



Bacheloroppgave

Fysioterapeuters erfaringer med behandling av frozen shoulder

To kvalitative intervjuer

Kandidatnummer: 211, 228, 239

Emnekode: FYB3900-1 22H

Emnenavn: Bacheloroppgave

Studieprogram: Bachelorstudium i fysioterapi

Antall ord: 6379

Innleveringsfrist: 16.12.2022

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

Forord

Bacheloroppgaven er skrevet av tre fysioterapistudenter ved OsloMet. Vi vil takke de to informantene som gav av sin tid, og lot oss få innsikt i deres erfaringer og praksis. I tillegg vil vi takke veilederen vår for gode råd gjennom oppgaveskrivingen. Utviklingen av oppgaven har vært en spennende, krevende og morsom prosess. I etterkant sitter vi igjen med mer kunnskap, som vi ser frem til å ta med oss videre inn i arbeidslivet.

Oslo, 16. desember 2022

Sammendrag

Tema: Frozen shoulder.

Problemstilling: Hvilke erfaringer har fysioterapeuter med behandling av frozen shoulder i norsk primærhelsetjeneste?

Datamateriale: Transkribert tekst fra intervjuene.

Metode: Kvalitative intervjuer med en semistrukturert intervjuguide. Analysen av datamaterialet er inspirert av Malteruds systematiske tekstkondensering.

Resultat: Fysioterapeuten har flere roller i behandlingen av FS, hvor noen er av større verdi enn andre. Begge informantene liker å dele behandlingen inn etter hvilken fase pasienten befinner seg i, og de erfarer at det er lite de kan gjøre i den første fasen. Individualisering blir beskrevet som viktig. Kunnskapsbasert praksis holdes høyt, hvor forskning anses som en grunnpilar i praksisen.

Konklusjon med implikasjoner: Informantene erfarer stor variasjon i pasientgruppen, som medfører behov for ulik tilnærming til ulik tid. De har en viktig rolle som ressursperson, som er viktig da tilstanden kan være psykisk belastende. Den psykososiale tilnærmingen belyses i liten grad i oppslagsverkene. Våre funn tyder på at en psykososial tilnærming er av større verdi for informantene enn det som fremkommer i litteraturen. Funnene våre vil ikke være representative for alle fysioterapeuter, men er likevel interessante da de kan åpne opp for nye områder å utforske.

Nøkkelord: Frozen shoulder/adhesiv kapsulitt/frossen skulder, erfaringer, behandling, fysioterapeuter, kvalitativt intervju, kunnskapsbasert praksis, biopsykososial modell

Abstract

Theme: Frozen shoulder.

Research question: What experiences do physiotherapists have with treatment of frozen shoulder in Norwegian primary care?

Data material: Transcribed text from the interviews.

Method: Qualitative interviews with a semi-structured interview guide. The analysis of the data material was inspired by Malterud's systematic text condensation.

Result: The physiotherapists have several roles in the treatment of frozen shoulder, some of which are of greater value than others. Both informants like to divide the treatment according to the different phases of the disease, and they experience that there is little they can do in the first phase. Individualization is described as important. Evidence-based practice is considered of great value, where research is considered a cornerstone of practice.

Conclusion with implications: The informants experienced a great variation in the patient group, which entails the need for different approaches at different times. They have an important role as a person with resources, which is important as the condition can be psychologically demanding. The psychosocial approach is poorly covered in the literature. Our findings suggest that a psychosocial approach is of greater value for the informants than what appears in the literature. Our findings will not be representative for all physiotherapists, but they may be of interest, as they can enlighten new areas to study.

Keywords: Frozen shoulder/adhesive capsulitis, experiences, treatment, physical therapists, qualitative, evidence-based practice, biopsychosocial model

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Tema og bakgrunn	1
1.2 Avgrensing og problemstilling	2
1.3 Oppbygging og struktur av oppgaven	2
2. Teori	3
2.1 Patogenese og symptombilde ved FS	3
2.2 Teoretiske modeller	3
2.2.1 Modellen om kunnskapsbasert praksis	3
2.2.2 Den biopsykososiale modellen	5
2.2.3 ICF	5
2.3 Behandling av FS	6
2.3.1 Systematisk oversiktsartikkel	6
2.3.2 Retningslinjer fra BMJ	6
2.3.3 Retningslinjer fra UpToDate	7
3. Metode	8
3.1 Valg av fremgangsmåte	8
3.2 Forforståelse	8
3.3 Pilotintervju	8
3.4 Utvalg av informanter	9
3.4.1 Bakgrunn for utvalget	9
3.4.2 Presentasjon av informantene	9
3.5 Forberedelser til intervjuene	9
3.5.1 Et semistrukturert design	9
3.5.2 Utforming av intervjuguide	10
3.6 Intervjusituasjonen	10
3.7 Transkripsjon og utvikling av datamateriale	11
3.7.1 Under intervjuet	11
3.7.2 Analyseprosessen	11
3.8 Metodekritikk	13
3.9 Personvern og etiske refleksjoner	13
4. Resultater	14
4.1 Fysioterapeutens roller	14
4.2 Psykososial tilnærming	15
4.3 Erfaringer med behandling i fasene	15
4.4 KBP	16
5. Diskusjon	17
5.1 Fysioterapeutens rolle	17
5.2 Psykososial tilnærming	18
5.3 Erfaring med behandling i fasene og KBP	19

6. Konklusjon	21
7. Litteraturliste	22
8. Vedlegg	25
<i>Vedlegg 1: Intervjuguide</i>	25
<i>Vedlegg 2 PICO</i>	27

Tabelloversikt

Tabell 1: Analysetrinn s. 11-12

Figuroversikt

Figur 1: Kunnskapsbasert praksis s. 4

Figur 2: ICF s. 5

1. Innledning

1.1 Tema og bakgrunn

Temaet i oppgaven vår er frozen shoulder. Tilstanden er også kjent som adhesiv kapsulitt eller frossen skulder. Videre i oppgaven vil vi benytte frozen shoulder (FS) om tilstanden. Årsaken til valg av tema er at vi har møtt tilstanden i praksis. Der ble vi oppmerksomme på hvor invalidiserende tilstanden var og syntes det var vanskelig å vite hvordan man skulle gå frem i behandlingen. Vi opplevde at det var mange ulike tilnærminger, og fysioterapeutene vi fulgte hadde forskjellige meninger og erfaringer om tilstanden.

FS har en prevalens på omtrent 2-5% i den generelle befolkningen (Prestgaard, 2022). Ut ifra befolkningstallene til Statistisk Sentralbyrå tilsvarer dette anslagsvis 110 000-274 000 tilfeller i Norge (2022). Kvinner er noe mer utsatt enn menn, og aldersgruppen 40-70 år rammes hyppigst (Prestgaard, 2022). Tilstanden medfører et symptom bilde preget av smerte og stivhet i skulderleddet, og har en typisk varighet på 18-24 måneder (Provencher et al., 2021). Smertene kan påvirke hverdagslige aktiviteter og nattesøvn (Dawson et al., 2010). I tillegg kan symptomene påvirke den sosiale deltakelsen og gå utover evnen til å arbeide (Maund et al., 2012). Tilstanden beskrives som selvbegrensende, og vil oftest gå over av seg selv, men noen pasienter har gjenværende smerte og bevegelsesinnskrenkning som varer over flere år (Provencher et al., 2021). Det finnes ingen norsk oversikt over samfunnskostnadene som tilstanden kan medføre, men en studie fra Sveits har tatt for seg dette. Studien konkluderte med at FS kostet samfunnet over 100 millioner sveitsiske frank, og mer enn hundre tusen dager med sykefravær hvert år (Bouaicha et al., 2020).

De kliniske oppslagsverkene BMJ og UpToDate beskriver en tilnærming til behandling av FS, der begge inkluderer fysioterapi (Provencher et al., 2021; Prestgaard, 2022). Det fremkommer likevel at de har ulikt syn på viktigheten av fysioterapi, og de peker på manglende forskning av effekten på fysioterapitiltak. Det kreves flere studier av høy kvalitet for å få på plass en standardisert behandling, som per dags dato ikke eksisterer (Prestgaard, 2022).

Gjennom helsebiblioteket kan norsk helsepersonell få tilgang til oppslagsverk, retningslinjer, databaser og andre kunnskapsressurser (Helsebiblioteket, u.å.). Her har vi funnet to veiledere

som sier noe om behandling av FS. Veileder for fysikalsk medisin og rehabilitering sier at fysioterapi i prinsippet bør unngås i den innledende fasen av tilstanden, men det kan være til hjelp når funksjonen gradvis normaliseres igjen (Helsebiblioteket, 2016). I trygg på skulder er det en sterk anbefaling mot veiledet trening for tilstanden (Helsebiblioteket, 2019). Det er tilsynelatende en usikkerhet rundt hvordan man kan håndtere tilstanden best mulig, hvor oppslagsverkene og de norske anbefalingene beskriver litt forskjellige fremgangsmåter. Følgelig kan dette vekke forvirring og usikkerhet blant fysioterapeuter for hvordan de skal gå frem i behandlingen, noe som er bakgrunnen for at vi ønsker å få mer klarhet i fysioterapeuters erfaringer med behandling av tilstanden.

1.2 Avgrensning og problemstilling

På bakgrunn av overnevnte faktorer ser vi at det behov for mer kunnskap på området. Som fysioterapeuter skal en tilstrebe å jobbe kunnskapsbasert. I henhold til modellen om kunnskapsbasert praksis (KBP), vil mangelfull forskningsbasert kunnskap medføre at fysioterapeuter må behandle mer erfaringsbasert (Jamtvedt et al., 2015, s. 30). Vi tenker derfor at temaet er viktig å belyse, da fysioterapeuter sitter med ulike erfaringer og dermed kan ha ulike behandlingstilnærminger til tilstanden. Mange pasienter søker hjelp i primærhelsetjenesten, og følges opp der over tid. Vi ønsker derfor å vite mer om hvordan fysioterapeuter erfarer behandling av FS i primærhelsetjenesten. Dette har ført oss frem til problemstillingen:

“Hvilke erfaringer har fysioterapeuter med behandling av frozen shoulder i norsk primærhelsetjeneste?”

1.3 Oppbygging og struktur av oppgaven

Vi har nå presentert innledningen, oppgavens første kapittel. I neste kapittel vil vi presentere relevant teori før vi beskriver metoden i kapittel 3. Deretter følger resultater i kapittel 4 og diskusjoner i kapittel 5. Avslutningsvis kommer en konklusjon hvor vi vil forsøke å besvare problemstillingen vår.

2. Teori

2.1 Patogenese og symptombilde ved FS

I en systematisk oversikt beskriver Millar et al., at patogenesen til FS karakteriseres av fibroproliferativt vev i leddkapselen, og at det stadig er mer evidens for involvering av inflammatoriske mediatorer (2022). Artikkelen belyser likevel, i likhet med BMJ og UpToDate, at patogenesen ikke er helt forstått (Provencher et al., 2021; Prestgaard, 2022). Følgelig finnes det ingen enstemmig definisjon av FS per dags dato. Symptombildet ved FS kjennetegnes av progredierende utvikling av smerte, etterfulgt av nedsatt bevegelsesutslag i skulderen (Provencher et al., 2021). Millar et al. skriver at tilstanden kan oppstå uten kjent årsak, eller som følge av traume, kirurgi eller annen patologi (2022). Det er også vist at individer med diabetes mellitus har større risiko for å utvikle FS (Prestgaard, 2022).

UpToDate deler den kliniske presentasjonen av tilstanden i 3 faser (Prestgaard, 2022):

- Første fase varer i 2-9 måneder og kjennetegnes av utvikling av diffuse og invalidiserende skuldersmerter som er verst om natten.
- Andre fase varer i 4-12 måneder og preges av leddstivhet og uttalt tap av bevegelsesutslag i skulderen, mens smerte avtar gradvis.
- Tredje fase varer i 5-24 måneder og omfatter gradvis gjenvinning av bevegelsesutslag i skulderen.

Millar et al., beskriver likevel at inndelingen er omstridt, da mange pasienter fortsatt er preget av symptomer etter gjennomgang av fasene (2022).

2.2 Teoretiske modeller

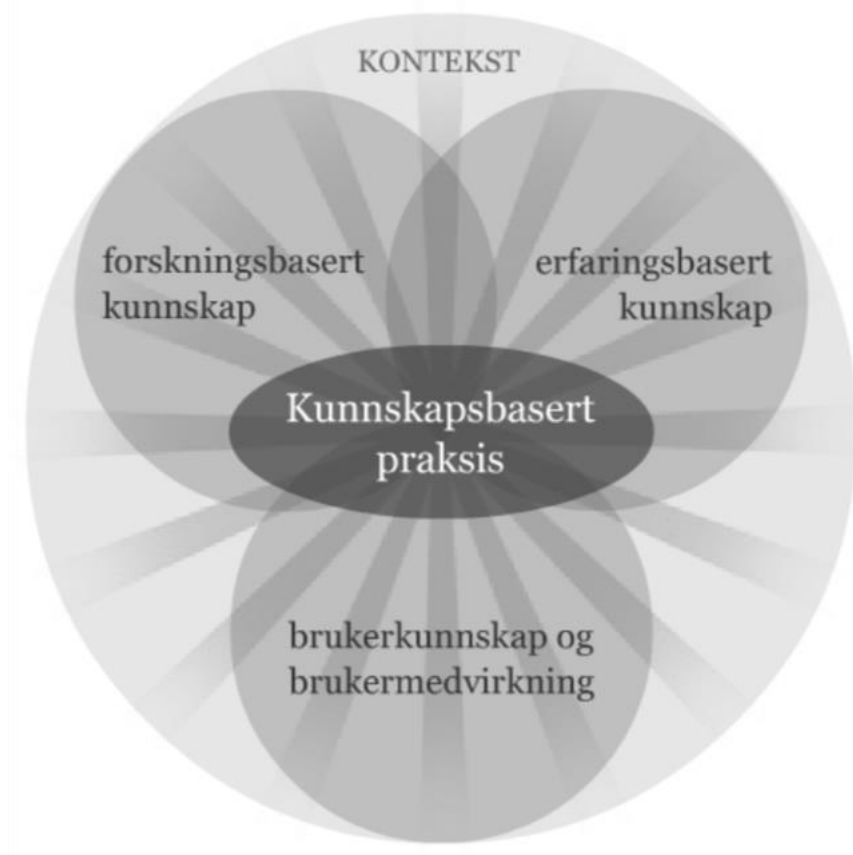
2.2.1 Modellen om kunnskapsbasert praksis

Modellen om KBP inneholder tre kunnskapskilder; forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap (Jamtvedt et al., 2015, s. 29). Sentralt i modellen står det å kunne ta faglige avgjørelser basert på disse kunnskapskildene, forstått ut ifra konteksten den spiller inn i.

Forskningsbasert kunnskap fra god og relevant anvendt forskning bør være kjernen i KBP (Jamtvedt et al., 2015 s. 23). Forskning er kreativ virksomhet som utføres systematisk for å oppnå økt kunnskap. Det handler om å se mønstre og påvirkninger, uten å bli lurt av tilsynelatende sammenhenger og fortolkninger. Erfaringsbasert kunnskap er definert som kunnskap ervervet og utviklet gjennom refleksive prosesser, der praktikere lærer fra erfaring

(Jamtvedt et al., 2015, s.26). Klinisk erfaring gjør deg også til en bedre problemløser, og i bedre stand til å forstå viktigheten av pasientens kontekst, familiehistorie og arbeidssituasjon som bakgrunn for behandlingsvalg og rådgivning. Brukerkunnskap og brukermedvirkning handler om at brukerne skal få bidra med sin kunnskap og sine preferanser i valg og utforming av tjenester (Jamtvedt et al., 2015, s. 27). Modellen bygger på at behandler og pasient er samarbeidspartnere, og at partene derfor må drøfte behandlingsvalg sammen dersom det er relevant. Konteksten omslutter og påvirker de ovenfornevnte kunnskapskildene, og avspeiler det miljøet eller settingen KBP skal benyttes i (Jamtvedt et al., 2015, s. 29).

I praksis benyttes modellen ved å bruke forskningsbasert kunnskap og vurdere dette opp mot egne, faglige erfaringer og brukerkunnskap. På denne måten er det mulig å finne ut hva som er viktig for pasienten i den bestemte situasjonen (Jamtvedt et al., 2015, s. 20). De ulike kunnskapskildene kan veie ulikt. Dette avhenger blant annet av den tilgjengelige forskningen. I tilfeller med begrenset forskning, kan den samme forskningsbaserte kunnskapen føre til ulike beslutninger i ulike kliniske situasjoner, fordi pasientpreferanser eller egne vurderinger som fysioterapeut tilsier ulike løsninger (Jamtvedt et al., 2015, s. 30).



Figur 1. Fra "Kunnskapsbasert praksis," av Helsebiblioteket, 2021.

2.2.2 Den biopsykososiale modellen

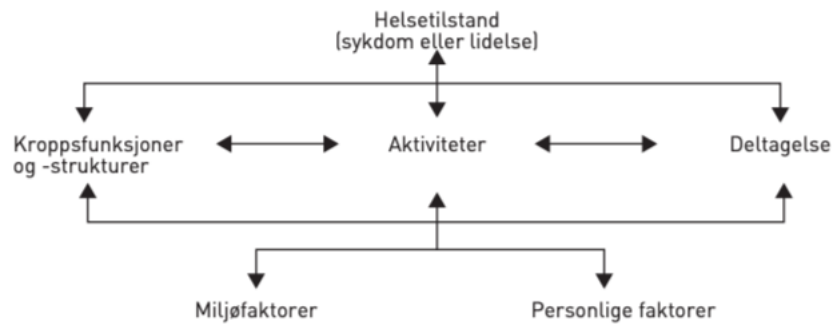
Den biopsykososiale modellen ble introdusert av Engel på slutten av 1970-tallet. Han påsto at medisinfaget var i krise, fordi den biomedisinske modellen som medisinfagene hvilte på ikke var tilstrekkelig for å redegjøre for all sykdom (Engel, 1977). Dette fordi den biomedisinske modellen legger til grunn at sykdom kun defineres av somatiske parametere, uavhengig av sosial atferd.

Engel beskriver flere svakheter ved den biomedisinske modellen (1977). Hvordan sykdom oppleves og påvirker individet, avhenger også av psykiske, sosiale og kulturelle faktorer. Individene kan eksempelvis føle seg syke, til tross for fravær av biokjemisk avvik, noe den biomedisinske forståelsen ikke tar hensyn til. En annen ting den biomedisinske modellen ikke tar høyde for er at forholdet mellom terapeut og pasient har stor innvirkning på behandlingsutfallet (Engel, 1977). Psykologiske faktorer påvirker sykdomsopplevelse, og indirekte biokjemiske prosesser. Behandlingens utfall er derfor avhengig av terapeutens evne til å påvirke pasientens atferd i helsefremmende retning. Dette innebærer også å ivareta pasientens sinnsro, og styrke troen på at behandlingen som tilbys har virkning.

For å få full forståelse av sykdomsdeterminantene og lykkes med sykdomsbehandling, forklarer Engel at det er behov for en modell som også tar stilling til pasienten og den sosiale konteksten individet lever i (1977). Det er dette som resulterer i den biopsykososiale modellen. I dette inngår å kunne veie de psykologiske, sosiale og biologiske faktorene som bidragsytere til sykdom.

2.2.3 ICF

Det biopsykososiale synet kan i dag gjenspeiles i ICF-modellen; den internasjonale klassifiseringen av funksjon, funksjonsnedsettelse og helse. Rammeverket beskriver funksjoner som kroppsstruktur, kroppsfunksjon, aktiviteter, deltakelse og miljøfaktorer, der hovedvekten legges på den enkeltes funksjonsevne i samspill med omgivelsene, ikke på sykdom og diagnose alene (Helsedirektoratet, 2018). ICF-modellen ble godkjent av WHO i 2001 som den internasjonale standarden for å beskrive og måle helse og funksjonsnedsettelse (WHO, u.å.).



Figur 2. Vekselvirkninger i ICFs begrepsapparat. Fra “Et kritisk blikk på ICF - måleverkøy og forståelsesmodell,” av A. Høyem & E. Thornquist, 2010. *Sykepleien*

2.3 Behandling av FS

2.3.1 Systematisk oversiktsartikkel

Millar et al., belyser at den begrensede forståelsen av patogenesen ved FS er noe av bakgrunnen for at det ikke finnes veldefinerte og evidensbaserte retningslinjer for behandling (2022). Det er uklart om varighet av tilstanden kan påvirkes av dagens behandlingsintervensjoner. Dette er noe av bakgrunnen for at behandlingen fokuserer på å være symptomlettende.

Den systematiske oversikten fremhever at å informere pasienten om FS er en av de viktigste innledende intervensjonene (Millar et al., 2022). Dette fordi det kan vekke bekymring og forvirring å få en tilstand man har lite forkunnskap om. God og tilpasset informasjon kan redusere pasientens engstelse og dermed medføre subjektiv symptomlettelse.

Pasientinformasjon kan omfatte informasjon om sykdomsforløp, prognose og hva de kan gjøre selv for å håndtere tilstanden.

2.3.2 Retningslinjer fra BMJ

Ifølge BMJ er det nødvendig med en individualisert behandlingstilnærming for behandling av FS (Provencher et al., 2021). Oppslagsverket skriver at fysioterapi er en hjørnestein for suksessfull behandling, og er inkludert i alle behandlingstrinnene. Første trinn av behandling omfatter ikke-steroid antiinflammatoriske midler (NSAIDs), aktivitetsmodifisering og fysioterapi. Andre trinn består av kortikosteroidinjeksjoner (KSI), aktivitetsmodifisering og fysioterapi. Tredje og siste trinn består av kirurgisk intervensjon, etterfulgt av aktivitetsmodifisering, NSAIDs og fysioterapi.

Ifølge BMJ bør fysioterapibehandling implementeres så tidlig som mulig (Provencher et al., 2021). De mener aktive og passive range of motion (ROM) øvelser utført hjemme i kombinasjon med veiledet trening er optimalt. Oppslagsverket anbefaler passive mobiliseringsteknikker til mekanisk ytterstilling, fremfor mobiliseringsteknikker innen smertefri sone. Videre belyses et behov for mer forskning på effekt av fysioterapitiltak. Det anbefales også å danne en god terapeut-pasient-relasjon.

2.3.3 Retningslinjer fra UpToDate

UpToDate beskriver en generell og tidsbasert behandlingstilnærming, som tar stilling til pasienten og målsetning (Prestgaard, 2022). Innledende anbefales en tilnærming med NSAIDs, hvile av skulderleddet og milde ROM øvelser, dersom det ikke medfører unødig ubehag. Hvis forbedring uteblir, anbefales å implementere KSI i tillegg. Ved forbedring i symptombildet, anbefales et gradvis mer aggressivt treningsprogram med tøyning og styrkeøvelser for å øke bevegelsesutslaget. Dersom tilnærmingen ikke medfører bedring eller det oppstår en uttalt bevegelsesrestriksjon, bør pasienten henvises til ortopedisk kirurgi.

UpToDate vektlegger at det er mangel på høykvalitetsstudier på effekt av fysioterapitiltak (Prestgaard, 2022). Følgelig skriver oppslagsverket at de fleste pasientene kan utføre øvelsesprogram hjemme. Ved behov kan de refereres til fysioterapeut. Videre påpekes det at mobiliseringsøvelser innenfor smertegrense medfører større forbedring i skulderfunksjon enn aggressiv tøyning, og at sistnevnte kun kan bli relevant i senere fase av sykdomsforløpet. Oppslagsverket nevner også at pasientinformasjon er viktig for å redusere frustrasjon og sikre etterlevelse av behandling.

3. Metode

3.1 Valg av fremgangsmåte

I denne oppgaven er vi ute etter fysioterapeuters erfaringer med behandling av FS. Vi har valgt en kvalitativ tilnærming, fordi det søker å studere individers opplevelser og erfaringer (Sverdrup, 2020, s. 58). I tillegg kan en slik tilnærming være egnet på områder hvor det er lite forskningsbasert kunnskap fra før (s.59). Det er lite forskning per dags dato som tar for seg fysioterapeuters erfaringer med behandling av FS. Vi ønsker å bidra til å utvikle mer kunnskap om dette, og har derfor valgt å gjennomføre en kvalitativ studie med bruk av intervju som tilnærming for å få innsikt i deres erfaringer.

3.2 Forforståelse

Forforståelsen er tanker man har om et fenomen, før man undersøker det (Dalland, 2020, s. 60). Det kan være lett å bli påvirket av egen forforståelse, selv om man ikke vil det. Hvis man er bevisst på forforståelsen, kan det være lettere å skille den fra den nye kunnskapen man får i arbeidet med oppgaven (s. 63). I denne oppgaven prøver vi derfor å være bevisst på vår forforståelse og hvordan den kan påvirke arbeidet.

Før arbeidet med oppgaven tenkte vi at FS var en langvarig tilstand. Vi satt med et inntrykk av at det ikke var så mye man kunne gjøre, og at man skulle unngå å provosere inflammasjonen. Erfaringene fra praksis var at mange fikk høre at det tok lang tid, og at det var lite behandling som kunne hjelpe. Dette ble vi nysgjerrige på. Vi trodde at god pasientinformasjon og den relasjonen man skapte til pasienten kunne bli ekstra viktig. Gjennom årene på studiet har vi også blitt skeptiske til kortison, men dette har endret seg litt etter vi begynte å lese litteratur og nåværende anbefalinger.

3.3 Pilotintervju

Før intervjuene gjennomførte vi to pilotintervjuer med tilgjengelige medstudenter for å teste intervjuguiden. En av dem hadde erfaring med behandling av tilstanden fra praksis. Fokuset i pilotintervjuene var både å teste ut rollene som intervjuer og referenter, men også å se om medstudentene forsto hva de kunne svare på de ulike spørsmålene. Basert på tilbakemeldinger og inntrykk etter gjennomføringen av intervjuene, gjorde vi noen endringer i intervjuguiden. Vi endret ordlyden på noen av spørsmålene og la til to nye spørsmål.

3.4 Utvalg av informanter

3.4.1 Bakgrunn for utvalget

Utvalget til intervjuene gjorde vi ved et strategisk utvalg. I et strategisk utvalg inviterer man informanter med kjennetegn som gir grunn til å tro at de har erfaring med temaet som er av betydning for oppgaven (Sverdrup, 2020, s. 74). Til vår oppgave valgte vi to fysioterapeuter som begge jobber i privat praksis. Den ene informanten var kjent for en av studentene fra før. Den andre informanten hadde uttalt seg om tilstanden i offentlig media som fikk oss til å tenke at han har god kompetanse og erfaring på feltet. Vi baserte utvalget vårt på tanken om at fysioterapeuter som har jobbet lenge med tilstanden, kan ha mer å bidra med i et intervju med tanke på vår problemstilling om erfaringer. Rekruttering av informantene gjorde vi ved å ta telefonisk kontakt og avtalte videre tidspunkt for gjennomførelse av intervjuene.

Innenfor rammene til denne oppgaven var det mulig å intervju opp til tre personer. Vi ønsket å intervju noen med gode tanker og erfaring rundt FS, i tillegg til at de helst ikke skulle jobbe i nærheten av hverandre. I rekrutteringsprosessen var det de to fysioterapeutene vi hadde lyst til å kontakte og få til et intervju med. Det var vanskelig å finne flere aktuelle informanter, med forbehold om at det fortsatt skulle være et strategisk utvalg. Tidsrammen og analysearbeid bidro også til at vi endte med to informanter. Hadde vi intervjuet tre personer, kunne dette beriket oppgaven vår med flere erfaringer, samtidig som ytterligere analysearbeid kunne gått utover kvaliteten på resten av oppgaven.

3.4.2 Presentasjon av informantene

Informant 1: Mann, jobbet som fysioterapeut i over 20 år, hovedsakelig i privat praksis, spesialist i idrettsfysioterapi i tillegg til andre videreutdanninger

Informant 2: Mann, jobbet som fysioterapeut i over 10 år, har også en annen mastergradig helseutdanning, jobber i privat praksis

3.5 Forberedelser til intervjuene

3.5.1 Et semistrukturert design

Til intervjuene valgte vi en semistrukturert intervjuguide. Med et semistrukturert design har man en liste med spørsmål man ønsker å stille, men med åpne svaralternativer (Sverdrup, 2020, s.62). I tillegg kan det variere hvordan spørsmål, tema og rekkefølge utfolder seg under

selve intervjuet. Denne fleksibiliteten tenkte vi kunne være en fordel, da det er første gang vi gjennomfører et kvalitativt intervju.

3.5.2 Utforming av intervjuguide

I forkant av intervjuet utarbeidet vi en intervjuguide med spørsmål og temaer vi ønsket å komme inn på under samtalen (vedlegg 1). Vi inkluderte 9 hovedspørsmål og 14 oppfølgingsspørsmål. Malen bestod av 3 faser med informasjon, spørsmål og oppsummering. Da vi lagde intervjuguiden, fokuserte vi på å begynne med mer generelle spørsmål, for deretter å stille mer konkrete spørsmål knyttet opp mot problemstillingen vår. Vi hadde to hovedtemaer vi ønsket å høre om; erfaringene til informantene og hvordan de stiller seg til kunnskapsbasert praksis. I utformingen av spørsmålene forsøkte vi å gjøre det enklest mulig, som beskrevet i Sverdrup (2020, s. 67). Vi prøvde å formulere spørsmål som ikke ville oppleves for direkte eller utspørrende for informanten. Derfor inkluderte vi ingen “hvorfor-spørsmål”. Under utformingen av intervjuguiden leste vi spørsmålene høyt og snakket sammen om ordlyden. Et av spørsmålene som ble diskutert var “Hvordan jobber du kunnskapsbasert?”, som vi tenkte kunne oppleves direkte eller utspørrende, da vi antar at de jobber kunnskapsbasert. Likevel mente vi at det var et viktig spørsmål og noe som var relevant for vår oppgave. Derfor valgte vi å inkludere det i intervjuguiden.

3.6 Intervjusituasjonen

Ulike forhold under et intervju kan påvirke kvaliteten på samtalen (Dalland, 2020, s. 87). Under intervjuene i denne oppgaven var det noen forhold som kan ha hatt en påvirkning. Det første intervjuet ble gjennomført på kontoret til informant 1 etter en lang arbeidsdag. Det oppstod også forstyrrelser underveis, hvor kollegaer kom inn på kontoret. Det andre intervjuet ble gjennomført hjemme hos informant 2 i rolige omgivelser. Vi hadde bedre tid til å sette oss ned og ha litt uformell prat, og fortelle om oppgaven vår før vi gikk i gang med intervjuet. I det første intervjuet opplevde vi å få dårligere tid, noe som medførte at vi hoppet mer frem og tilbake i intervjuguiden. Dette kan ha bidratt til at intervjuene ble mer forskjellige enn forventet. Etter intervjuene satt vi likevel igjen med mange gode svar på temaene vi ønsket å høre om. Vi har derfor ikke en oppfatning om at de ulike forholdene har spilt en vesentlig rolle i denne oppgaven.

3.7 Transkripsjon og utvikling av datamateriale

3.7.1 Under intervjuet

Under intervjuene hadde en i gruppen ansvar for å stille spørsmål, mens de to andre var referenter og noterte det som ble sagt så nøyaktig som mulig. Ved å ha to referenter tenkte vi det var en større sjans for å få med mest mulig av innholdet fra samtalen. I denne oppgaven hadde vi ikke tillatelse fra kunnskapssektorens tjenesteleverandør - Sikt, til å gjøre lydopptak av intervjuene. Registreringen av informasjon ble derfor gjennomført ved transkribering underveis i intervjuene. Rett etter intervjuene gikk vi over materialene for å renskrive det som hadde blitt sagt. Ved å notere underveis unngikk vi transkriberingsarbeidet i ettertid, som vi ville hatt om vi hadde benyttet lydopptak. Samtidig er det en risiko for at innholdet ble transkribert noe unøyaktig. Det var utfordrende å notere ned ordrett det som ble sagt underveis. Noen steder ble det ufullstendige setninger som måtte settes sammen igjen etter intervjuene. Det er referatgrunnlaget fra samtalen som ble datamaterialet for videre analyse i oppgaven.

3.7.2 Analyseprosessen

Analyseprosessen er inspirert av Malteruds systematiske tekstkondensering, hvor vi gjennom fire steg analyserte vårt datamateriale (Malterud, 2011, s. 111). Dette er beskrevet i tabellen under, med et eksempel på hvordan et av temaene utviklet seg gjennom prosessen.

Tabell 1: Analysetrinn

<i>Analysetrinn</i>	<i>Beskrivelse fra Malterud</i>	<i>Beskrivelse og eksempel fra denne oppgavens analyse</i>
1	Foreløpige temaer (5-8 stk) identifiseres ved første gjennomlesing	Det første vi gjorde var å lese over hele teksten hver for oss og noterte hvilke temaer som kunne være aktuelle. Deretter sammenlignet vi temaene med hverandre og bestemte hvilke temaer vi ville gå videre med. Vi hadde foreløpig 6 temaer. Ett av temaene var behandling.
2	Foreløpig tema danner grunnlag for forhandlinger om koder , som brukes som grunnlag for sortering av	På neste trinn ble alle meningsbærende enheter og utsagn som virket å ha noe med behandling å gjøre plassert under det foreløpige temaet. Noen tekstbiter ble også plassert under flere koder.

	meningsbærende enheter i kodegrupper . Kodene justeres og defineres i kodeprosessen.	Eksempel på meningsbærende enhet: "I fase 2 åpner det seg litt mer muligheter for intervensjoner. Slike tiltak kan man starte med når skulderen er mye mindre vond, da er det stivheten som plager dem hovedsakelig, ikke smerten."
3	Hver kodegruppe deles inn i subgrupper (2-3stk), som synliggjør ulike fasetter av innholdet i kodegruppen som virkemiddel for kondensering	I trinn 3 gikk vi igjennom materialet under hver kodegruppe. Vi prøvde å systematisere tekstbitene til subgrupper under kodegruppene. Her flyttet vi på rekkefølgen av tekstbitene, og fjernet de bitene som ikke ga like mye mening. Noen av temaene fikk tydelige subgrupper, og noen ble fjernet. Eksempelvis fikk vi tre subgrupper under kodegruppen behandling. Disse ble delt i fase 1, fase 2 og fase 3, hvor utsagnet fra forrige trinn følgelig ble plassert under fase 2.
4	Kategorier (3-5stk) utvikles ved sammenfatning av essensen i hver av de kondenserte kodegruppene og danner grunnlag for underavsnitt i resultatkapitlet	I det siste trinnet forsøkte vi å sammenfatte det vi hadde skrevet under kodegruppene. Før dette punktet hadde vi fremdeles 6 kodegrupper, og vi prøvde å sammenfatte og utarbeide en analytisk tekst for 2 kodegrupper hver. Etter dette arbeidet så vi at den ene analytiske teksten ble veldig liten, og ikke like viktig for oppgaven, dermed ble den fjernet. I tillegg ble to kodegrupper slått sammen. Til slutt stod vi igjen med 4 kodegrupper med analytisk tekst, hvor erfaring med behandling i fasene var en av dem.

3.8 Metodekritikk

I denne oppgaven har vi intervjuet to informanter. Resultatene vil ikke være generaliserbare for alle fysioterapeuter, men formålet med oppgaven har heller ikke vært å utvikle generaliserbar kunnskap. Den ene studenten hadde kjennskap til en av informantene fra før, noe som kan tenkes å påvirke oppgavens reliabilitet. Vi bestemte i gruppen at den studenten skulle notere i stedet for å føre samtalen. Hadde studenten ledet intervjuet, kan det tenkes at informanten hadde følt seg tryggere og muligens åpnet mer opp om egne erfaringer. Likevel er begge informantene vant til å snakke og fortelle om egne erfaringer, og vi tror ikke dette har vært av stor betydning i oppgaven.

Vi har forsøkt etter beste evne å skrive oppgaven ut ifra råd og oppsett beskrevet i metodebøker og fra faglærere ved universitetet. Samtidig er dette første gangen vi skriver en bacheloroppgave, noe som kan påvirke både innholdet og oppsettet i oppgaven. Hvorvidt metodens detaljer blir beskrevet godt nok, og dermed i hvilken grad oppgavens transparens kommer frem, kan være vanskelig å kommentere.

I ettertid kan vi også se at informantene var ganske like med tanke på kjønn, alder, spesialisering og praksis. Dette kan tenkes å bidra til at svarene blir likere. Samtidig har begge informantene opparbeidet seg anerkjennelse i yrket, og likere svar fra dem kan også kunne tyde på bedre validitet i innholdet.

3.9 Personvern og etiske refleksjoner

Vi har gjennomført en ROS-analyse, hvor vi så på eventuelle risikoer og sårbarheter ved prosjektet vårt. I tillegg delte vi ut et samtykkeskjema til informantene våre i forkant av intervjuene. Der stod det opplysninger om formål, rettigheter, personvern og overordnede ansvarshavende for oppgaven. Dette har de lest igjennom og signert. Vi har fulgt OsloMet sine retningslinjer for lagring av datamaterialet fra intervjuene i en kryptert sky. Informasjon fra intervjuene er behandlet med konfidensialitet, og ferdig analysert data som blir presentert i oppgaven vår er anonymisert slik at ingenting skal kunne spores tilbake til informantene.

I arbeidet med denne oppgaven har vi forsøkt å legge forforståelse, egne tanker og meninger til side og ta utgangspunkt i det som fremkommer av intervjuene.

4. Resultater

4.1 Fysioterapeutens roller

“Fysioterapi er alt og ingenting for pasienter med FS” (informant 1).

Begge informantene mener at fysioterapeutene har flere sentrale roller for pasienter med FS, der noen av dem er av større verdi enn andre. Blant annet blir fysioterapeutens rolle i prosessen med diagnostisering av tilstanden trukket frem som viktig, da de er i direkte kontakt med pasientgruppa. Det å gi pasientene en diagnose som forklarer smertene kan være en gave. Likevel forklarer informantene at tilstanden kan være utfordrende å diagnostisere. Informant 2 erfarer at FS pasienter som regel ender opp med lik reduksjon i aktiv- og passiv bevegelighet, men da har tilstanden gjerne stått på litt. Mange pasienter ser derfor ut til å ha subakromiell smerteproblematikk i flere måneder, og begge informantene forteller at det har hendt de har behandlet pasientene deretter.

Videre forteller informantene at fysioterapeutenes rolle som behandler er av mindre betydning for tilstanden. *“Vi kurerer dem ikke, bare håndterer det”* (informant 2). Informant 1 forteller at tilstanden er selvbegrensende, og at hans oppgave ikke er å redde pasientene, stoppe sykdomsutviklingen eller hjelpe dem i å komme fortere i mål. Han forteller at med tanke på behandling og tiltak er kanskje ikke fysioterapeuten like viktig, fordi fysioterapi ikke har god dokumentert effekt i litteraturen. Informant 2 forteller at han tror det har veldig lite å si hva fysioterapeutene gjør, da tilstanden vil brenne ut av seg selv uansett. Han forteller at han får mer ut av en time med avdramatisering enn en time med trykkbølgebehandling eller bruk av annet dyrt utstyr.

“Jeg ser på det som en tillitserklæring at voksne mennesker gråter på kontoret mitt. Man får mye mer ut av at folk åpner seg og gråter enn å bruke dyrt utstyr ” (informant 2).

Begge informantene mener det er av stor verdi for pasientgruppa å være en ressursperson. Informant 2 forklarer at dersom en fysioterapeut identifiserer seg som en ressursperson, har man mye å tilby pasientgruppa. Dette innebærer å tilby kompetansen sin om sykdomsforløp, prognostiske modeller, tiltak, relasjonsbygging og kommunikasjon. Han forteller at dette blir viktigere fremover da helsevesenet peker mot en effektivisering, der ingen har tid til å ta vare på folk. Informant 1 mener også relasjonsbiten er svært viktig som fysioterapeut, da det ikke er gitt at det får dette andre steder. I tillegg erfarer han at sjansen for å lykkes i behandling er mye større om man trygger pasienten. Informant 2 erfarer også at de fleste pasientene hans er

fornøyde med god informasjon om tilstanden, og at dette kan medføre at tiden med FS oppleves mindre belastende.

4.2 Psykososial tilnærming

“Den psykososiale biten av behandlingen er viktig fordi det er en langvarig diagnose, hvor det er vanskelig å si hvor enden er” (informant 1).

Informant 2 vektlegger at fysioterapeuter har med behandling av mennesker å gjøre, og at det derfor handler om mer enn kun det biomedisinske. Han tenker at tilstanden kan være en psykisk påkjenning, da det oppleves svært begrensende å miste bevegelighet i kroppen mest bevegelige ledd. Informant 1 forteller at mange hindres i å delta på sosiale arenaer over lengre tid, og at dette kan gå utover pasientens psykiske helse og livskvalitet. I møte med pasienter forteller han at han prøver å få de med på breddetanken om at det kan være flere faktorer som bidrar til smertene, da smerte kan aggraveres av sinnstilstand.

“Jeg var mer aktiv i behandlingstilnærmingen av tilstanden før. I dag tenker jeg mer helhetlig, både psykososialt og biomekanisk. Jeg ser hele mennesket, og resonnerer litt mer i dag” (informant 1).

4.3 Erfaringer med behandling i fasene

Begge informantene deler inn behandling etter hvilken fase pasienten befinner seg i.

Informant 2 foretrakk å dele tilstanden i 2 faser; den første er mer vond enn stiv, og den andre er mer stiv enn vond. Begge informantene påpeker at det er flere intervensjoner man kan forsøke, alt avhengig av hvem pasienten er.

“Det er lite vi kan gjøre i den første fasen, utover å sette en injeksjon” (informant 2).

De opplever at det er lite man kan gjøre i den første fasen, da det er en pågående inflammasjonsprosess, men at pasientene kan få tilbud om KSI ved sterke smerter.

“Jeg har ofte pasienter 2-3 ganger i uken når de kommer til aktiv rehabilitering, også setter jeg på bremsen hvis de får smerter igjen” (informant 1).

Det er over i fase 2 og 3 informantene begynner med mer aktive tiltak. Da åpner det seg muligheter for å prøve ut intervensjoner, med fokus på å gjenvinne bevegelighet. Begge informantene påpeker at det er flere intervensjoner man kan forsøke, alt avhengig av hvem pasienten er. Informant 2 forteller at dette er noe han begynner med når skulderen er mer stiv enn vond. Informant 1 kan også begynne med intervensjoner i fase 2, men har erfart at nyere

forskning om å starte tidligere kan sprike med erfaring fra praksis; noen ganger burde han ha startet tidligere, mens andre ganger burde han holdt igjen.

“Verdien av trening for FS er ikke større enn at generell trening er bra for deg uansett”
(informant 2).

I aktiv rehabilitering trekker informant 1 frem passiv mobilisering i slynge, hvor de bruker motsatt arm til å mobilisere seg selv. Informant 2 foreslår eksentrisk trening mot ytterstilling i trekkapparat, med fokus på å holde igjen med antagonister. Han erfarer at dette fungerer bedre enn hvis en fysioterapeut skulle dra i skulderen, fordi det da er reflektorisk for pasienten å stå imot for å beskytte. Begge informantene foreslår alternativt å utføre vanlig skuldertrening nedenfor smertegrense. Informant 1 trekker frem at trening av biceps og triceps kan utføres for at pasienten kan oppleve at de gjør noe, som kan være en viktig mental komponent. I tillegg legger begge informantene vekt på å finne den minste doseringen som har effekt.

4.4 KBP

Begge informantene forteller at de holder seg faglig oppdatert, og sier det er viktig å flette inn forskning med kliniske erfaringer og det pasienten kommer med. *“Kunnskapsbasert praksis er for meg at forskningen skal legge en slags grunnpilar i det jeg sier og gjør, men det er krydret med alt det pasienten kommer med”* (informant 2).

Informantene har et litt ulikt syn på dagens forskning. Informant 2 sier at nyere forskning godt oppsummerer det vi trenger å vite. Der finner man blant annet prognostiske studier og til dels det man trenger om behandling. Likevel forteller terapeuten at man alltid kan si at det er behov mer forskning. Informant 1 mener dagens forskning er tynn, fragmentert, inkonsistent og at den ikke viser til noen fasit i behandlingen. Han sier det er et kunststykke å implementere forskning i praksis, og viser til andre kunnskapskilder han også benytter, som gode kollegaer og fagmøter med diskusjon av pasientcaser. Videre utdyper han at forskningen har en svakhet ved at man ikke får store nok grupper til å konkludere eller randomisere.

5. Diskusjon

5.1 Fysioterapeutens rolle

I resultatene trekkes viktigheten av å være en bidragsyter i prosessen med å stille en diagnose frem som en viktig rolle en fysioterapeut bør ha. Dette er viktig fordi pasientene kommer direkte til informantene når plagene oppstår, med ønske om en diagnose som kan forklare smertene. Diagnosen FS stilles klinisk, og kjennetegnes av uttalt reduksjon i AROM og PROM i to eller flere plan sammenlignet med uaffisert skulder (Prestgaard, 2022). Typisk er det en tydelig mekanisk stopp fremfor en smerterelatert begrensning. Likevel beskrives det at den karakteristiske stivheten ikke utvikles før det har gått litt tid. Dette kan medføre at bevegelsesinnskrenkningen i større grad skyldes smerter i tidlig fase. Dermed kan det tenkes at det kan være utfordrende å fange opp alle pasientene i denne fasen. Det fremkommer i intervjuene at begge informantene har feildiagnostisert FS og følgelig behandlet tilstanden deretter. En konsekvens av dette kan være at pasientene ikke får tilpasset informasjon og behandling med fokus på smertelindring, som blir beskrevet som viktig i tidlig fase (Helsebiblioteket, 2016). Det kan tenkes at med en bedre forståelse av tilstanden kan kriteriene for å stille diagnosen utvikles til å romme en større variasjon i symptombildet i tidlig fase.

Både resultatene og teorien belyser manglende evidens for å fastsette viktigheten av fysioterapitiltak for tilstanden (Prestgaard, 2022). I tillegg sier både informantene og litteraturen vi har brukt at det ikke er noe vi kan gjøre for å forkorte sykdomsforløpet (Millar et al., 2022). Med tanke på at tilstanden også ubehandlet har et godartet naturlig forløp, hvor over 90% har lite plager og tilnærmet normal bevegelighet etter 4 år (Helsebiblioteket, 2016), kan man stille spørsmålstejn ved viktigheten av fysioterapi og rollen fysioterapeuten har som behandler. På en annen side fastslår BMJ at fysioterapi er en hjørnestein i behandlingen av FS, til tross for den manglende evidensen på dette (Provencher et al., 2021). Sett i lys av den biopsykososiale modellen kan fysioterapi likevel tenkes å være av stor betydning for denne pasientgruppa, da fysioterapeuten kan tilby mer enn tiltakene som oppslagsverkene beskriver.

I resultatene våre belyses fysioterapeutens verdi av å være en ressursperson, som har tid til å ta vare på pasientgruppen. Dette innebærer å ha god faglig kunnskap om tilstanden i tillegg til ferdigheter innenfor relasjonsbygging og kommunikasjon. En måte å forstå dette på er at det medmenneskelige, tilliten og relasjonen mellom pasient og terapeut settes høyt hos

informantene. Engel beskriver i likhet med informantene at forholdet mellom terapeut og pasient er av stor verdi, da det kan påvirke sykdomsopplevelse (1977). Terapeutens evne til å påvirke og ivareta pasientens sinnsro blir også trukket frem som viktig. Sett i lys av dette kan pasientinformasjon være av stor betydning. Mange pasienter har lite forkunnskap om FS, noe som kan vekke både forvirring og engstelse (Millar et al., 2022). Dette fremhever betydningen av pasientopplæring, da det kan øke innsikt i tilstanden og dermed redusere engstelse og forbedre opplevelse av smerte og funksjon hos pasientene. Dette finner vi også støtte for i resultatene våre, hvor informant 2 erfarer at de fleste pasientene hans er fornøyde med god pasientinformasjon. På bakgrunn av overnevnte faktorer, kan en forstå at det å være en ressursperson for pasientene er viktig i håndteringen av FS.

5.2 Psykososial tilnærming

En måte å forstå resultatene på er at informantene ser tilstanden i et biopsykososialt lys, der både psykologiske og sosiale faktorer bidrar til og påvirker sykdomsopplevelse. Ifølge Engel er en slik tilnærming nødvendig for å forstå sykdomsdeterminanter og lykkes med sykdomsbehandling (1977). Vi finner også støtte for viktigheten av en bredere tilnærming til sykdom i funksjonsklassifiseringen ICF, der hovedvekten legges på funksjonsevne i samspill med omgivelsene, og ikke kun på sykdom eller diagnose (Helsedirektoratet, 2018). På bakgrunn av dette forstår vi det slik at en behandling som tar hensyn til alle aspekter hos individet og dets omgivelser, vil bli mer individualisert og dermed øke sjansene for å lykkes i behandlingen.

Til tross for at både informantene og den biopsykososiale modellen illustrerer viktigheten av å ta hensyn til de psykososiale aspektene, får dette liten plass blant behandlingsanbefalingene i oppslagsverkene. UpToDate skriver at pasientinformasjon er viktig for å redusere frustrasjon og sikre etterlevelse av behandling (Prestgaard, 2022). Resterende anbefalinger baserer seg på medikamenter, fysioterapitiltak og kirurgi. Samtidig er det gjennomgående i litteraturen at flere av disse intervensjonene er av begrenset evidens angående effekt av tiltak, noe som også belyses av informantene våre. I tillegg beskriver veileder for fysikalsk medisin og rehabilitering tilstanden med et godartet forløp, som ubehandlet også vil gå over av seg selv etter noen år (Helsebiblioteket, 2016). I lys av dette ser det ut til at det er en forskjell mellom hva informantene erfarer, og hva som blir beskrevet i litteraturen. Informantene erfarer at en psykososial tilnærming er en sentral del av behandlingen, men dette kommer ikke like tydelig

frem i oppslagsverkene. Dette kan tyde på at et en mer psykososial tilnærming er av større verdi hos informantene enn det som kommer frem i litteraturen. Med tanke på fordelene ved en slik tilnærming, i tillegg til begrenset evidens på andre tiltak, kan man forstå det slik at en psykososial tilnærming burde bli satt mer fokus på i behandlingen.

5.3 Erfaring med behandling i fasene og KBP

I resultatene og anvendt teori fremkommer det litt ulike synspunkter på fremgangsmåte i behandling av FS. Informantene foretrekker å tilpasse behandlingen etter hvilken fase pasienten befinner seg i. Oppslagsverkene beskriver derimot en mer generell behandlingsrekkefølge, hvor UpToDate er mer tidsbasert (Prestgaard, 2022). Informantene erfarer at det er en fordel med en tilnærming inndelt etter sykdomsfasene, da det er stor variasjon i symptombilde og sykdomsforløp. Eksempelvis trekker oppslagsverket frem at fase 1 kan variere i varighet på 2-9 måneder. Dette kan bety at variasjon i pasientgruppen og symptombildet ikke tas i betraktning i like stor grad i oppslagsverkene. Likevel oppmuntrer oppslagsverket til individualisering ved å belyse at behandlingen må tilpasses symptomer, pasienten og målsetningen (Prestgaard, 2022). Dermed ser det ut til at teori og resultat vektlegger individualisering selv om de har en litt ulik tilnærming til hva som styrer behandlingen.

Resultatene våre peker på at informantene har erfaring med at det er lite de kan gjøre i den første fasen av FS, grunnet en pågående inflammasjonsprosess. Følgelig avventer informant 1 med fysioterapitiltak i tidlig fase, på bakgrunn av en erfaring om at symptomene blusser opp dersom man starter for tidlig. BMJ sier på den andre siden at fysioterapi bør implementeres så tidlig som mulig (Provencher et al., 2021). Både BMJ og UpToDate (Prestgaard, 2022) inkluderer ROM-øvelser som pasientene kan gjøre i første fase, hvor BMJ presiserer at hjemmebasert trening i kombinasjon med veiledet trening gir best effekt. Dette skiller seg fra resultatene våre, hvor informantene gir øvelser og har pasientene sine til veiledet trening senere i forløpet. Norsk veileder for fysikalsk medisin og rehabilitering anbefaler i likhet med informantene å unngå fysioterapi i den innledende fasen (Helsebiblioteket, 2016). I lys av dette kan det se ut til at de kliniske oppslagsverkene vektlegger en noe mer aktiv tilnærming enn informantene, spesielt i den første fasen. Likevel nevnes det at pasienter burde frarådes forverrende aktiviteter av hensyn til pågående inflammasjonsprosess (Provencher et al.,

2021). Det ser ut som en liten uklarhet i litteraturen angående behandlingsstart og hvor aktiv man bør være i tilnærmingen i første fase.

Jamtvedt et al., belyser at anvendt forskning bør være kjernen til KBP. Begge oppslagsverkene peker på manglende evidens for å fastsette effekt av tiltak (Provencher et al., 2021; Prestgaard, 2022), noe som kan begrense i hvilken grad fysioterapeutene kan basere praksisen sin rundt anbefalingene (Jamtvedt et al., 2015, s. 30). Resultatene våre tyder på at informantene i møte med retningslinjer av begrenset kvalitet eller evidens, i større grad benytter seg av andre kilder til kunnskap. I henhold til KBP-modellen vil dette medføre at erfaring og brukerkunnskap må veie tyngre. Dette illustreres i ovenfornevnte avsnitt ved at informantene avstår fra aktive tiltak, til tross for at anbefalingene i oppslagsverkene. I lys av KBP-modellen kan det tenkes at informant 1 har vurdert egen erfaring opp mot oppslagsverkens anbefaling og besluttet at det kan være en risiko å følge, da symptomene kan blusse opp.

6. Konklusjon

I denne oppgaven har vi søkt å få innblikk i erfaringer fysioterapeuter har med behandling av FS i norsk primærhelsetjeneste. Det fremkommer fra resultatene at informantene ser på fysioterapeutens rolle som mer enn kun en behandler av tilstanden. Dette kan bety at fysioterapeuten er mer enn bare en terapeut som gir øvelser og tiltak til pasienten.

Informantene har erfart at rollen som ressursperson er av stor betydning, en som bygger relasjoner, trygger og kan formidle informasjon på en god måte. På denne måten kan man ta hensyn til psykososiale faktorer, noe som er viktig da det kan påvirke sykdomsopplevelse. De erfarer også at sykdomsforløpet og symptombildet varierer. Dette fremhever viktigheten av å individualisere behandlingen.

I denne oppgaven har vi intervjuet to fysioterapeuter. Funnene våre er ikke representativt for alle fysioterapeuter, men er likevel interessante da de kan åpne opp for nye områder å utforske. På bakgrunn av oppgavens funn, kan det videre være aktuelt å utforske betydningen av psykososiale faktorer i behandlingen av FS. Som trukket frem av både informantene, og oppslagsverkene er det dessuten behov for flere studier av høy kvalitet for å fastslå effekt av tiltak, som kan resultere i mer standardiserte retningslinjer for behandling enn hva som finnes i dag.

For å svare på problemstillingen, erfarer informantene at det er stor variasjon i pasientgruppen, noe som medfører behov for ulik tilnærming til ulik tid. De erfarer at det er lite de kan gjøre for pasientgruppa som behandlere, men at de likevel kan ha en viktig rolle som ressursperson der de tar stilling til psykososiale faktorer. Dette erfarer de som viktig da de tenker at tilstanden kan være psykisk belastende. Samtidig belyses den psykososiale tilnærmingen i liten grad i oppslagsverkene. Følgelig kan våre funn tyde på at informantene erfarer at psykososial tilnærming er av større verdi enn det som kommer frem i oppslagsverkene.

7. Litteraturliste

Bouaicha, S., Wieser, K., Kriechling, P. & Scholz-Odermatt, S. M. (2020). A large-scale assessment of the healthcare burden of adhesive capsulitis of the shoulder joint. *Swiss Medical Weekly*, 150(0780). <https://dx.doi.org/10.4414/smw.2020.20188>

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7.utg.). Gyldendal.

Dawson, J., Shepperd, S. & Carr, A. (2010). An Overview of Factors Relevant to Undertaking Research and Reviews on the Effectiveness of Treatment for Frozen Shoulder. *Shoulder & Elbow*, 2(4), 232-237. <https://doi.org/10.1111/j.1758-5740.2010.00067.x>

Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <http://www.jstor.org/stable/1743658>

Helsebiblioteket. (2016, 24. November). *Fysikalsk medisin og rehabilitering - veileder*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/retningslinjer/veileder-i-fysikalsk-medisin-og-rehabilitering/muskel-og-skjelettplager/skulder/frozen-shoulder#-helsebiblioteket-innhold-retningslinjer-veileder-i-fysikalsk-medisin-og-rehabilitering-muskel-og-skjelettplager-skulder-frozen-shoulder>

Helsebiblioteket. (2021, 17. September). *Kunnskapsbasert praksis*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>

Helsebiblioteket. (u.å.). *Om Helsebiblioteket*. Hentet 13. Desember 2022 fra <https://www.helsebiblioteket.no/om-helsebiblioteket>

Helsebiblioteket. (2019, 5. April). *Trygg på skulder i primærhelsetjenesten*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/retningslinjer/trygg-pa-skulder-i-primærhelsetjenesten>

Helsedirektoratet. (2018, 25. Juni). *Bruk av kodeverk: Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF)*.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-i-kommunen/om-funksjonsvurdering-og-skarinndeling/bruk-av-kodeverk-internasjonalt-klassifikasjon-av-funksjon-funksjonshemming-og-helse-icf>

Høyem, A. & Thornquist, E. (2010). Et kritisk blikk på ICF – måleverktøy og forståelsesmodell. *Sykepleien*, 5, 46-53. Hentet fra

<https://static.sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/344143.pdf?c=1410453150>

Jamtvedt, G., Hagen, K. B. & Bjørndal, A. (2015). *Kunnskapsbasert fysioterapi: Metoder og arbeidsmåter* (2. Utgave). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kunnskapsbasert praksis. (2021, 17. september). I *Helsebiblioteket*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#kunnskapsbasert-praksis>

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring* (3 Utg.). Universitetsforlaget.

Maund, E., Craig, D., Suekarran, S., Neilson, A. R., Wright, K., Brealey, S., Dennis, L., Goodchild, L., Hanchard, N., Rangan, A., Richardson, G., Robertson, J. & McDaid, D. (2012). Management of frozen shoulder: a systematic review and cost-effectiveness analysis. *Health Technology Assessment*, 16(11), 19-20. <https://doi.org/10.3310/hta16110>

Prestgaard, T. A. (2022, 11. April). Frozen shoulder (adhesive capsulitis). I K. Fields, B. (Red.), *UpToDate*. Hentet 19 oktober fra https://www.uptodate.com/contents/frozen-shoulder-adhesive-capsulitis?search=adhesive%20capsulitis&source=search_result&selectedTitle=1~35&usage_type=default&display_rank=1

Provencher, M. T., LeClere, L. & Smith, J. (2021, 17. September). Adhesive capsulitis. I *BMJ Best Practise*. <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-us/1043>

Statistisk sentralbyrå. (2022, 17. november). *Befolkning*. Hentet 15. Desember 2022 fra <https://www.ssb.no/befolkning/folketall/statistikk/befolkning>

Sverdrup, S. (2020). *Bachelor- og masteroppgaver i sosial- og helsefag: Råd og vink. Skritt for skritt*. Cappelen Damm AS.

World Health Organization. (u.å.). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Hentet 5. desember 2022 fra <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>

8. Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Fase 1: Informasjon (5min)	
Intro	Hei, takk for at du er villig til å stille til intervju. Før vi stiller spørsmål vil vi gi litt bakgrunnsinformasjon om oppgaven vår og litt praktisk informasjon om intervjuet.
Temaet for samtalen og presisering av oppgaven vår	Vi skriver en bacheloroppgave med problemstillingen: “Hvilke erfaringer har fysioterapeuter med behandling av frozen shoulder i norsk primærhelsetjeneste?”. Vi syntes temaet er viktig å belyse fordi vi i egne søk ikke har funnet sterke anbefalinger for behandlingstiltak som skyldes manglende studier av høy kvalitet. Derfor lurer vi på hvilke erfaringer fysioterapeuter har med behandling av frozen shoulder, og i dag er vi interesserte i dine egne erfaringer fra din praksis.
Utførelsen av intervjuet	Under intervjuet vil jeg være ansvarlig for å stille spørsmål, mens mine medstudenter har ansvar for å notere det som blir sagt så nøyaktig som mulig. De kan også stille oppfølgingsspørsmål dersom de ønsker.
Taushetsplikt og anonymitet	Alt du sier vil transkriberes, og anonymiseres slik at det ikke kan spores tilbake til deg. Det gjelder eventuelt også pasientcaser.
Hva skal intervjuet brukes til?	<i>Vi skal lagre notatene fra intervjuet i en kryptert sky og vil slette materialet når oppgaven er sensurert. Resultatene fra intervjuet vil vi analysere og bruke til å diskutere problemstillingen vår i oppgaven. I mellomtiden er det kun oss 3 og veileder som har tilgang til resultatene.</i>
Avslutning	Vi er ikke ute etter å teste dine kunnskaper eller kritisere/ta deg for noe av det du sier. Vi oppfordrer deg til å snakke fritt om dine erfaringer og opplevelser av temaet. Derfor ønsker vi å legge minst mulig føringer under intervjuet. Er det noe som er uklart eller har du noen spørsmål før vi setter i gang?
Fase 2: Spørsmål (50min)	

Bakgrunn	<ul style="list-style-type: none"> • Kan du begynne med å fortelle litt om din <u>generelle</u> bakgrunn som fysioterapeut? <ul style="list-style-type: none"> ○ Hvor lenge har du jobbet som fysioterapeut? ○ Hvor har du jobbet? ○ Har du videreutdanning?
Erfaringer	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan ser en typisk pasient med frozen shoulder ut? <ul style="list-style-type: none"> ○ Stemningsleie, motivasjon, compliance, alder, kjønn, tilleggsdiagnoser og sykehistorie • Hvor mye erfaring har du med behandling av frozen shoulder? <ul style="list-style-type: none"> ○ Hvor lenge har du behandlet tilstanden i din praksis som fysioterapeut? ○ Hvor ofte møter du på tilstanden i praksis? ○ Kan du fortelle om ditt første møte med frozen shoulder? • Hvilken betydning har fysioterapi for pasienter med frozen shoulder? • Kan du fortelle hvordan du typisk behandler en pasient med frozen shoulder? <ul style="list-style-type: none"> ○ Er det variasjon ut ifra hvilken fase man er i? ○ Er det variasjon fra pasient til pasient? ○ Hva mener du er viktige tiltak i behandlingen? • Har din tilnærming til behandlingen endret seg i løpet av årene du har jobbet som fysioterapeut? <ul style="list-style-type: none"> ○ På hvilken måte? • Kan du fortelle litt om eventuelle utfordringer med behandling av pasientgruppa? <ul style="list-style-type: none"> ○ Tanker/følelser, compliance, smerte, funksjon
Kunnskapsbasert praksis	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan jobber du kunnskapsbasert? <ul style="list-style-type: none"> ○ Forskning, erfaring og brukerkunnskap og medvirkning ○ Hvordan forholder du deg til tilgjengelig forskning i din kliniske praksis?

	<ul style="list-style-type: none"> • Opplever du noen forskjeller mellom hva forskningen viser, og dine kliniske erfaringer?
Tilbakeblikk (5min)	
Oppsummering	<ul style="list-style-type: none"> • Oppsummere funn • Har jeg forstått deg riktig? • Er det noe du vil legge til?

Vedlegg 2 PICO

	Populasjon	Fenomen av interesse	Kontekst
Beskrivelse	Fysioterapeuter	Erfaring med behandling av frozen shoulder	Norsk primærhelsetjeneste
Forslag til søkeord	Physical therapists	Experience with treatment of frozen shoulder	Norwegian primary health care