påpekte derimot at det ofte kan vise seg å være sterke historier av traumatisk karakter. Sammenhengen til generaliserte muskelsmerter ble av en informant begrepsfestet som kroppslig beredskap. Kroppen går i beredskapsmodus for å kunne håndtere vanskelige situasjoner. En annen informant forklarte det spesifikt på følgende måte:

«Dette er generelt mennesker som har reagert på stressfaktorer i livet sitt. Å være f.eks. redd eller frustrert medfører samtidig høyt kroppslig spenningsnivå. Spenningene er et forsvar som gjør det mulig å agere. Noen har ikke hatt mulighet til, eller hatt en sårbarhet som har gjort at de ikke har klart å slippe spenningene igjen, men blitt gående i en vedvarende spenningstilstand, og fått gradvis økende symptomer av det».

En annen hadde tanker om at smerten kan ha som funksjon å dekke over vanskelige følelser når livet blir for stort og tøft. Det vil si at smertene kan fungere som et kroppslig forsvar, som trekker oppmerksomheten bort fra det som er emosjonelt vondt og vanskelig.

«Smarter er noe konkret å forholde seg til, og kan føles tryggere enn å forholde seg til hvordan man har det inni seg».

Samtidig ble det også påpekt erfaringer med at mange pasienter med generaliserte muskelsmerter ofte også presenterer andre symptomer. Spesielt utmattelse ble trukket frem. Utmattelse ble både sett i sammenheng med det allerede nevnte kroppslige beredskapsmønsteret, samt energien det krever å leve med langvarige smerter.

«Jeg synes ikke at det er så rart, ettersom varselampene er på. Bare det å tåle kronisk smerte er energikrevende. Det blir man utmattet av».

4.1.2 Diagnosen som begrensende faktor

I alle intervjuene ble det formidlet erfaringer knyttet til diagnosebruk og diagnosenes betydning for behandlingen. Det var tydelig at diagnosebruken først og fremst ble oppfattet som begrensende. Ofte oppleves den som upresis ved at det kan synes å være svært tilfeldig hvilken diagnose som settes. En informant opplever det spesielt vanskelig å forholde seg til diagnoser når det gjennom psykomotorisk undersøkelse og behandling dukker opp tanker om at det ligger noe mer bak smertene enn hva diagnosesettingen er basert på, eksempelvis indikasjoner på traumer. I noen tilfeller kunne diagnosen oppleves som direkte feil og misvisende. En informant kom med et konkret eksempel:

«Jeg tenker at det med diagnosesetting kan være veldig tilfeldig og grovmasket. Jeg har en veldig traumatisert pasient som alltid får «epikondylitt» på sin fysioterapihenvisning».

En annen informant opplevde det dessuten som problematisk når pasienter har fått en diagnose, hvorpå andre tilleggsplager tilsynelatende automatisk blir tilkjent den samme diagnosen, uten videre utredning. Et konkret eksempel var at en pasient kan ha leddsmerter og redusert bevegelighet i leddet med påfølgende funksjonstap, forenelig med hoftelddsartrose, men at plagen ikke blir tatt på alvor av annet helsepersonell, fordi pasienten har en fibromyalgidiagnose.

«Jeg kan finne noe som jeg som fysioterapeut vet at ikke egentlig har noe med f.eks. fibromyalgi å gjøre».

Av diagnoser relatert til generaliserte muskelsmerter utpekte fibromyalgi seg som den diagnosen informantene hadde et sterkest forhold til. En informant hevdet imidlertid at det ikke spiller noen rolle hvilken diagnose som står på henvisningen. Dette var i klar diskrepans til de øvrige informantene, som på sin side var tydelige på at de opplever fibromyalgidiagnosen som en ulempe.

«Bruk av fibromyalgidiagnosen synes jeg kan være et kjempehinder. Jeg tenker det blir veldig reduksjonistisk og instrumentelt. Det er en symptomdiagnose som sier veldig lite om pasientens opplevelser, erfaringer, relasjoner og livs- og tilknytningshistorie».

En annen informant uttrykte seg slik:

«Det blir gjerne satt et navn, og fibromyalgi er kanskje den mest begrensende diagnosen. Da har folk triggerpunkter. Det blir veldig konkretisert og satt inn i en form. Folk kan stille seg litt utenfor det på et vis».

Flere informanter poengterte samtidig at de opplever mange pasienter som sterkt knyttet til diagnosen. De hadde erfaringer med at pasienter kan ha lett for å forklare alle sine symptomer med diagnosen, og som en følge av dette stille seg utenfor det hele. I forlengelse av dette hevdet flere informanter at fibromyalgi ofte kan bli ansett som en sykdom av pasientene. En informant mente at det i liten grad åpner opp for å utforske hva smertene ellers kan representere, at det hele blir veldig somatisk, noe som igjen kan være begrensende for bedring.

«For noen blir diagnosen en hvilepute ved at de ser den som en bekreftelse på at dette ikke er psykisk. De glemmer seg litt bak diagnosen... Det gjør det vanskelig å skape endring».

4.2 Bedringens vei

4.2.1 Bedring uten direkte fokus på smerten

Fire av fem informanter delte sine tanker om bedring. Samtlige uttrykte tanker om at det kan være like viktig å hjelpe pasientene til å mestre plagene og kunne se dem i sammenheng med livsforholdene de står eller har stått i, som å fokusere direkte på smertefrihet. Evne til grensesetting for seg selv, men ikke minst i forhold til omgivelsene, ble trukket frem som spesielt viktig, ettersom dette var faktorer som ble oppfattet å kunne være underliggende for smerten. En informant ordla seg slik:

«Det er mange som får et bedre liv ved at de mestrer mer, forstår mer, ser sammenhenger, kan beskytte seg selv, og sette bedre grenser for seg selv».

En annen informant sa følgende:

«Jeg tenker at det veldig sjelden handler om fravær av ubehag. Det kommer og går. Det er mer hvordan man tar det».

Flere informanter var inne på viktigheten av økt kontakt med egen kropp. Det kan handle om evnen til å registrere forskjell på spent og avspent muskulatur, holdt og fri respirasjon eller behag/ubehag. Det kan også være knyttet til basale ting som å registrere hvordan kroppen responderer på sensorisk stimulering av for eksempel føtter, endring av sittestilling osv. En informant som ofte samarbeider med psykologer om behandlingen, hadde erfart og fått tilbakemeldinger på at pasienter gjennom det å få et mer bevisst forhold til sin egen kropp, også får bedre kontakt med egne følelser. Det vil si at de lettere kan kjenne somatisk komponent av ulike følelser, for eksempel at sinne gir en helt annen kroppslig opplevelse enn glede, som er fruktbart i bearbeiding av emosjonelt materiale.

4.2.2 Aspekter ved bedring/endring

Informantene hadde mange tanker om bedring og aspekter som påvirker bedringspotensialet. En informant var spesielt tydelig på viktigheten av et godt tillitsforhold, at pasienten stoler på terapeutens kompetanse. En annen påpekte at det er viktig å avklare med pasienten hva det vil si å bli bedre. Flere uttrykte at det kan handle om å leve bedre med det man har, altså å finne bedre måter å håndtere plagene.

«Det er viktig å avklare hva det er å bli bedre. At det ikke nødvendigvis alltid handler om fravær av ubehag. Dette med å godta at det i perioder kan være verre, og begynne å se sammenhenger med hvorfor. Hvis man greier det, tenker jeg at pasienten kan få det bedre.»

Den samme informanten var opptatt av å være ressursorientert gjennom den psykomotoriske undersøkelsen. I det ligger det å tydeliggjøre også positive funn ovenfor pasienten underveis, slik at den psykomotoriske undersøkelsen ikke utelukkende blir en påpekning av pasientens svakheter.

«Vi fokuserer på hva som faktisk fungerer og hvordan vi kan få det til å fungere enda bedre. Hvis man greier å få pasientene med på de tankene, tror jeg at det gir mye mer rom for bedring».

Pasientens motivasjon for endring ble også trukket frem som et avgjørende aspekt. Den generelle erfaringen var at pasientene er motiverte. Det ble delt erfaringer på at utdanning og et ønske om å komme i arbeid ofte synes å være motivasjonsfremmende for endring. Samtidig hadde en informant negative erfaringer med at behandling ble satt som et krav for å beholde pengestøtte fra NAV.

«De kommer da med ingen forventninger om å bli bedre, og egentlig ingen annen motivasjon enn det økonomiske».

Flere informanter var samstemte i at det ofte dreier seg om veldig etablerte tilstander, både kroppslig, men også i forhold til mønstre i måte å reagere og innstille seg omverdenen og relasjoner på. Det kan være utfordrende å snu. Likevel kom det frem at det ikke alltid er slik:

«Når man blir eldre kan det være vanskeligere å gå nye spor, men jeg har også hatt mange godt voksne pasienter som er supermotiverte og suger til seg alt jeg har å by på... Det handler også litt om pasientens evne og vilje til å bruke verktøyene».

En informant hadde også tanker om at en del helsepersonell gjennom å fremme et biomedisinsk perspektiv på plagene, kan påvirke pasientenes potensiale for bedring i negativ retning. Det kan bidra til at pasientene blir mindre mottakelige for å se at også psykososiale aspekter kan påvirke symptomtrykket.

«Jeg tror at en del helsepersonells litt instrumentelle, biomedisinske forståelse av hva vedvarende smerter som dette er, kan bidra til at pasienten blir fastlåst i en type forestilling eller perspektiv på at dette er veldig biomedisinsk og ikke biopsykososialt. Jeg tror en del helsepersonell har bidratt til at pasienter ikke blir bedre.»

4.3 Terapeutisk tilnærming

4.3.1 Avklare forventninger

Som utgangspunkt for behandlingen ble pasientens forventninger ansett som spesielt betydningsfulle for veien videre. Flere hadde erfart at mange pasienter ikke har kunnskap om hva psykomotorisk fysioterapi er, ettersom mange blir sendt av andre aktører. Informantene ga uttrykk for å bruke mye tid på å avklare både pasientens og terapeutens forventninger i starten av behandlingsforløpet. De fleste informantene opplevde at pasientene jevnt over kommer med forventninger om å bli bedre av behandlingen, altså med tro på at behandlingen skal hjelpe. Terapeutenes innstilling til behandlingen var blant annet at generaliserte muskelsmerter gjerne er en langvarig og omfattende behandlingsprosess, hvor det ikke finnes noen «quick-fix»-løsning. Det ble ansett som viktig å avklare dette med pasienten ved behandlingsstart, samtidig som at pasientens innstilling ble ansett å påvirke tidsaspektet.

«Tidsaksen påvirkes av hvor pasienten er fra starten av, hva slags forståelse de har for problematikken».

Tre av informantene kom inn på rollefordelingen i behandlingssituasjonen. Alle var tydelige på at det er nødvendig at pasienten har en aktiv rolle. Det kan blant annet innebære at pasienten engasjerer seg i det som skjer i hver behandlingstime, samt tar ansvar for å følge opp eventuelle oppgaver som blir gitt mellom timene. En informant var opptatt av sin egen rolle som støttende terapeut og beskrev seg selv som en medvandrer i behandlingsprosessen. En annen informant uttrykte det slik:

«Det er pasienten som må gjøre jobben, som må ville dette, og gjøre endringer. Jeg følger opp».

4.3.2 Lytte, bekrefte og imøtekomme

I fire av intervjuene kom temaet etablering av terapeutisk allianse opp. De aktuelle informantene syntes å ha et svært bevisst forhold til den relasjonelle delen av behandlingen. Tillit, trygghet og respekt ble fremhevet som spesielt viktig av flere. En informant var opptatt av at dette er en gruppe pasienter som ofte har opplevd ikke å bli trodd i møte med helsevesenet, hvorpå det er viktig å jobbe for at den opplevelsen ikke skal gjenta seg i den psykomotoriske behandlingen. Det å bruke god tid på å gjøre en grundig undersøkelse, bekrefte pasientens plager, samt lytte til forventningene og smertene deres, ble prioritert.

«Det er min kjepphest dette med at pasientene opplever at vi har god tid. At noen lytter og bryr seg om vedkommende. At pasienten får komme frem med sine ting. Det er tid og rom for pasienten. Pasienten er i fokus».

Det var flere som hadde erfaringer med hvordan den psykomotoriske undersøkelsen kan være spesielt betydningsfull i etableringen av en terapeutisk allianse, ved at pasienten blir sett og bekreftet på en ny måte. En informant påpekte i denne sammenheng spesielt verdien av muligheten til berøring i undersøkelsen. Gjennom berøring kan terapeuten blant annet registrere muskulær spenningsgrad, konsistens og fylde, og på den måten få et innblikk i pasientens kroppslige tilstand. Tilbakemeldingene fra terapeuten til pasienten synes å kunne bidra til å skape en god terapeutisk allianse når pasienten opplever at terapeutens tilbakemelding bekrefter deres egen opplevelse. En terapeut beskrev dette med et konkret eksempel:

«Jeg hadde senest i dag en ung jente som sa: «Åh, det er så deilig å komme til deg. Jeg har det så fælt og du er den eneste som tar i kroppen min, kan kjenne det jeg kjenner, og virkelig forstår hvordan jeg har det»».

En annen informant ordla seg på følgende måte:

«Jeg opplever at mange blir glade når de får tatt en psykomotorisk undersøkelse, hvor jeg ut fra det jeg kjenner av kroppslige funn, kan bekrefte for pasienten at jeg forstår hvordan de har det».

Flere hadde også tanker om at det å bli sett som en helhet, ikke bare for eksempel en vond rygg, hofte eller skulder, er et viktig moment. En var opptatt av ikke å betvile pasienten, men faktisk tro på hvordan de har det.

Dialogen om kroppen ble også trukket frem. En informant var spesielt bevisst på å stille åpne spørsmål relatert til kroppslige endringer underveis i behandlingen, og opplevde at det kunne bidra til at pasienten føler seg sett, samt at de to jobber sammen om et felles prosjekt.

4.3.3 Kartleggingsfokus

Samtlige informanter tok opp hva de vektlegger i kartleggingsarbeidet. Alle oppga at de vurderer konkrete, kroppslige faktorer som holdning, bevegelsesfunksjon, kraftbruk og respirasjon. Spesielt en informant var i tillegg tydelig på viktigheten av å gå bredt ut gjennom en grundig biopsykososial anamnese for å få tak i pasientens liv og virke, oppvekstforhold og eventuelle traumer. En annen tilstreber å være ressursorientert hele veien, som går ut på å få tak i det pasienten mestrer, samt fremheve de positive kroppslige ressursene pasienten har, ikke bare påpeke kroppslige svakheter.

«Jeg tenker at det kan gjøre en stor forskjell i en undersøkelse. Det å faktisk poengtere de positive tingene vi ser i kroppen».

Den samme informanten så samtidig nytten i å kartlegge sammen med pasienten om det er triggere, altså faktorer som bidrar til å opprettholde eller forverre plagene, eller faktorer som bidrar til å lette plagene. Det kan blant annet dreie seg om stressfaktorer i livet, uhensiktsmessige levevaner, uheldige relasjoner, eller belastende kroppsbruk. Det kom frem erfaringer på at slikt arbeid kunne bidra til å hjelpe pasienten til å se plagene i en større sammenheng.

«Jeg opplever at ved å kartlegge triggere og når pasienten fungerer best samtidig, så setter de gjerne ting litt mer i sammenheng selv også».

4.3.4 Virkemidler

Gjennom analysen ble det tydelig at informantene bruker mange virkemidler i behandlingen, også virkemidler som strekker seg ut over konkrete fysioterapitiltak. Flere trakk frem det å gi god tid som viktig. Det gikk både på å gi pasientene en opplevelse av å ha god tid i hver enkelt behandlingstime, men også det å la behandlingen strekke seg over lengre tid.

«Jeg tenker at ønsker man å skape endring, så tar det tid».

Videre var alle opptatt av å bruke psykomotoriske prinsipper. Det ble konkretisert til å kunne være blant annet psykomotoriske massasjeregrep, fokus på kroppsbilde, samt økt kroppsbevissthet gjennom registrering av nyanser og endringer i egen kropp underveis i samtale, samt før og etter konkrete tiltak som innebar f.eks. berøring. Det å kjenne forskjell på spenning og avspenning, samt det å stå godt på bena ble også fremhevet.

«Jeg ser om pasienten kan være med på å kjenne at det oppleves mer behagelig etter å ha blitt tatt på. Kjenne på hold og slipp, disse nære tingene. Kjenne forskjellene».

En informant poengterte at det er et mål at pasienten gjennom behandlingen selv skal kunne utforske hvordan smerten fungerer, altså hva som fører til symptomøkning og hva som gir symptomlette.

Hvorvidt hjemmeøvelser anses som hensiktsmessig eller ikke til denne pasientgruppen, kom opp som tema i flere av intervjuene. Her viste det seg at informantene hadde klare, men ulike oppfatninger. En informant mente at for noen er det noe med å slippe å få så mye å måtte huske på. «Å gå litt saktere» kunne likevel være en øvelse som ble gitt mellom timene. En annen anså hjemmeoppgaver som en viktig del av behandlingen:

«Jeg gir arbeidsoppgaver som de skal jobbe med. Det kan være i forhold til livsstilsmessige ting, fysisk aktivitet, hvordan de spiser, hvordan de sover. Jeg bryr meg egentlig litt med alt».

En annen informant var av en annen oppfatning.

«Jeg er veldig opptatt av ikke å sende med hjemmelekser. Jeg tror mange opplever det positivt å få lov til å komme i behandling og bare være der da».

For øvrig ble det fremmet tanker om at det å lytte til pasienten, at pasientene får være i fokus og komme frem med sine ting, er spesielt viktig i behandling av akkurat denne pasientgruppen. Målet er at pasienten skal føle seg inkludert i egen behandling. Det samme

gjaldt det å vise empati og gi trygghet. En informant presiserte hva vedkommende legger i trygghet:

«Trygghet går på å være tydelig og forutsigbar. Klare rammer. Formidle hva som er rammene. Være lyttende, men samtidig avgrensende».

Det å skape mening i behandlingen var det flere som la vekt på. Dette så ut til å handle om å legitimere pasientens plager som et resultat av en egentlig normal og hensiktsmessig reaksjon på en kanskje ekstraordinær og krevende situasjon. På denne måten kan også tiltak som ikke er direkte rettet mot smerten gi mer mening for pasienten.

«Det jeg tror er «cluet» med disse pasientene er å tegne og fortelle og gi mening til alt som skjer. Da er pasientene med deg hele veien på tankegangen... Samtaler også rundt dette med at det egentlig er et normalt reaksjonsmønster på en spesiell og kanskje unormal situasjon. Det å sette smertene i sammenheng gjør ofte at man aksepterer dem og håndterer dem lettere. Jeg sier hele tiden hva jeg finner og oppsummerer hva jeg har funnet».

Det var for øvrig en informant som skilte seg noe ut, ved å gi uttrykk for i større grad å benytte psykoedukative tiltak ved siden av kroppsbehandlingen, sammenlignet med de fire andre. I de tilfellene der pasienten ble ansett å kunne ha nytte av mer informasjon, kunne bøker og artikler bli sendt med hjem.

4.3.5 Kroppen i et større perspektiv

Flere av informantene delte sine tanker om hva NPMF kan bidra med i behandling av generaliserte muskelsmerter. En informant hadde tanker om at det handler om å bli kjent med sin egen kropp som en helhet. At det ikke er enkeltstående deler av kroppen som ikke fungerer, men at det er en hel kropp som skal fungere i samspill med seg selv. Den samme informanten oppga ofte å få tilbakemeldinger fra pasientene på at de tenker mer over hvordan de gjør ting i hverdagen.

«Det å bli kjent med hvordan deres kropp reagerer... Øve seg på å kjenne nyanser, tørre å være tilstede i kroppen, kjenne at en kan være både på- og avspent. Unngå at fokuset kun blir på bevegelsene og musklene som gir ubehag».

Samtidig ble også allsidigheten i NPMF som tilnærming poengtert.

«Det er nesten ingen andre profesjoner som har den muligheten både tidsmessig, og som har verktøy som går på både samtale og berøring».

4.3.6 Utfordrende behandling

Gjennom analysen ble det tydelig at alle informantene opplevde det som utfordrende å behandle pasienter med generaliserte muskelsmerter. En informant hadde erfart at noen pasienter kunne være litt skeptiske til navnet *psikomotorisk*, fordi det kan indikere at behandlingen også omhandler det psykiske, mens de selv tenker at årsaken er fysisk. En annen uttrykte seg slik:

«Det er en vanskelig tilstand, for på mange måter er det ikke en sykdom. Men det er jo klart at å si det til pasienten blir litt som å banne i kirken. Da går de rett i back-lash, for de har det jo så vondt».

En informant hadde erfaring med at noen pasienter har en tanke om at de skal bli friske av noe utenfor seg selv, som f.eks. medisiner, fysioterapi eller opptrening. Dette ble satt i sammenheng med at mange mener at plagene egentlig handler om noe som er påført dem utenfra, som ikke handler om det de selv står i eller har erfart. Det ble også formidlet opplevelser av at en del pasienter kan være utålmodige til prosessen, til tross for at de har hatt plagene over lang tid.

En informant påpekte at det er en behandlingsform som krever svært mye av terapeuten. Alle sanser må til enhver tid være skjerpet for å observere og vurdere kroppslige og emosjonelle reaksjoner hos pasienten underveis, for å kunne ta inn informasjon gjennom berøring, og samtidig være engasjert på pasientens vegne. Samtidig ble også ulike forventninger til behandlingen hos pasient og terapeut tematisert som en utfordring. I noen tilfeller kan det være vanskelig å oppnå betydelig symptomlette. I denne sammenheng ble det uttrykt utfordringer med å få pasienten med på en målsetning om bedre mestring av plagene, fremfor smertefrihet.

«Det å få dem med på mitt prosjekt, som da ofte kan handle om å leve godt med det man har og være den man er, kjenner jeg kan være utfordrende».

Språkløshet hos pasienter ble også nevnt som krevende av flere.

«Noen er språkløse, altså såpass låst at de ikke finner ord overhodet. Det krever mye venting, tid og trygghet i rommet».

En informant tok opp at dette mange ganger kan dreie seg om traumatiske og sterke historier som har nedfelt seg kroppslig, som følge av at det ikke har vært mulig for vedkommende å tenke på det, snakke om det eller huske. Dette ble erfart som svært krevende rent terapeutisk.

«Med en gang man kommer borti det, flytter det seg til noe annet kroppslig. Det krever ekstrem grad av trygghet og god tid».

5.0 DISKUSJON

Dette kapitlet innledes med en oppsummering av hovedfunn fra analysen. Deretter følger diskusjon fordelt på to hoveddeler, hvor funnene settes opp mot relevant teori. Avslutningsvis følger noen reflekterende tanker hvor funnene i studien betraktes fra et fugleperspektiv. Til tross for at utgangspunktet for prosjektet ikke var diagnosefokuset, har fibromyalgidiagnosen fått en sentral plass i diskusjonsdelen. Dette er en følge av informantenes fokus i intervjuene.

5.1 Oppsummering av hovedfunn

Generaliserte muskelsmerter forstås av informantene som en kroppslig reaksjon på vanskelige livssituasjoner, livshendelser, og i noen tilfeller traumer. Diagnosebruken, spesielt fibromyalgi ble problematisert som begrensende på flere områder. Pasienter med generaliserte muskelsmerter oppleves på flere måter som en utfordrende gruppe å behandle. I den terapeutiske tilnærmingen ligger hovedfokuset, i tillegg til rene psykomotoriske fysioterapitiltak, på å forsterke pasientens ressurser, samt hjelpe pasienten til å utforske plagene i sammenheng med eget liv. Helhetsperspektivet og verdien av allsidigheten i NPMF ble spesielt poengtert.

5.2 Når diagnosesekken blir for romslig

Generaliserte muskelsmerter har vært gjenstand for utbredt forskningsvirksomhet i søken etter årsakssammenhenger og effektive behandlingsmetoder. Forfatterens inntrykk er at fokus synes å ha ligget mye på fibromyalgidiagnosen. Dette kan være en naturlig forklaring på hvorfor også informantene i denne studien hyppig brukte fibromyalgibegrepet i sin omtale av generaliserte muskelsmerter. I følge Butler & Mosley (2003, s. 83) er betydningen av begrepet *fibromyalgi* «smerter i muskler og ligamenter». Det er således et meget generelt begrep, som i utgangspunktet synes å kunne representere de fleste tilfeller av generaliserte muskelsmerter.

Som omtalt i kap.2.2, finnes det både gamle og nye kriterier for å stille diagnosen fibromyalgi. Diagnosen ser imidlertid ut til å kunne innebefatte svært mange ulike symptomer i ulike kombinasjoner. En informant problematiserte det som ble angitt å være en ofte erfart konsekvens av en såpass romslig diagnosesekk. Tilleggsplager som oppstår etter at fibromyalgidiagnosen er stilt, blir ofte hengt på den samme diagnoseknaggen, tilsynelatende uten videre utredning. En påfallende risiko ved dette er at oppmerksomheten rundt potensielle røde flagg forsvinner, slik at alvorlig sykdom lett kan overses. Dette kan eksempelvis være konstante smerter, hvilesmerter, thorakale smerter, generell sykdomsfølelse og utmattelse. Dette er vanlige symptomer ved fibromyalgi, men kan også være tegn på kreft- eller hjertesykdom (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes & Røise, 2009).

Det er imidlertid ikke slik at alle pasienter med generaliserte muskelsmerter får diagnosen fibromyalgi. Informantene delte erfaringer om at diagnosesettingen generelt synes å være nokså tilfeldig og grovmasket. Et ekstremt tilfelle som ble nevnt var en alvorlig traumatisert pasient med generaliserte muskelsmerter som stadig fikk epikondylitt (lokal smertetilstand i albuen) på sin henvisning. En kan spørre seg hva dette er et uttrykk for. Er det mangelfull utredning? Er det en gammel diagnose pasienten har fått tidligere som henger igjen i systemet? Vet ikke legen hva han skal kalle det pasienten plages med? Kanskje kan dette eksempelet være et symptom på at kravet om en diagnose noen ganger kan gå på bekostning av faglig kvalitet? Ettersom pasienten er henvist til psykomotorisk fysioterapi, er det grunn til å anta at henvisende lege hadde mistanke om et mer sammensatt problem. Likevel ble det satt en enkel symptomdiagnose.

En diagnoses primære funksjon er å være rettesnor for valg av behandling, men den skal også indikere noe om forventet effekt av behandling og prognose (Brean, 2015). Dette tatt til følge, skulle den nevnte pasienten egentlig vært behandlet med blant annet eksentrisk trening av underarmsmuskulaturen (Juel, 2007). Slike intervensjoner omfattes ikke av NPMF, som pasienten var henvist til (jf. kap.2.6). Det er heller ikke kjent å ha effekt på generaliserte muskelsmerter, som i realiteten skal ha vært det pasienten var plaget av.

I følge Thornquist (2009) handler ikke diagnostikk bare om kartlegging av symptomer. Det innebærer også høy grad av seleksjon og fortolkning. Lærum (2005) sammenligner diagnoser med en «boks». For å få helseplagene til å passe inn i boksen, kan det være nødvendig å forenkle og avgrense problemet. I en skandinavisk studie kunne ulike allmennleger gi en og samme pasient med uspesifikke helseplager opptil 31 ulike diagnoser (Mæland et al., 2012). I

en spansk studie oppga 9 av 9 spurte leger at de stiller fibromyalgidiagnosen på bakgrunn av eliminering av andre årsaker (Briones-Vozmediano, Vives-Cases, Ronda-Pérez & Gil-González, 2013). Famler man egentlig i blinde?

Informantene i denne studien uttrykte at fibromyalgi kan være en spesielt vanskelig diagnose å forholde seg til som terapeut. Bakgrunnen var at det gjennom den psykomotoriske undersøkelsen og behandlingen ofte kan dukke opp ting som gir mistanke om at det ligger noe mer bak smertene enn hva diagnosesettingen er bygget på (jf. kap.2.2). Dette ble utdypet som forhøyet psykososial belastning og traumehistorier.

En psykomotorisk undersøkelse bygger på andre informasjonskilder og fremgangsmåter enn kartleggingen som benyttes i forbindelse med diagnostisering av for eksempel fibromyalgi. Av den grunn er det naturlig at samme tilstand kan fremstå ulikt i lys av de ulike undersøkelsene (Gretland, 2007). Mens informantene i denne studien fra sitt psykomotoriske ståsted ser sammenhenger som tilsier at generaliserte muskelsmerter er kroppens svar på vanskelige livshendelser eller livssituasjoner, vurderer andre faggrupper plagene ut fra andre preferanser. Konklusjonen vil avhenge av helseprofesjonen som undersøker (Butler & Mosley, 2003). Det bekreftes imidlertid i forskningslitteraturen at forekomsten av overgrep i barndommen generelt er høy innenfor de fleste MUPS-diagnoser (Read, Hammersley & Rudegeair, 2007; Stone, 2014). Betyr dette at fibromyalgi er en lite dekkende diagnose? Kan det egentlig være snakk om naturlige reaksjoner på livsbelastninger, slik informantene i denne studien ytrer tanker om?

Det er viktig å påpeke at selv om forekomsten av overgrep statistisk sett er høy, betyr ikke det at alle MUPS-pasienter har vært utsatt for overgrep i barndommen. Det er viktig, uavhengig av om man er lege eller psykomotorisk fysioterapeut, ikke å bli for ensporet og generaliserende i sin forståelse av denne type plager. Enkeltmennesket må få komme frem. Kirkengen & Thornquist (2013) stiller seg imidlertid svært kritiske til en del diagnostisering, og kaller det faglig forsømmelse når eventuell krenkelseserfaring ikke blir etterspurt, eller verbale og kroppslige tegn på problemer eller avmakt hos pasienten ignoreres. Read et al. (2007) understreker også at det er helt essensielt at denne type informasjon alltid etterspørres. Hvis ikke blir plagene kun vurdert i en biomedisinsk forståelsesramme og kategorisert som sykdom fremfor skader som følge av krenkelse, der det kanskje er tilfellet (Kirkengen & Thornquist, 2013). Det betyr ikke at det ene er viktigere enn det andre. Det biomedisinske perspektivet er elementært i det å avdekke eventuell alvorlig sykdom. Således er det viktig at

både det biomedisinske og det psykososiale blir viet oppmerksomhet. Disse aspektene tatt i betraktning, kan det synes å være belegg for å si at fibromyalgidiagnosen slik den fremstår i dag, er mangelfull. Dette kan være svært uheldig ettersom at hvordan plager begrepsfestes også vil styre pasientens egen selvforståelse (Kirkengen & Thornquist, 2013). Dette gjenspeiles i funn i studien der det kommer frem at når plagene konkretiseres som diagnosen fibromyalgi, kan det virke som at mange pasienter forstår det som en bekreftelse på at plagene ikke er psykiske, men at det er noe galt med kroppen i form av en sykdom. Kan dette være en årsak til at informantene opplever mange pasienter som så sterkt knyttet til diagnosen?

Et viktig aspekt i denne sammenheng er at de kroppslige symptomene, uansett årsak, er høyst reelle for pasienten (Lærum, 2005). I tillegg er det en vanlig tanke hos pasienter at kroppslige plager må ha en kroppslig forklaring (Haugli & Finset, 2002). Mange pasienter opplever det som avgjørende for deres legitimitet som pasienter, at en finner en fysisk årsak til plagene (Kenny, 2004). Samtidig er det mange pasienter med generaliserte muskelsmerter som opplever å bli mistrodd og ikke tatt på alvor i møte med helsevesenet (Mengshoel, 2005; Werner, Isaksen & Malterud, 2004). Det å få en diagnose som i henhold til ICD-10 (1999) er kategorisert som en somatisk lidelse, kan tenkes å bekrefte deres egen forståelse av tilstanden. Sykdomsdefineringsen kan, til tross for at fibromyalgi blir rangert som en utpreget lavstatusdiagnose (Album & Westin, 2008), likevel bidra til økt selvfølelse og selvrespekt gjennom opplevelsen av å bli trodd (Lærum, 2005). I en kvalitativ studie bekreftes det også at det å få en diagnose for mange pasienter oppleves som en lettelse, ved at det umiddelbart betraktes som å få en legitim sykdom (Briones-Vozmediano et al., 2013). Lettelsen blir imidlertid gjerne kortvarig ettersom konsekvensene av diagnosen blir klarere. Det å ha en diffus, kvinnedominert diagnose uten klare objektive funn, som av enkelte helsepersonell omtales som «bare et ord» eller en «motediagnose», medfører stigmatisering som i det lange løp likevel ikke bidrar til å legitimere tilstanden som en sykdom (Undeland & Malterud, 2007). Det kan altså se ut til at den sterke tilknytningen til diagnosen må dreie seg om noe annet. Kanskje kan det henge sammen med at alternativet ville være å ikke ha en diagnose i det hele tatt, som igjen ville kunne falle tilbake på opplevelsen av å ha ubekreftede plager og ikke bli trodd? For øvrig er det et viktig faktum at fibromyalgi betegnes som «kronisk» (ICD-10, 1999). Per definisjon betyr ikke det annet enn at tilstanden har vart i mer enn 6 måneder (Lindskog, 2003). Likevel har jeg selv erfart at pasienter som oftest ser betegnelsen kronisk synonymt med noe som aldri vil gå over. Dette er et klassisk eksempel på at hvordan en sykdom objektivt sett er, og forestillingen pasienten selv har om den, ikke nødvendigvis

stemmer overens. Pasientens omgang med egne plager vil alltid springe ut fra egen sykdomsforståelse (Fjerstad, 2010). Fra en slik synsvinkel er det kanskje ikke så unaturlig at mange pasienter knytter seg til diagnosen, dersom deres oppfatning er at den vil være med dem livet ut. Spesielt i lys av at fibromyalgidiagnosen for mange pasienter i tillegg ser ut til å oppleves som en viktig bekreftelse på deres egen opplevelse av tilstanden. En informant hadde for øvrig også tanker om at en del helsepersonells ensidige biomedisinske forståelse av hva vedvarende smerte er, også kan være bidragsytende til at pasienter låses fast i slike forestillinger. En må heller ikke glemme at diagnoser kan fungere som vilkår for en rekke økonomiske aspekter knyttet til helse (Thornquist, 2009; Nettleton, 2006).

I studien til Undeland og Malterud (2007) ble det også formidlet sorgreaksjoner i kjølvannet av at mange opplever at diagnosen ikke utløser den sympatien, verken fra omgivelsene eller fra legen, som de hadde forventet. Negative tanker og følelse av håpløshet er heller ikke uvanlig. Mange føler seg som en belastning i det sosiale livet. Dette medfører gjerne passivisering, som igjen kan lede til ytterligere funksjonstap – en ond sirkel (Fjerstad, 2010). Plagene i seg selv er belastende, men det kan altså se ut til at diagnosen i seg selv kan være om så mer utløsende for psykososial belastning. Skyter man seg selv i foten ved å sette en sosialt belastende diagnose på plager som synes å stå i så sterk relasjon til psykososial belastning? Sett i lys av at nettopp psykososiale faktorer hevdes å påvirke predisposisjon, forverring og varighet av symptomene (Häuser & Henningsen, 2014), blir det naturlig å stille spørsmål ved om det å være «merket» med diagnosen i seg selv kan være en faktor som bidrar til å opprettholde plagene? Hvilket utgangspunkt danner dette for den videre behandlingen og bedringspotensialet? Finnes det andre måter å bekrefte pasientens plager enn å stille en tilsynelatende begrensende diagnose?

De psykomotoriske fysioterapeutene som ble intervjuet i denne studien uttrykte i denne sammenheng gode erfaringer med hvordan den psykomotoriske undersøkelsen kan være nyttig i nettopp det å bekrefte pasientens plager. Det ble gjengitt samtaler hvor pasienter har uttrykt stor lettelse over at plagene var gjenspeilet i endringer i respirasjon, muskulær spenningsgrad og andre kroppslige uttrykk. Fra informantenes side ble det for øvrig gitt uttrykk for at det ble oppfattet som klart enklere å komme i posisjon til å behandle pasienter som ennå ikke hadde fått en diagnose.

5.3 Behandlingsprosessen - Virksomme tiltak, god allianse eller livsfaktorer?

Som omtalt i kap.2.2, fremstår fibromyalgi i stor grad som en symptomdiagnose, til tross for at det ser ut til å ha kommet til faglig enighet om at den må forstås i en biopsykososial modell (Häuser & Henningsen, 2014). Likevel synes ikke den biopsykososiale modellen å gjenspeiles i særlig grad når det gjelder forskning på effektive behandlingsmetoder. Det er gjort forskning på ulike flerdimensjonale rehabiliteringsopplegg (F.eks. Wigers & Finset, 2007), men inntrykket er likevel at ulike behandlingsmetoder som oftest ser ut til å bli studert hver for seg. Dette kan muligens være forklarende for hvorfor det ikke er funnet én behandlingsmetode som er universelt effektiv for alle tilfeller av fibromyalgi eller for alle symptomer hos enkeltpasienter (Okifuji & Hare, 2013). Kan man forvente at det skal finnes én enkelt «kur» mot en så altomfattende og allsidig tilstand, hvor psykososiale forhold synes å være en nøkkelfaktor? Flere forskergrupper påpeker riktignok at det er grunn til å anta at en multidimensjonell behandling som dekker sammensattheten ved generaliserte muskelsmerter, sannsynligvis vil kunne virke. Problemet er at det er vanskelig å forske på, grunnet stor variasjon i behandlingsparameterne (Briones-Vozmediano et al., 2013; Okifuji & Hare, 2013; Wigers & Finset, 2007).

Mengshoel (2005) har i sin forskning på pasienter som har blitt friske av fibromyalgi funnet at det ikke var behandling, men vendepunkter i pasientenes liv som ble starten på tilfriskning. Dette kan til en viss grad understøttes av Miller, Duncan og Hubble sin forskning (gjengitt i Thomas, 2006, s. 203), som viser at i en behandlingsprosess vil omtrent 40% av endringspotensialet være forbeholdt ekstraterapeutiske faktorer, altså faktorer i pasientens liv og omgivelser. 30% vil være relatert til den terapeutiske alliansen, 15% til pasientens håp og forventninger, og bare 15 % til behandlingsmetoden. Denne forskningen er rettet mot psykoterapi. NPMF inneholder andre og flere elementer enn ordinær samtaleterapi (jf. kap.2.6). Det er dermed noe uvisst om prosentfordelingen er representativ også for NPMF, men den antas å gi en pekepinn på betydningen av de ulike faktorene i behandlingssammenheng. Samtidig er det vanskelig ukritisk å godta slike tall. De kan synes å representere en polarisering, der det nærmest kan se ut til at behandling i seg selv generelt vil være så å si nytteløst. Kan det virkelig være slik?

Informantene i denne studien hadde mange tanker om behandling, bedring og aspekter som påvirker bedringspotensialet. De oppga å benytte mange ulike virkemidler, også virkemidler som strekker seg utover konkrete fysioterapitiltak. Det ble påpekt at som utgangspunkt for behandlingen er det viktig å avklare hva det vil si å bli bedre. Det kom frem tanker om at det

ikke nødvendigvis alltid handler om totalt fravær av ubehag, ettersom at bedringspotensialet vil variere fra pasient til pasient. I noen tilfeller ble det dermed ansett å være fornuftig å fokusere på pasientens ressurser, altså hvordan en kan få det som allerede fungerer til å fungere enda bedre. Det kan også handle om hvordan leve bedre med det man har. Dette står i kontrast til det Fjerstad (2010) skriver om at langvarige smerter som oftest medfører et mer eller mindre utelukkende negativt fokus, altså at det er vanlig at både pasientens og helsepersonells oppmerksomhet hovedsakelig retter seg mot smerten og det som er «feil» med kroppen. Det stemmer imidlertid overens med informantenes opplevelser av at mange pasienter kommer med en forventning om at behandlingen skal fri dem fra smertene, eller i hvert fall gjøre dem mye bedre.

Informantene hadde også erfaringer med at mange pasienter blir bedre etter å ha gått i psykomotorisk behandling. Kanskje kan det være slik at endring av fokus fra smerte til ressurser, altså fra hva som ikke fungerer til det som faktisk fungerer, kan bli et slags vendepunkt i pasientenes liv? – Et skifte fra kun å se begrensninger til også å se muligheter? Det samme gjelder det å få økt kunnskap om hvordan livet en lever påvirker plagene. Plagene settes i nytt lys. Som omtalt tidligere, er det lett å komme inn i en ond sirkel der negative tanker rundt egen situasjon bidrar til passivisering og symptomforverring. En endret tankegang til å kjenne på det som er bra og det en faktisk får til, kan tenkes å bidra til å redusere passivitet, som igjen kan gi positive ringvirkninger og bidra til å snu en negativ trend. Ifølge Fjerstad (2010) er det positivt når helsepersonell sammen med pasienten utforsker hva som kan gi kroppen positiv oppmerksomhet. Samtidig kan det for pasienten, satt på spissen, bli som å gå en tur med et smertefullt gnagsår. Det blir vanskelig å nyte naturen, når smerten fra gnagsåret i skoen konstant stjeler fokus. Det vil hele tiden være et ønske om å redusere smerten (Øiestad, 2009). I et slikt perspektiv er det naturlig at det på samme måte i behandlingen vil være vanskelig for pasienten å fokusere på egne ressurser og kjenne på det positive, dersom smerten hele tiden ligger fremst i bevisstheten. Det kan her se ut til å være ulike forventninger og ulike tanker og ønsker om fokus som ligger til grunn ved behandlingsstart.

En god terapeutisk allianse ble av flere informanter trukket frem som svært betydningsfullt, men det kan altså forstås som at grunnlaget for den terapeutiske alliansen i mange tilfeller møter utfordringer allerede ved behandlingsstart. Ulike forventninger kom også til syne på andre måter enn nevnt over. Informantene hadde erfaringer med at noen pasienter kommer med en formening om at plagene er noe som er påført dem utenfra, og ikke handler om deres

nåværende livssituasjon eller tidligere erfaringer. Plagene er noe som bare uheldigvis har rammet dem, utenfor deres kontroll. Følgelig kom det frem erfaringer om at det ofte synes å være tanker om at det også er noe utenfor dem selv som skal gjøre dem friske, det være seg medisiner, fysioterapi eller opptrening. Samtidig ble mange pasienter oppfattet som utålmodige til prosessen. Slike oppfatninger står i klar motsetning til både informantenes syn på generaliserte muskelsmerter som svar på psykososial belastning, og deres tanker om at pasienten skal ha en aktiv rolle i behandlingen.

I følge Wigers & Finset (2007) er en felles forståelse hos pasient og terapeut helt nødvendig for å lykkes med behandlingen. Flere informanter delte, som nevnt, erfaringer som tilsier at den psykomotoriske undersøkelsen er spesielt nyttig i denne sammenheng. Spesielt verdien av å undersøke gjennom berøring. En informant gjenga følgende tilbakemelding fra en pasient: *«Åh, det er så deilig å komme til deg. Jeg har det så fælt, og du er den eneste som tar i kroppen min, kan kjenne det jeg kjenner, og virkelig forstår hvordan jeg har det»*. Dette gjenspeiler en dimensjon ved den terapeutiske alliansen, som en kan se for seg at lett kan falle bort for eksempel i møte med legen, hvor jakten på en biomedisinsk diagnose oftere står i fokus. Berøring kan være en sterk form for nonverbal kommunikasjon, og kan blant annet ha som funksjon å formidle forståelse og støtte. Berørings art er imidlertid avgjørende for hvordan den oppfattes. I verste fall kan den oppleves som et overtramp, og få negativ effekt (Eide & Eide, 2007). Hermoni et al. (2000) har funnet at pasienter med kroniske smerter som føler seg forstått, følgelig opplever mindre smerter. I tillegg konkluderer Stewart et al. (2000) i sin oversiktsartikkel med at pasienter som møtes på en empatisk og støttende måte, hvor nettopp felles forståelse av plagene står i fokus, blir mindre engstelige, som igjen medfører reduksjon av symptomer.

Informantene hadde generelt et tydelig bevisst forhold til den relasjonelle delen av behandlingen. Flere hadde en oppfatning om at dette er pasienter om ofte ikke blir sett, hørt eller trodd i møte med helsevesenet. I denne sammenheng ble spesielt viktigheten av at den samme opplevelsen ikke skal gjenta seg når de kommer til psykomotorisk fysioterapi påpekt. Foruten den psykomotoriske undersøkelsen ble tillit, trygghet og respekt fremhevet av flere informanter.

Forskning på området viser at spesielt pasientens opplevelse av den terapeutiske alliansen er en god prediktor for behandlingsutfallet (Flückinger, Del Re, Wampold, Symonds & Horvath, 2012). Samtidig har terapeuten en tendens til å underestimere pasientens vurdering

av alliansen (Tyron, Blackwell & Hammel, 2007). Forskningen det vises til er rettet mot psykodynamisk psykoterapi, uavhengig av metode. En kan således ikke være sikker på at det samme gjelder for NPMF, men ettersom NPMF også springer ut fra en psykodynamisk forståelsesramme (Bunkan, 2014), antas det å være en viss overføringsverdi.

I sammenheng med alliansebyggingen ble også tidsaspektet omtalt av flere som viktig. Det gikk på at pasienten skal oppleve å ha god tid, både i hver enkelt time, men også i et lengre perspektiv. Sett i lys av tidligere omtalte predisponerende og vedlikeholdende faktorer (kap.2.1), kan det synes gunstig for behandlingen, spesielt i det at tidsperspektivet i seg selv ikke blir en stressfaktor. Pasienten trenger ikke «stresse» med å bli frisk. Samtidig er NPMF en behandlingsform som normalt innebærer behandling maksimalt én gang per uke, ofte også sjeldnere (Bunkan, Bülow-Hansen, Houge, Hødal & Hansson, 1995). En uke inneholder 168 timer. I et slikt perspektiv fremstår én behandlingstime i uken som forsvinnende lite, og en kan spørre seg hvordan den ene timen i uken skal kunne lede til store endringer. En informant delte dessuten tanker om at endring tar tid. Er tidsperspektivet for romslig? Bunkan et al. (1995) skriver om nødvendigheten av stabiliseringstid mellom hver behandlingstime, at tidsaspektet er et viktig ledd i doseringen av behandlingen i NPMF. Det er pasientens reaksjoner som bestemmer både behandlingens omfang og tempo (Thornquist, 2006).

Informantenes oppfatning av generaliserte muskelsmerter som resultat av livsbelastninger og traumer gjenspeiles for øvrig ellers i behandlingen. Flere var opptatt av nettopp pasientenes liv og virke. Også pasientens evne til å se plagene i sammenheng med egne livsforhold ble viet større fokus enn smerten i seg selv. Dette handlet spesielt om utfordringer rundt egen grensesetting. Samtidig var en informant nøye på å ta tak i livsstilsmessige ting som fysisk aktivitet, ernæring og søvn. Wigers og Finset (2007) støtter at det bør legges vekt på eliminering av faktorer som vedlikeholder tilstanden. Dessuten ser det ut til at behandling som fokuserer på utvikling av ferdigheter for bedre smertemestring, gir bedre resultater enn ren informasjon (Okifuji & Hare, 2013). Helle-Valle (2011) skriver også at det kan være mer hensiktsmessig å fokusere på mestring og aksept.

I tillegg til å ha et overordnet fokus på psykososiale faktorer, ressurser og livsstilsfaktorer, var alle informantene også tydelige på viktigheten av psykomotoriske prinsipper i behandlingen. Dette handlet spesielt om psykomotoriske massasjeregrep og kroppsbevissthet gjennom pasientens registrering av nyanser og endringer i egen kropp underveis i samtale, samt før og etter konkrete tiltak som innebar f.eks. berøring. En informant ga eksempler som å kjenne om

det føles mer behagelig etter å ha blitt tatt på, kjenne på hold og slipp, altså nære elementer. Fra et nevrologisk perspektiv kan denne type tiltak synes å være gode og hensiktsmessige. Et stabilt forhold til kroppen forutsetter at hjernens kroppsrepresentasjon hele tiden oppdateres gjennom variert sensorisk informasjon, bevegelser og oppmerksomhet rettet mot kroppen (Brodal, 2013). Berøring fremmer kontakt med egen kropp og dens grenser (Øiestad, 2009). Gjennom slike gode og annerledes erfaringer vil pasienten kunne knytte sammen følelser og kroppslige reaksjoner, og relatere de til sosiale situasjoner (Thornquist, 2009). Spørsmålet er hvilken betydning konkrete psykomotoriske behandlingstiltak har i behandlingen av generaliserte muskelsmerter? Det må overlates til fremtidige studier å svare på.

5.4 Reflekterende tanker

I denne studien har jeg vært forsker på eget fagfelt, noe som har gitt meg mulighet til å betrakte NPMF fra et fugleperspektiv. Jeg kjenner meg godt igjen i informantenes erfaringer og tanker rundt generaliserte muskelsmerter. Informantenes erfaringer tilsier at fibromyalgidiagnosen både kan være et «kjært barn» for pasienten, samtidig som den i praksis synes å kunne være bidragsytende til at plagene opprettholdes. Informantene ser denne diagnosen først og fremst som et hinder i behandlingsprosessen, og opplever det lettere å komme i posisjon til å behandle pasienter med generaliserte muskelsmerter hvor denne diagnosen ikke er satt. Diagnosen skaper også utfordringer for den terapeutiske alliansen, ved at den er med på å styrke en ulik forståelse for plagene hos pasient og terapeut.

Det slår meg at psykomotoriske fysioterapeuter, meg selv inkludert, kanskje fort kan glemme kroppens flertydighet. Det er fort gjort at de kan gå i en tilsvarende felle som leger kan gjøre når nye tilleggsplager tilsynelatende automatisk plasseres i «fibromyalgisekken». Blir psykomotoriske fysioterapeuter for trangsynte og fokuserte på den belastede kroppen, livssituasjonene og traumene at de glemmer at kroppen også preges av mekaniske krefter og skader? Mens leger anklages for å være for biomedisinsk orienterte, kan psykomotoriske fysioterapeuter bli for opptatt av det psykososiale? Kanskje er vi slett ikke så helhetlige som vi både i litteraturen og i vår egen omtale av oss selv, utgir oss for å være? Farene for feiltolkning er mange, ettersom at en heller ikke i NPMF har noen klare entydige objektive mål. Gjennom en psykomotorisk undersøkelse kan en vurdere parametere som respirasjon, muskulatur og holdningsmønster, men funnene sier i realiteten ikke noe om *hvorfor* kroppen er som den er. Det som ved første øyekast ser likt ut, kan ha vidt forskjellig årsak. Sammen med opplysninger fra anamnesen settes funnene inn i en kontekst som virker logisk, men fremdeles finnes det ingen fasitsvar.

Informantene i studien rapporterte at de opplever at mange pasienter med generaliserte muskelsmerter blir bedre av NPMF. Konkret hva som bidrar til bedringen, kan det ikke konkluderes med ut fra en liten kvalitativ studie som denne. En informant skilte seg noe ut ved å være mer opptatt av det livsstilsmessige enn de andre. En annen oppga å benytte mer psykoedukasjon enn de øvrige. Likevel synes det generelt blant informantene, foruten bruk av psykomotoriske prinsipper, i den terapeutiske tilnærmingen å være mye fokus på den terapeutiske alliansen, samt å hjelpe pasientene til å utforske plagene i sammenheng med eget liv. I lys av Miller, Duncan og Hubble sin tidligere nevnte forskning (gjengitt i Thomas, 2006, s. 203), som sier at behandlingsmetoden er av liten betydning sammenlignet med faktorer i pasientens liv og den terapeutiske alliansen, *kan* dette forklare hvorfor informantene ofte opplever å lykkes med å oppnå bedring (gitt at det kan trekkes paralleller mellom NPMF og psykoterapi). Samtidig må en ikke glemme det biomedisinske og fysiologiske ved NPMF. Arbeid med for eksempel kroppsbewusstheit, respirasjon og massasje innebærer mange biomedisinske elementer. Dette speiler et klart behov for videre forskning på hva det er ved NPMF som kan være virksomt i behandling av generaliserte muskelsmerter. Dette omtales videre under kliniske implikasjoner i kap.6.1.

6.0 KONKLUSJON

Funnene i denne studien indikerer at de psykomotoriske fysioterapeutene som ble intervjuet møter mange utfordringer i behandling av pasienter med generaliserte muskelsmerter. Informantene var samstemte i at generaliserte muskelsmerter som oftest fremstår som kroppens svar på vanskelige livssituasjoner, livshendelser eller traumer. I denne sammenheng ble diagnosebruken knyttet til denne type plager problematisert som en begrensende faktor ved at den ble oppfattet som grovmasket, overfladisk og reduksjonistisk. Diagnosen ble også ansett som bidragsytende til at de kroppslige symptomene eksternaliseres til noe pasienten kan stille seg utenfor. Fibromyalgi trer frem som diagnosen informantene opplever som den mest begrensende, spesielt fordi den kan synes å bidra til å fremme en biomedisinsk forståelse hos pasienten. Dette strider mot informantenes mer biopsykososiale forståelse. Det ser således ut til at pasient og terapeut ofte kan gå inn i behandlingen med en ulik grunnforståelse for plagene, noe som ser ut til å skape utfordringer i etableringen av den terapeutiske alliansen. Nettopp en god og trygg terapeutisk allianse ble uttrykt å være viktig. I denne sammenheng ble den psykomotoriske undersøkelsen hevdet å være svært nyttig, spesielt gjennom berøring

og fokus på andre parametere enn hva annet helsepersonell bruker i sine undersøkelser. Informantene delte erfaringer om hvordan pasienter har uttrykt for første gang å føle seg sett, ved at undersøkelsen har kunnet bekrefte deres plager. Det kan således være grunn til å rette et kritisk blikk mot dagens diagnosebruk knyttet til generaliserte muskelsmerter, som i lys av denne studiens funn, fremstår som mangelfull.

Resultatene peker for øvrig i retning av at fokus i den terapeutiske tilnærmingen ofte er rettet mer mot pasientens evne til å utforske plagene i sammenheng med eget liv, fremfor direkte på smerten. Det var imidlertid varierende hvor endringsorientert behandlingen ble angitt å være. På den ene siden lå fokuset på videreutvikling av pasientens ressurser og utforsking av plagene, hvorpå psykomotoriske prinsipper ble erfart som fruktbare verktøy. På den andre siden lå fokuset mer på endring av det som ble ansett som symptomskapende adferdsmønstre som f.eks. manglende evne til grensesetting og livsstilsendringer.

6.1 Implikasjoner for videre forskning

I lys av denne studien synes det å være behov for flere både kvalitative og kvantitative studier som omfatter NPMF i behandling av generaliserte muskelsmerter. Spesielt interessant ville det være med videre kvalitativ forskning som belyser pasientenes perspektiv, og sette funnene opp mot funn fra denne studien.

På bakgrunn av positive erfaringer fremkommet i denne studien knyttet til den psykomotoriske undersøkelsen, synes det også å kunne være interessant å undersøke om denne undersøkelsen kan bidra i utredningsarbeid knyttet til generaliserte muskelsmerter. Funn i studien kan antyde at det er behov for en bredere tilnærming.

Til sist er det behov for å undersøke effekten av psykomotorisk fysioterapi som behandling for generaliserte muskelsmerter. Denne studiens resultater indikerer ut fra informantenes erfaringer, at mange pasienter med generaliserte muskelsmerter blir bedre av psykomotorisk fysioterapi. Det foreligger derfor et klart behov for å teste denne påstanden, samt kartlegge konkret hva det er ved NPMF som eventuelt kan være virksomt, gjennom større, randomiserte, kontrollerte studier. Behovet er det imidlertid flere som har fanget opp, og som omtalt i kap.2.3.1 er en slik studie allerede på trappene (Dragesund & Kvåle, 2016).

REFERANSELISTE

- Aamland, A., Malterud, K. & Werner, E. L. (2012). Phenomena associated with sick leave among primary care patients with Medically Unexplained Symptomes: A systematic review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 30, 147-155.
doi:10.3109/02813432.2012.704812
- Aamland, A., Malterud, K. & Werner, E. L. (2014). Patients with persistent medically unexplains physical symptoms: a descriptive study from Norwegian general practice. *MBC Family Practice*, 107 (15). doi:10.1186/1471-2296-15-107
- Album, D. & Westin, S. (2008). Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Social Science and Medicine*. 66 (1), 182-8.
doi:10.1016/j.socscimed.2007.07.003
- Biguet, G., Keskinen-Rosenqvist, R. & Berg, A. L. (2012). *Att förstå kroppens budskap – sjukgymnastiska perspektiv*. Danmark: Specialtrykkeriet A/S.
- Bordin, E. S. (1979). The Generalizability of the Psychoanalytic Concept of the Working Alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 16 (3), 252-260.
doi:10.1037/h0085885
- Brean, A. (2015). Jakten på diagnosen. *Tidsskrift for Den Norske Legerforening*. 135 (5), 409.
doi:10.4045/tidsskr.15.0282
- Butler, D. & Mosley, L. (2003): *Explain pain*. Adelaide City West: Noigroup publications.
- Borchgrevink, P. C., Fredheim, O. M., Fors, E. A., Hara, K., Holen, A. & Stiles, T. C. (2009). Hva er sammensatte lidelser? *Tidsskrift for Den norske legerforening*. 129 (13-14), 1368. doi:10.4045/tidsskr.09.0429
- Breitve, M. H., Hynninen, M. J. & Kvåle, A. (2010). The Effect of Psychomotor Physical Therapy on Subjective Health Complaints and Psychological Symptomes. *Physiother. Res. Int.* (15), 212-221. doi:10.1002/pri.462
- Briones-Vozmediano, E., Vives-Cases, C., Ronda-Pérez, E. & Gil-González, D. (2013). Patients' and profesionales' views on managing fibromyalgia. *Pain Res Manag*, 18 (1), 19-24. doi:10.1155/2013/742510
- Brodal, P. (2013). *Sentralnervesystemet*. (5.Utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Bunkan, B., Bülow-Hansen, A., Houge, N. H., Hødal, T. & Hansson, H. (1995). *Psykomotorisk behandling*. Oslo: Pensumtjeneste.
- Bunkan, B. (2008). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde*. (4. Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Bunkan, B. (2014). *Fra Wilhelm Reich til Trygve Braatøy og Aadel Bülow-Hansen-tradisjonen i Norge – Utviklingen fra interessegruppe til akademisk utdanning i årene 1956-2006*. Oslo: ABM-media as.
- Burton, K. A., Tillotson, K. M., Main, C. J. & Hollis, S. (1995). Psychological predictors of outcome in acute and subchronic low back trouble. *Spine*. 20 (6), 722-8.
doi:10.1097/00007632-199503150-00014
- Courtois, I., Cools, F. & Calsius, J. (2015). Effectiveness of body awareness interventions in fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Bodywork & Movement Therapies*. 19, 35-56.
doi:10.1016/j.jbmt.2014.04.003
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming*. (2.Utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Dowling, A. S. (2005). Georg Engel, M.D. (1913-1999). *Am J Psychiatry*. 162 (11), 2039.
Hentet fra <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.162.11.2039>
- Dragesund, T. & Kvåle, A. (2016). Study protocol for Norwegian Psychomotor Physiotherapy versus Cognitive Patient Education in combination with active individualized physiotherapy in patients with long-lasting musculoskeletal pain – a randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 17, 325. doi:10.1186/s12891-016-1159-8.
- Duesund, L. (2001). *Kropp, kunnskap og selvoppfatning*. Oslo: Gyldendal.
- Edwards, T. M., Stern, A., Clarke, D. D., Ivbijaro, G. & Kasney, L. M. (2010). The treatment of patients with medically unexplained symptoms in primary care: a review of literature. *Mental Health in Family Medicine*. 7, 209-221. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3083260/pdf/MHFM-07-209.pdf>
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2. Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Falkum, E. (2008). Den biopsykososiale modellen - Bør den formuleres på nytt i lys av nevrobiologisk og stressmedisinsk forskning? *Michael*. (5), 225-63. Hentet fra <http://michaelquarterly.no/pdf/2008/3-255-63.pdf>
- Fava, G. A. & Sonino, N. (2005). The Clinical Domains of Psychosomatic Medicine. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 66 (7), 849-58. doi: 10.4088/JCP.v66n0707
- Fjerstand, E. (2010). *Frisk og kronisk syk – Et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Flückinger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D. & Horvath, A. O. (2012). How Central Is the Alliance in Psychotherapy? A Multilevel Longitudinal Meta-Analysis. *Journal of Counseling Psychology*. 59 (1), 10-17. doi:10.1037/a0025749

- Fors, E.A. (2012). *Hva er smerte?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Fors, E. A., Jacobsen, H. B., Borchgrevink, P. C. & Stiles, T. C. (2014). Somatiske symptomer uten vesentlig medisinsk forklaring: Bakgrunn, nosologi og kliniske betraktninger med relevans for psykologer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51, 365-377. Hentet fra <http://www.psykologtidsskriftet.no/pdf/2014/365-377.pdf>
- Gatchel, R. J., Peng, Y.B., Peters, M. L., Fuchs, P. N. & Turk, D. C. (2007). The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain: Scientific Advances and Future Directions. *Psychological Bulletin*. 133, (4), 581-624. doi:10.1037/0033-2909.133.4.581
- Garg, N. & Deodhar, A. (2012). New and Modified Fibromyalgia Diagnostic Criteria. *The Journal of Musculoskeletal Medicine*. 29 (1), 13-15
- Gelder, B., Borst, A. W. & Watson, R. (2015). The perception of emotion in body expressions. *WIREs Cognitive Science*. 6, 149-158. doi:10.1002/wcs.1335
- Getz, L., Kirkengen, A. L. & Ulvestad, E. (2011). Menneskets biologi – mettet med erfaring. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*. 131 (7), 683-7. doi:10.4045/tidsskr.10.0874
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Haugli, L. & Finset, A. (2002). Lege-pasient-forholdet ved funksjonelle lidelser. *Tidsskrift for den Norske legeforening*. 122 (11), 1123-5. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2002--1123-5.pdf>
- Häuser, W. & Henningsen, P. (2014). Fibromyalgia syndrome: A somatoform disorder? *European Journal of Pain*. 18 (8), 1052-9. doi:10.1002/j.1532-2149.2014.00453.x
- Helle-Valle, A. (2011). Kommentar: Hva feiler det den vanskelige pasienten? *Tidsskrift for den Norske Legeforening*. 131 (18), 1762. doi:10.4045/tidsskr.11.0617
- Helseforskningsloven (2009). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44#KAPITTEL_4
- Hermoni, D., Borkan, J.M., Pasternak, S., Lahad, A., Van-Ralte, R., Biderman, A. & Reis, S. (2000). Doctor-Patient concordance and patient initiative during episodes of low back pain. *British Journal of General Practice*. 50, 809-810. Hentet fra <http://bjgp.org/content/50/459/809/tab-pdf>
- Hofmann, B. (2014). *Hva er sykdom?* (2.Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Hofmann, B. & Wilkinson, S. (2016). Mange betegnelser for sykdom. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*. 136 (12-13) 1125-1126. doi:10.4045/tidsskr.16.0316
- Holtedahl, R. (2002). Den somatiserende pasient i det moderne samfunn. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*. 122 (11), 1130-2. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2002--1130-2.pdf>

- Ihlebak, C., Eriksen, H. R. & Urstein, H. (2002). Prevalence of subjective health complaints in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*. 30, 20-29. Hentet fra https://www.researchgate.net/profile/Hege_Eriksen/publication/11436311_Prevalence_of_subjective_health_complaints_SHC_in_Norway/links/56616bd008aebae678aa8361.pdf
- Ihlebak, C., Brage, S., Natvig, B. & Bruusgaard, D. (2010). *Forekomst av muskel- og skjelettlidelser i Norge*. Tidsskrift for Den Norske Legeforening. 130 (23), 2365-8. doi:10.4045/tidsskr.09.0802
- Jacobsen, D., Kjeldsen, S. E., Ingvaldsen, B., Buanes, T. & Røise, O. (2009). *Sykdomslære – Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jacobsen, H. B. & Stiles, T. C. (2012). Når somatikk og depresjon opptrer sammen – en utfordring for psykologer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 49, 64-68. Hentet fra <http://www.psykologtidsskriftet.no/pdf/2012/64-68.pdf>
- Jamtvedt, G., Hagen, K. B. & Bjørndal, A. (2015). *Kunnskapsbasert fysioterapi – Metoder og arbeidsmåter*. (2. Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (4. Utg.). Oslo: Abstrakt forlag.
- Juel, N. G. (2007). *Norsk fysikalsk medisin*. (2. Utg.). Oslo: Fagbokforlaget.
- Kenny, D. T. (2004). Constructions of chronic pain in doctor-patient relationships: bridging the communication chasm. *Patient Education and Counseling*. 52, 297-305. doi:10.1016/S0738-3991(03)00105-8
- Kirkengen, A. L. (2001): *Inscribes bodies. Health impact of children sexual abuse*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Kirkengen, A. L. & Thonquist, E. (2013). Når diagnoser gjør blind. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*. 133 (14), 1466-8. doi:10.4045/tidsskr.13.0519
- Kirkengen, A. L. & Næss, A. B. (2015). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. (3. Utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3. Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Leiknes, K. A. (2007). Medically unexplained symptoms and somatoform disorders: prevalence, course and comorbidity: an eleven year general population study in Norway. PhD, Oslo: University of Oslo. Hentet fra <https://www.duo.uio.no/handle/10852/28570>
- Lindskog, B. I. (2003). *Gyldendals store medisinske ordbok*. (2. Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Lærum, E. (2005). *Frisk, syk eller bare plaget? - Innføring i medisinsk nøkkeltkunnskap*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Lærum, E., Brage, S., Ihlebæk, C., Johnsen, K., Natvig, B. & Aas, E. (2014). *Et muskel- og skjelettregnskap – Forekomst og kostnader knyttet til skader, sykdommer og plager i muskel- og skjelettsystemet*. (2. Utg.) Oslo: Muskel og Skjelett Tiåret (MST) v/ FORMI, Klinikk for kirurgi og nevrofag, Oslo universitetssykehus
- Malterud, K. (2002). Somatisering – en dårlig diagnose. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*. 122 (11), 1092. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2002--1092.pdf>
- Malterud, K. (2006). «Mener han, at somatisering er noe, jeg gjør?». *Tidsskrift for forskning i sykdom og samfunn*. 3 (5), 5-19. Hentet fra <http://ojs.statsbiblioteket.dk/index.php/sygdromogsamfund/article/view/493/423>
- Malterud, K. (2010). Kroniske muskelsmerter kan forklares på mange måter. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*. 130 (23), 2356-9. doi:10.4045/tidsskr.09.0828
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder I medisinsk forskning – En innføring*. (3.Utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, E. W. (2004). *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet og psykisk helse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Meeus, M. & Nijs, J. (2007). Central sensitization: a biopsychosocial explanation for chronic widespread pain in patients with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. 26 (4), 465–473. doi:10.1007/s10067-006-0433-9
- Mengshoel, A. M. (2007). Å bli bedre av fibromyalgi – noen tanker rundt erfaringer fra forskning og praksis. *Fysioterapeuten*. (2), 23-26. Hentet fra <http://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Fagartikler/AA-bli-bedre-av-fibromyalgi-noen-tanker-rundt-erfaringer-fra-forskning-og-praksis>
- Merskay, H. & Bogduk, N. (1994). Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage. I *Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. (2.Etd.). Hentet 6. april 2017 fra <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navItemNumber=576#Pain>
- Mæland, S., Werner, E. L., Rosendal, M., Jonsdottir, I. H., Magnussen, L. H., Urstein, H. & Eriksen, H. R. (2012). Diagnosis of patients with severe subjective Health Complaints in Scandinavia: A Cross Sectional Study. *ISRN Public Health*. Artikkel-ID 851097. doi:10.5402/2012/851097
- NAV. (2013). *Arbeid og velferd. Flere sykemeldt for diffuse plager*. (Arbeid- og velferdsteaten 2013:2). Oslo: NAV.

- Den nasjonale forskningsetiske komitè for medisin og helsefag [NEM]. (2009). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Oslo: Forskningsetiske komiteer.
- Nettleton, S. (2006). 'I just want permission to be ill': Towards a sociology of medically unexplained symptoms. *Social Science & Medicine*. 62 (2006), 1167-1178. doi:10.1016/j.socscimed.2005.07.030
- Nordanger, D. Ø. (2014). Nevrobiologi som veiviser for traumearbeid. I T. Anstorp & K. Benum (red.), *Traumebehandling – komplekse traumelidelser og dissosiasjon* (s.39-51). Oslo: Universitetsforlaget.
- Norges Fibromyalgi Forbund (u.å.). Funksjonshemmingen – symptomer. Hentet 22.mars 2017 fra <http://www.fibromyalgi.no/Funksjonshemmingen/Symptomer>
- Novick, G. (2008). Is there Bias Against Telephone Interviews in Qualitative Research? *Res Nurs Health*. 31 (4), 391-398. doi:10.1002/nur.20259
- Okifuji, A. & Hare, B. D. (2013). Management of Fibromyalgia Syndrome: Review of Evidence. *Pain Therapy*. (2), 87-104. doi:10.1007/s40122-013-0016-9
- Personopplysningsloven. (2001). *Lov om behandling av personopplysninger*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31#KAPITTEL_6
- Rahman, R. (2015). Comparison of Telephone and In-Person Interviews. *Interdisciplinary Undergraduate Research Journal*. 1 (1), 10-13.
- Read, J., Hammersley, P. & Rudegeair, T. (2007). Why, when and how to ask about childhood abuse. *Advances in Psychiatric Treatment*. 13, 101-110. doi:10.1192/apt.bp.106.002840
- Schramme, T. (2013). On the autonomy of the concept of disease in psychiatry. *Frontiers in psychology*. 4 (457), 1-9. doi:10.3389/fpsyg.2013.00457
- Selva, P. C. D. (1996). *Intensive short-term dynamic psychotherapy*. London: Karnac.
- Statens helsetilsyn [ICD-10]. (1999). *ICD-10 - Den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer* (Norsk utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Steihaug, S. (2007). Women's strategies for handling chronic muscle pain: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 25, 44-48. doi:10.1080/02813430601016944

- Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I. R., Oats, J., Weston, W. W. & Jordan, J. (2000). The Impact of Patient-Centred Care on Outcomes. *The Journal of Family Practice*. 49 (9), 796-804. Hentet fra <http://www.mdedge.com/jfponline/article/60893/impact-patient-centered-care-outcomes>
- Stone, L. (2014). Blame, shame and hopelessness: medically unexplained symptoms and the 'hartsink' experience. Reprinted from: *Australian Family Physician*. 43 (4), 191-195. Hentet fra <http://www.racgp.org.au/afp/2014/april/blame-shame-and-hopelessness/>
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse – En innføring i kvalitativ metode*. (3. Utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Thomas, M. (2006). The contributing Factors of Change in a Therapeutic Process. *Contemp Fam Ther*. 28, 201-210. doi:10.1007/s10591-006-9000-4
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis – Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thornquist, E. & Bunkan, B. (1986). *Hva er psykomotorisk fysioterapi?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.
- Thornquist, E. (2006). Psykomotorisk fysioterapi – tenkning og tilnærming. Del 1: Kjennetegn, prinsipper og fremgangsmåter. *Utposten* (5), 28-32. Hentet fra <http://www.barneselskap.no/LinkClick.aspx?fileticket=Ut22I4yKzbg%3D&tabid=268&mid=787>
- Thornquist, E. (2009). Livet setter kroppslige spor – en kasuistikk fra psykomotorisk fysioterapi. *Fag og forskning*. (6), 1-7. Hentet fra <http://docplayer.me/3513135-Livet-satter-kroppslige-spor-en-kasuistik-fra-psykomotorisk-fysioterapi.html>
- Thornquist, E. (2011). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. (2.Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tyron, G. S., Blackwell, S. C. & Hammel, E.F. (2007). A meta-analytic examination of client-therapist perspectives of the working alliance. *Psychotherapy research*. 17 (6), 629-42. doi:10.1080/10503300701320611
- Undeland, M. & Malterud, K. (2007). The fibromyalgia diagnosis – hardly helpful for the patients? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 25 (4), 250-255. doi:10.1080/02813430701706568
- Weissbecker, I., Floyd, A., Dedert, E., Salmon, P. & Sephton, S. (2006). Childhood trauma and diurnal cortisol disruption in fibromyalgia syndrome. *Psychoneuroendocrinology*. 31, 312-324. doi:10.1016/j.psyneuen.2005.08.009

- Werner, A., Isaksen, L. W. & Malterud, K. (2004). I'm not the kind of woman who complains about everything: Illness stories on self and shame in women with chronic pain. *Social Science and Medicine*. 59 (5), 1035-1045. doi:10.1016/j.socscimed.2003.12.001
- Wigers, S. H. (2002). Fibromyalgi - en oppdatering. *Tidsskrift Norsk Legeforening*, 122 (13),1300-4. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2002--1300-4.pdf>
- Wigers, S.H. & Finset A. (2007). Rehabilitering ved kroniske myofascielle smertetilstander. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*. 127 (5), 604-8. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2007--604-8.pdf>
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P., ... Yunus, M. B. (2010). The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care & Reserach*. 62 (5), 600-610. doi:10.1002/acr.20140
- Øien, A. M. (2010). Change and Communication – Long-Term Norwegian Psychomotor Physiotherapy for Patients with Chronic Muscle Pain. PhD. Bergen: University of Bergen.
- Øiestad, G. (2009). *Selvfølelsen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vedlegg: 1



Gro Killi Haugstad
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO

Vår dato: 14.10.2016

Vår ref: 49971 / 3 / BGH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 14.09.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

49971	<i>Hvilke tanker og erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter med behandling av fibromyalgi?</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Gro Killi Haugstad</i>
<i>Student</i>	<i>Eline Røine Stenerud</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 12.05.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Belinda Gloppen Helle

Kontaktperson: Belinda Gloppen Helle tlf: 55 58 28 74

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 49971

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskriv og samtykkeerklæring er noe mangelfullt utformet. Vi ber derfor om at følgende endres/tilføyes:

- Dato for forventet prosjektslutt (12.05.17) og at datamaterialet vil anonymiseres og lydopptak slettes innen da.

- Veileders kontaktinformasjon.

TAUSHETSPLIKT

Det er helsepersonell som er informanter i prosjektet. Disse har taushetsplikt, og det er viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke registreres taushetsbelagte opplysninger. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, tid, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Vi forutsetter også at dere er forsiktig ved å bruke eksempler under intervjuene. Personvernombudet legger med dette til grunn at dere ikke innhenter personopplysninger om pasienter, og at taushetsplikten ikke er til hinder for den behandling av opplysninger som finner sted.

INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen i Oslo og Akershus sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc eller mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

PROSJEKTSLUTT OG ANONYMISERING

Forventet prosjektslutt er 12.05.2017. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lyd-/bilde- og videoopptak

Vedlegg: 2

INFOSKRIV TIL POTENSIELLE INFORMANTER TIL MASTEROPPGAVE

Kjære potensielle informant,

Jeg er psykomotorisk fysioterapeut og student ved masterutdanningen i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Jeg er nå i ferd med å skrive den avsluttende masteroppgaven. I den forbindelse har jeg behov for informanter som er villig til å dele sine tanker og erfaringer. Tema for prosjektet er *generaliserte muskelsmerter*. Til tross for mye forskning på området, har jeg funnet lite forskning direkte knyttet til psykomotorisk behandling. Det kan dermed være grunn til å anta at det er den enkelte terapeuts forståelse og erfaring som ligger til grunn for behandlingen som gis og måten pasientene blir møtt. Gjennom intervjuer ønsker jeg å undersøke hvilke kliniske erfaringer, tanker og oppfatninger psykomotorikere har i forhold til generaliserte muskelsmerter og behandling.

Problemstilling for prosjektet er:

«Hvilke tanker og erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter med generaliserte muskelsmerter og behandling av pasienter med slike plager?»

Intervjuene forventes å vare ca. 45 minutter, og det vil bli gjort digitale lydopptak. Opplysninger gitt i intervjuene vil utelukkende bli brukt som datamateriale i dette prosjektet og deretter slettet/makulert.

Det presiseres at intervjumaterialet og lydopptakene vil bli håndtert konfidensielt på en slik måte at informantene sikres anonymisering på alle områder.

Deltakelse i prosjektet er 100 % frivillig og et samtykke til deltakelse kan trekkes tilbake på hvilket som helst tidspunkt uten at grunn må oppgis.

Jeg håper at du kan tenke deg å stille opp som informant.

Med vennlig hilsen

Eline Røine Stenerud

Ved spørsmål, ta kontakt på:

[e-postadresse]

eller

[telefonnummer]

Vedlegg: 3

INTERVJUGUIDE

Fenomenet generaliserte muskelsmerter:

- **Kan du fortelle om dine umiddelbare tanker rundt generaliserte muskelsmerter?**
 - Forståelse for fenomenet
- **Hvilke tanker har du om diagnoser som assosieres med generaliserte muskelsmerter?**
- **Hvordan opplever du at pasientene generelt forstår/forholder seg til plagene?**

Behandling av generaliserte muskelsmerter:

- **Kan du fortelle om dine tanker og erfaringer relatert til behandling av generaliserte muskelsmerter?**
 - Hvilken forståelse og tankegang jobbes det ut fra?
 - Hva vektlegges i behandlingen?
 - Utfordringer
 - Bedringspotensiale
 - Pasientens motivasjon
 - Pasientenes forventninger
- **Opplever du at PMF er til hjelp for denne pasientgruppen? – Kan du utdype?**

Terapeutiske allianse:

- **Hvilke erfaringer har du knyttet til terapeutisk allianse i møte med denne pasientgruppen?**
 - Spesielle utfordringer?
 - Spesielt viktig?

Vedlegg: 4

SAMTYKKE TIL LYDOPPTAK OG DELTAKELSE I MASTERPROSJEKT

Det samtykkes herved til deltakelse som informant i masterprosjekt om generaliserte muskelsmerter i regi av masterstudent Eline Stenerud.

Det vil bli gjort lydopptak av intervjuet, som vil bidra som datagrunnlag for oppgaven.

Intervjumaterialet og lydopptakene vil bli håndtert konfidensielt på en slik måte at du som informant sikres anonymitet på alle områder. Lydfilene slettes og transkripsjonene makuleres ved prosjektets slutt våren 2017.

Deltakelse i prosjektet er 100 % frivillig og et samtykke til deltakelse kan trekkes tilbake på hvilket som helst tidspunkt uten at grunn må oppgis.

Dato_____

Signatur informant