



Masteroppgave

MHS704 Helse- og sosialfag

Tittel : Møtet mellom pasient og behandler slik pasienter med muskelskjelettplager opplever det

Forfatter: Berit Vold Eidem

Totalt antall sider inkludert forsiden: 56

Molde, 26.04.2012



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høyskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 30

Veileder: Eva Gjengedal og Else Lykkeslet

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?
(Båndleggingsavtale må fylles ut)

ja nei

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?
(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

ja nei

Dato: 25.04.2012

Antall ord i artikkelen: 4 200

Forord

Disse årene har vært en slags faglig reise for meg. Jeg har prioritert lesing og jobbing med faglige problemstillinger. Det har vært interessant og til tider altoppslukende. Jeg har kjent på en økende faglig trygghet og en tilfredshet fordi jeg har kunnet tilegne meg kunnskapen og de erfaringene jeg har i disse årene.

Det sies at kvinner er født med dårlig samvittighet. Jeg har ikke hatt mye dårlig samvittighet, men jeg har kjent på følelsen av å være en tiarmed blekksprut i perioder. Det er naturlig når en som voksen kvinne med stor familie arbeider og studerer samtidig. Hele familien har vært støttespillere i heiagjengen min foruten veilederne mine. Jeg har også opplevd at studentene i samme kull har heiet på hverandre og støttet hverandre. Det samme gjelder de andre lærerne ved masterutdanningen i helse- og sosialfag. Takk også til alle pasienter og andre som jeg har møtt gjennom arbeidet mitt, og som vekket min interesse for disse problemstillingene. Særlig takk til mine to veiledere, Eva Gjengedal og Else Lykkeslet, som har støttet, utfordret, tatt imot og trøstet meg i denne perioden. Jeg har opplevd samhandlingen med dere som en berikelse for meg både faglig og personlig, og jeg kommer til å savne møtene våre. Takk også til Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter for støtte.

I disse årene har et dikt fulgt meg, og det blir med meg videre i arbeidet mitt.

Hemmeligheten i all hjelpekunst

... når det i sandhed skal lykkes at føre et menneske et bestemt sted hen,
Først og fremmest må passe på at finde ham der hvor han er, - og begynde der.

Dette er sandheden i all hjelpekunst.

Enhver der ikke kan det, han selv er i en inbildning når han mener at kunde hjelpe andre.
For i sandhed at kunde hjelpe en anden må jeg kunde forstå mer end ham
- men dog først og fremmest forstå det han forstår.
Når jeg ikke gjør det, da hjælper min mereforståelse ham slet ikke.

Ville jeg allikevel gjøre min mereforståelse gældende, så er det fordi jeg er
forfængelig eller stolt; at jeg i grunden i stedet for at gavne ham
egentlig vil beundres av ham.

Søren Kierkegaard

Elnesvågen dato 26.04.2012
Berit Vold Eidem

Sammendrag

Oppgaven er todelt. Introduksjonen, del en, består av innledning, bakgrunn, teoretisk perspektiv, metode og analyse. Resultatene og diskusjonen kommer i artikkelen, del to. Hensikten er å se på møtet mellom pasient og behandler og om pasientene får dekket sitt behov for hjelp i møtet. Problemstilling: Hvilke erfaringer har personer med muskelskjelettplager i forhold til å bli møtt på egne behov i møte med lege/fysioterapeut? Hvilke forventninger har pasientene og hvordan ser de på seg selv og sin egen situasjon? Kvalitativ studie med en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming med pasientperspektiv. Teoretiske perspektiv er dialogperspektivet med den gode samtalen og veiledningspedagogikk, og sykdomsperspektivet med ulike måter å forstå og begrunne sykdom og årsakssammenheng på. Åtte dybdeintervju med kvinner som søkte hjelp hos lege for muskelskjelettplager, alder 30 – 60 år, gjennomsnittsalder 44 år. Analysemetode utviklet av Lindseth og Norberg: ”En fenomenologisk hermeneutisk metode for forskning på livserfaring”. Resultat: Et tema om de gode møtene og viljen til å akseptere det som er der av symptom og årsakssammenheng. Det andre om de dårlige møtene og det å lete etter noe som ikke er der, fordi man ikke finner noe som kan forklare muskelskjelettplager. Jeg konkluderer med at gode møter skaper tillit og fortrolighet, utgangspunkt for den gode samtale. I de dårlige møtene føler pasientene seg krenket og avvist. Hvordan man tenker om sykdom og årsakssammenhenger er viktig for å forstå. Hva som skal til for å endre måte å tenke på, er ikke alltid lett å forstå.

Nøkkelord: kvalitativ studie, møte, muskelskjelettplager, dialogperspektiv, sykdomsperspektiv

Abstract

The introduction, part one, consists of introduction, background, theoretical perspective, methodology and analysis. The results and discussion comes in the article, part two. The purpose is to study the encounter between patient and therapist and whether patients can get the help they need in this encounter. Question: What experiences do people with musculoskeletal disorders have regarding their own needs in encounters with the doctor / physiotherapist? What expectations do patients have and how do they consider their own situation? A qualitative study using a phenomenological hermeneutical approach with the patient's perspective. Theoretical perspective is the perspective of dialogue and the disease perspective. Material: Eight depth interviews with women who sought help from a doctor for musculoskeletal symptoms, age 30-60 years, mean age 44 years. The analysis method is developed by Lindseth and Norberg, "A phenomenological hermeneutical method for research on life experience". Two topics are presented. One is about the good encounters and willingness to accept what is present of symptom and causality. The second topic is about the bad encounters and to look for something that is not present, because you cannot "find anything" that might explain musculoskeletal symptoms. Good encounters contains of trust and confidence, the basis for good conversation. In bad encounters patients feel humiliated and rejected. Your way of thinking about disease and causality is important to understand. What it takes to change your way of thinking is not always easy to understand.

Keywords: qualitative study, encounter, musculoskeletal symptoms, the perspective of dialogue, the disease perspective

DEL 1: INTRODUKSJON

INNOLDSFORTEGNELSE INTRODUKSJON MED ARTIKKEL

1.0 BAKGRUNN	2
2.0 OPPGAVENS OPPBYGNING	3
3.0 TIDLIGERE FORSKNING	3
3.1 PASIENTENS FORVENTNINGER.....	4
3.2 ERFARINGER OM MØTET MELLOM PASIENT OG BEHANDLER.....	5
3.3 HELHETLIG FORKLARINGSMODELL	5
4.0 STUDIENS PROBLEMSTILLING	6
4.1 PROBLEMSTILLING	6
5.0 UTVALGT TEORI	7
5.1 DIALOGPESPEKTIVET.....	7
5.1.1 Den gode samtalen, dialogen og møtet	7
5.1.2 Veiledningspedagogikk.....	9
5.2 SYKDOMSPERSPEKTIVET.....	10
5.2.1 Den biomedisinske tradisjonen	10
5.2.2 En utvidet forståelsesmodell av sykdom og plager	11
6.0 METODE	12
6.1 FORFORSTÅELSE	13
6.2 UNDERSØKELSEN.....	13
6.2.1 Deltakerne og utvalgsprosedyre	14
6.2.2 Dybdeintervju	14
6.2.3 Intervjusituasjonen.....	15
6.2.4 Transkribering.....	16
7.0 ANALYSE	16
8.0 ETISKE VURDERINGER	18
9.0 METODEKRITIKK	19
10.0 AVSLUTNINGSDORD	21
REFERANSER	22
APPENDIKS	24
VEDLEGG 1: Intervjuguide	24
VEDLEGG 2: Transkripsjonskonvensjoner	25
VEDLEGG 3: Oversikt kondensering fra undertema til tema.....	26
VEDLEGG 4: Informasjonsskriv til deltakerne med samtykkeerklæring	28
Sammendrag artikkel	32
Abstract article	33
ARTIKKEL: MØTET MELLOM PASIENT OG BEHANDLER slik pasienter	34
med muskelskjelettplager opplever det	34
INNLEDNING	34
BAKGRUNN	34
TEORETISK PERSPEKTIV	35
Dialogperspektivet	35
Sykdomsperspektivet	35
METODE	36
Forforståelse.....	36
Utvalget.....	37
Intervju	37
ANALYSE	37
METODEKRITIKK	37
ETIKK	38
RESULTAT	38
På leting etter noe som ikke er der	38
<i>Skolemedisinen som gjelder – kjenner noe som ikke er der</i>	39
<i>Sårrende å bli avvist – føler seg dum og liten</i>	39
<i>Hjelpeløshet hos hjelper</i>	40
Vilje til å akseptere det som er der	40
<i>Viser vilje til å hjelpe – samarbeid om å finne løsninger</i>	41
<i>Felles forståelse hos pasient og hjelper</i>	41
DISKUSJON	41
AVSLUTNING	43
Litteraturhenvisninger	44
VEDLEGG 1: Retningslinjer for artikkel i "Fysioterapeuten"	46
VEDLEGG 2: Intervjuguide dybdeintervju	49

1.0 BAKGRUNN

Muskelskjelettplager er en av de hyppigste årsakene til sykemelding i Norge. Plagene koster pasientene mye smerte og nedsatt livskvalitet og det norske samfunnet mye penger. I følge Lærum (Lærum 2010) er samfunnets utgifter i forbindelse med muskelskjelettplager årlig omtrent 50 milliarder kroner¹.

Det bevilges lite penger til forskning på området. Tall fra Forskningsrådet og Extrastiftelsen Helse og Rehabilitering viser at ca. 6 % av forskningsmidlene årlig går til forskning på dette området (Ihlebak og Lærum 2010). Hva er grunnen til at det bevilges lite penger til forskning? Ihlebak og Lærum (Ihlebak og Lærum 2010) nevner bl.a. forhold som at det er for få gode forskningsprotokoller, for lite nytenkning og samarbeid på tvers av disipliner og uenighet i enkelte fagmiljøer. De nevner også at denne type sykdom har lav prestisje, og at dette kan være en grunn til lav prioritering.

Jeg har i mange år vært opptatt av hva som skjer i møtet mellom pasient og behandler. Dette gjelder særlig hvordan vi kommuniserer og hva som kommer ut av møtene, spesielt hvordan pasienten opplever å bli møtt på sine behov. Gjennom mange års yrkeserfaring med møter med mennesker og min videreutdanning som veileder og i veiledningspedagogikk, har jeg en forståelse av hvordan jeg ønsker å møte pasientene og hvordan jeg tror de ønsker å bli møtt. Jeg har min utdanning fra Mensendieckhøgskolen i Oslo, Høgskole i fysioterapi. Etter mange år i praksis som fysioterapeut, fortsatte jeg med videreutdanning i Veiledningspedagogikk, og en intern fagutviklingsrekke for kollegaveiledere i Norsk Fysioterapeut Forbund. Dette har vært utgangspunktet mitt for å være interessert i hva som skjer i møtet mellom pasient og behandler, og hvordan vi kan initiere den gode samtalen for å gjøre dette møtet så konstruktivt som mulig.

I grunnutdanningen i fysioterapi, retning Mensendieck, er målet i arbeidet med pasientene ”å legge til rette for en betydningsfull endring hos den enkelte pasient gjennom kroppslig læringsprosess”. (Høgskolen i Oslo 2011, lastet ned 14.3.2011 kl. 22.11). Sentralt står utforskning av bevegelse i egen kropp ved bruk av mensendieckøvelsene. Prosessen er en læringssituasjon der behandlerens rolle er mer en veilederrolle enn en ekspertrolle.

Wulfsberg (Wulfsberg 1982) sier at mensendieckgymnastikken tidlig la vekt på den nære

¹ Dette dreier seg om utgifter til sykepenger, attføring, uførepensjon, legekonsultasjoner og sykehusbehandling, utgifter for arbeidsgiver i arbeidsgiverperioden etc.

sammenhengen mellom psyke og soma. Mensendieckgymnastikken er bygget opp rundt mensendieckøvelsene. Det blir poengtert at kroppsholdningen vår og bevegelsene våre avspeiler noe om vårt sinn. På den andre siden kan og bør vår egen bevisste vilje påvirke kroppen, både i form, kroppslig holdning og daglige funksjoner. Halvorsen (Halvorsen 2009) hevder at i fagforståelsen har helhetsforståelse og et holistisk syn på mennesket vært sentralt. Samtidig har pedagogikken hatt en sentral plass, og etter hvert særlig sosialpedagogikken².

2.0 OPPGAVENS OPPBYGNING

Denne oppgaven er todelt, en introduksjon og en faglig artikkel. Introduksjonen er bygget opp på følgende måte: Først bakgrunn for oppgaven og min egen faglige bakgrunn. Videre skriver jeg om tidligere forskning og presenterer studiens problemstilling. Utvalgt teori blir presentert, og deretter presenterer jeg metoden jeg har brukt i studien. I forbindelse med metoden har jeg beskrevet undersøkelsen jeg har foretatt. Analysemetoden jeg har brukt er belyst. Så følger etiske vurderinger og metodekritikk.

3.0 TIDLIGERE FORSKNING

Jeg har søkt etter litteratur, artikler og studier i Høgskolebiblioteket sin søkerbase BIBSYS. Gjennom BIBSYS Ask har jeg tilgang til databasen Ovid, med blant annet Medline, Psychinfo og tidsskriftsoversikter. Jeg har også søkt i SveMed+. Jeg brukte et PICO-skjema for å finne de mest relevante søkeordene. I Ovid brukte jeg søkeordene encounter og musculoskeletal. Til sammen har jeg fått 155 treff i Ovid. Da jeg også la inn physiotherapist, reduserte jeg søket til 25 artikler, der to av dem var relevante for meg. Av disse har jeg brukt 14 direkte og indirekte som bakgrunn for denne masteroppgaven. I SveMed+ brukte jeg de samme søkeordene, på engelsk og norsk, og jeg fikk treff på tre aktuelle artikler her. Samtidig har jeg lest referanselistene og litteraturlistene til de forskjellige artiklene, og slik fått innspill til aktuell litteratur og artikler. Foruten dette, har jeg i denne perioden fått innspill på aktuelle artikler og studier fra veilederne mine, og ved å følge med i Tidsskrift for Den norske legeforening og Fysioterapeuten, tidsskrift for fysioterapeuter i Norge 2010 - 2012.

² Sosialpedagogikk; fagområde innen pedagogikk som behandler oppdragelse og undervisning i vekselvirkning med samfunnet

3.1 PASIENTENS FORVENTNINGER

Noen studier ser på møtet mellom helsearbeider og pasienter og har pasientens perspektiv og erfaringer som fokus. Verbeek et al (Verbeek et al. 2004) har sett på pasientenes forventninger i behandling av ryggsmertner. Studien presenterer beskrivelser fra pasientene om forventningene de har til hjelpen de ønsker. De ønsker en forklaring på plagene, behandling av plagene og sier noe om måten de vil bli møtt på. Pasientene vil ha en klar diagnose som årsak til smertene og undersøkelser for å finne årsaken, informasjon og instruksjon i hva de kan gjøre, smertereduksjon. De ønsker en bekreftelse på at smerten er ekte; dvs. at man kan finne en konkret årsak til smerten. Pasientene ønsker en tillitsbasert relasjon som inkluderer forståelse, lytting, respekt og å få være med på beslutningene. Pasientenes forventninger om diagnose, instruksjoner og mellommenneskelige forhold blir støttet av andre studier som har sett på medisinske praksisers sensitivitet for pasientenes behov (Clark 2003), og man har spurt pasienter om deres syn på hva som er ideell eller ønskelig oppførsel hos leger (Bendapudi et al. 2006).

Hvilke forventninger har pasienten i sitt første møte med fysioterapeuten? Jeg har ikke funnet mange studier som tar for seg pasientenes erfaringer i møte med fysioterapeut. Thornquist (Thornquist 1990) beskriver det første møtet mellom fysioterapeut og pasient, og deres opplevelse i møtet. Hun sier at pasienten presenterer sitt problem, men at fysioterapeuten ikke følger opp det pasienten presenterer. Pasientens beskrivelse synes å falle utenfor fysioterapeutens forståelse og diagnostiske fremgangsmåte. I møtet er det fysioterapeuten som har definert hva som er relevant og irrelevant, vesentlig og uvesentlig i pasientens historie. Hun sier videre at: *”tyngdepunktet i undersøkelsen er lite i tråd med pasientens presentasjon av sine plager”*. (Thornquist 1990; s. 3497). Mot slutten av møtet mellom pasient og terapeut kommer pasientens erfaringer og oppfatninger frem, etter at fysioterapeuten har sagt at han tror han ikke kan hjelpe henne med problemene.

Stokkenes (Stokkenes 1999) følger to behandlingsforløp i psykomotorisk behandling³, der hun tar utgangspunkt i dialektisk relasjonsteori. Fysioterapeutperspektivet og pasientperspektivet er nevnt. Her beskrives hvordan fysioterapeutens måte å møte pasienten på gir effekt i form av hvordan pasienten åpner opp i kommunikasjonen. Dette handler bl.a. om å møte pasienten med anerkjennelse og åpenhet.

³ Psykomotorisk behandling er en fysioterapeutisk metode som har som utgangspunkt en forståelse av kroppen som en funksjonell og samspillende enhet (Wikipedia.no, lastet ned 12.04.2011 kl. 23.50)

Ring et al (Ring et al. 2005) har undersøkt hva leger og pasienter sier og ikke sier i konsultasjoner. Pasientene ønsket fysisk intervensjon fordi de trodde de var fysisk syke eller fordi de nektet for at de var psykisk syke. Pasientene ønsket forklaring på sine plager, men de hadde også ofte selv forklaring for hvorfor de er syke. De la fram bekymring for sine psykososiale vansker. Pasientene foreslo i mindre grad enn legene videre utredning eller henvisning.

3.2 ERFARINGER OM MØTET MELLOM PASIENT OG BEHANDLER

Flere forskningsartikler beskriver hvordan helsearbeider og pasient opplever konsultasjonsmøter. Det er utfordringer i møtet mellom behandler og pasient. Råheim (Råheim 2002) mener at pasienten skal møtes med anerkjennelse når hun forteller sin sykehistorie. Det er viktig å få innsikt i pasientens opplevelse av hennes egen situasjon, som er behandlerens utgangspunkt for å kunne hjelpe pasienten. Malterud og Hollnagel (Malterud og Hollnagel 2007) skriver om pasienter som føler seg ydmyke. Det kan hjelpe legen å øve opp en varhet for sine egne og den andres følelser i møtet med pasienten. Burton sier pasientene opplever at legene har for lite tid. De har en følelse av at plagene de har ikke er relevante, eller de tror at det ikke finnes god behandling for dem (Burton 2003). Pasientene med Medically unexplained physical symptoms (MUPS) opplever at legene har for liten tid, eller at de ikke blir tatt på alvor. De føler seg misforstått, de mener de ikke blir trodd eller at de blir avvist. De ønsker også å kunne være mer med i beslutningen om hva som skal skje med dem. Av legene blir pasientene beskrevet som vanskelige, frustrerende og krevende (Dirkzwager og Verhaak 2007).

Kumlin og Kroksmark (Kumlin og Kroksmark 1992) har sett på fysioterapeutens oppfatninger om hvordan en terapeutisk relasjon skal etableres i det første møtet. Samtalen må avdekke pasientens oppfatning av sin egen situasjon. Relasjonen baseres på at fysioterapeuten ser på seg selv som en autoritet. Pasientens erfaringer er ikke tatt inn. Fysioterapeutens perspektiv kommer også fram hos Gyllensten et al (Gyllensten et al. 1999). Fysioterapeuter er spurt om hvilke viktige faktorer som influerer på kvaliteten på samhandling i terapirelasjonen. Her nevnes bl.a. fysioterapeutens evne til å vise empati, respekt, varme, aktiv lytting og varhet og intuisjon i møtet med pasienten.

3.3 HELHETLIG FORKLARINGSMODELL

Årsakene til muskelskjelettplager eller kroniske muskelsmerter, er mange og ofte sammensatte. Burton (Burton 2003) sier at mennesker har forskjellig evne til kroppslig

varhet. Personer med MUPS har en større tendens til å legge merke til og forsterke kroppslige, godartede symptomer enn andre; de har en større varhet for kroppslige signal.

Det settes fokus på nødvendigheten av å hjelpe pasientene på en bedre måte dersom vi tenker mindre biomedisinsk⁴, og heller prøver å se hvilken helhetlig situasjon pasienten lever i. Det er viktig å være åpen for pasientens egne erfaringer og opplevelser. Det synes som om noen typer helseplager kan tvinge oss til å lete etter alternative måter å forstå plagene på enn den tradisjonelle sykdomsmodellen (Malterud 2010; Kirkengen og Ulvestad 2007; Steihaug 2005). I flere av de nevnte artiklene er det åpnet for å kunne lete etter fellestrekk ved ulike tilstander, mer enn å se på hva som er spesifikt for hver lidelse (Bruusgaard og Natvig 2009; Kamaleri et al. 2008 ; Burton 2003; Dirkwager og Verhaak 2007). Bruusgaard og Natvig mener at mange av diagnosene som i dag brukes på muskelskjelettplager kan uttrykkes som ett syndrom med et multisymptombilde, og de er opptatt av å se likhetene mer enn å finne forskjellene (Bruusgaard og Natvig 2009).

4.0 STUDIENS PROBLEMSTILLING

Ved flere anledninger etterlyses videre forskning. Malterud og Taksdal (Malterud og Taksdal 2001) sier at pasientens egne erfaringer kan gi viktige bidrag til ny forståelse, og Malterud hevder blant annet at ” *kroniske muskelsmerter tvinger oss til å lete etter bredere grunnlag for medisinsk erkjennelse og klinisk kunnskap enn det som tradisjonelle sykdomsmodeller innebærer*” (Malterud 2010). Bruusgaard og Natvig (Bruusgaard og Natvig 2009) foreslår å se på hvordan pasientene presenterer seg i møte med helsevesenet. Burton (Burton 2003) sier forskningen videre kan se på hva som skjer i møtet mellom pasienter med MUPS og legen. Det trengs kvalitativ forskning for at vi bedre skal forstå hvordan interaksjonen mellom kognisjon⁵ på den ene siden og erfaring og symptomer på den andre siden er. Ut fra foreslåtte videre forskningstemaer og min egen nysgjerrighet og interesse har jeg valgt å se på hvilke erfaringer pasienter har i møte med behandlere i helsevesenet.

4.1 PROBLEMSTILLING

Hvilke erfaringer har personer med muskelskjelettplager i forhold til å bli møtt på egne behov i møte med lege/fysioterapeut?

⁴ Den biomedisinske tenkemåten forutsetter at symptomer på kroppslig sykdom bekreftes av kliniske eller laboratoriemessige funn.

⁵Kognisjon - intellektuell prosess som gjør at iakttagelser blir bevisste og fører til forståelse, tanker og resonnement

- Hvilke forventninger har pasienten i møte med lege/fysioterapeut?
- Hvilke behov har pasienten i møte med lege/fysioterapeut?
- Hvordan opplever pasienten at disse behovene blir imøtekommet?
- Hvordan ser pasienten på seg selv og sin situasjon?

5.0 UTVALGT TEORI

Flere teoretiske perspektiver kan bidra til å kaste lys over hva som skjer i et møte. De valgene jeg har gjort, preges av min forforståelse og det jeg har tilegnet meg av kunnskap om temaet. Det handler også om hvilke gode innspill jeg har fått fra andre om temaet. Mitt valg av teori handler om to perspektiv, inspirert av studiens funn; dialogperspektivet, der den gode samtalen og veiledningspedagogikken kommer inn og sykdomsperspektivet med ulike måter å forstå og tenke om sykdom på. Dialogperspektivet er sentralt i det å bevisstgjøre og øke kunnskap om hva som skal til for at pasienten opplever møtet med behandleren som godt. Sykdomsperspektivet kan hjelpe behandler og pasient til å forstå mer av sykdom og plager. Det hjelper pasienten på veien videre mot å bli friskere og få bedre helse.

5.1 DIALOGPESPEKTIVET

I dialogperspektivet er den gode samtalen og veiledningspedagogikken det sentrale.

5.1.1 Den gode samtalen, dialogen og møtet

Den gode samtalen er en livsbetingelse på samme måte som mat, vann, luft og lys sier den norske filosofen Helge Svare (Svare 2008). Han definerer dialog som ”*en samtale mellom to eller flere personer preget av gjensidig velvilje, åpenhet og samarbeid*”. (Svare 2008; s.7). Ordet dialog kommer fra de greske ordene *dia* (gjennom) og *logos* (ord, tale, fornuft, mening). Noe oppstår gjennom fornuftig tale, underforstått at dette noe er økt innsikt eller kunnskap (Svare 2008).

Den norske filosofen Hans Skjervheim⁶ reflekterer rundt dialogen og det spesielle forholdet som oppstår her mellom *et jeg* og *et du*. Skjervheim sier at dialogen kan være en treleddet relasjon mellom *den andre*, *meg* og *saken* som vi deler (Skjervheim 1976). *Jeg*

⁶ Hans Skjervheim (1926-99)

kan delta og la meg engasjere i *saken* og det *den andre* sier, eventuelt komme med innspill og mine meninger. *Jeg* inntar da en type holdning til det *den andre* sier. *Jeg* kan også velge en annen type holdning; å ikke la meg engasjere. Det betyr at *jeg* oppfatter det *den andre* sier som faktum. Dette betegner Skjervheim som en toleddet relasjon, ”*den ene inni den andre, slik som kinesiske bokser*” (Skjervheim 1976; s.52) der *jeg* og min sak (faktum) er et ledd, og det andre leddet er *den andre* i forhold til sin sak. De to lever i hver sin verden. Skjervheim reflekterer rundt hvilke konsekvenser det kan ha for dialogen hvilken innstilling du velger. I den første beskrivelsen sier han at det oppstår et fellesskap mellom *deg* og *den andre*. Dere blir begge deltakere i utforskningen av et felles tema. I den andre beskrivelsen oppstår det avstand mellom *deg* og *den andre*. Du objektiverer din samtalepartner. Ved å gjøre det, vil du rette blikket mot *den andre* i stedet for *saken*. Det er en fare for at du ikke tar det *den andre* sier på alvor, og dermed forholder du deg ikke til *saken*. Du er ikke villig til å ta det *den andre* sier opp til ettertanke eller diskusjon. På den måten tar du menneskeverdet fra *den andre*.

Skjervheim ber oss kaste blikket mot oss selv. Han sier det går an å tenke seg at du kan betrakte det *den andre* sier som faktum, og *den andre* som objekt. Det er vanskelig å tenke seg en situasjon der du gjør det samme med det du sier selv. Når du snakker, ønsker du at *andre* skal ta det du sier på alvor. Dersom *den andre* ikke gjør det, kan du kjenne deg krenket. *Den andre* anerkjenner deg ikke. Svare (Svare 2008) sier at slik han oppfatter Skjervheim, så mener han at det er forkastelig å objektivere *den andre*, fordi dette betyr at du ikke er villig å gi *den andre* den samme status som den du forventer å få selv. Hvis du behandler det *den andre* sier som faktum, sier Skjervheim at du stiller deg utenfor i forhold til *saken*. Du blir som en fremmed. Dersom du objektiverer omverdenen, vil samfunnet bli som en fremmed. Det fremmede er det en ikke deltar i eller er i stand til å delta i.

En annen filosof som også var opptatt av dialogen, og som har skrevet om *Jeg og du*, er Martin M. Buber⁷. Buber hevdet at dialogen handler om mye mer enn en samtale (Buber 2003). Han bruker begrepet på en måte som også gjør det mulig å tenke at to mennesker har en dialog selv om det ikke blir sagt et ord. Buber ser på menneskers eksistens gjennom relasjoner, og han beskriver to relasjoner: *Jeg-og-du*-relasjonen og *Jeg-og-det*-relasjonen. *Jeg-og-det*-relasjonen er den normale hverdagsrelasjonen mellom meg og omgivelsene

⁷ Martin Mordechai Buber (1878-1965): *Jeg og du*, oversatt av Hedvig Wergeland

mine, der *Det* er tingene rundt oss. Man kan også se på menneskene rundt seg som et *Det*. For det meste gjør vi det. Vi ser den andre på avstand, som en gjenstand eller en del av omgivelsene. En Jeg-og-du-relasjon er noe helt forskjellig fra dette hverdagslige. Dette er et ekte møte, og her går mennesket inn i relasjonen med sitt innerste og hele vesen. Det er når begge parter gjør det, at vi har en ekte dialog, sier Buber. I dette møtet legger partene bort alle sine fordommer og forbehold. Denne relasjonen er for Buber en refleksjon av møtet mellom menneske og Gud. Menneskets eksistens bestemmes av hva slags forhold det har til elementene rundt seg, og Buber's filosofi forfekter at det er opp til hvert enkelt menneske hva slags relasjon det går inn i og hvilken type respons det vil gi til omverdenen.

5.1.2 Veiledningspedagogikk

Veiledning kan defineres som ”å strukturere en situasjon som gir den veiledede mulighet til selv å oppdage hva som er viktig for ham/henne” (Rousseau 1994). En annen måte å forklare veiledning på er at veiledning er en pedagogisk og relasjonell prosess med oppdagelse, læring, vekst og utvikling som mål, og der den lærende er i fokus.

Veiledningsformen er dialog (Tveiten 2008). Veiledningens mål er å bidra til økt oppmerksomhet på og bevissthet omkring egen adferd. Adferd er bl.a. ferdigheter og egne reaksjoner. Holdninger, verdier og innsikt vises gjennom atferd.

Dette er i tråd med veiledningsteorien til gestaltveiledning og konfluent pedagogikk⁸. Pioner innen konfluent pedagogikk var George Isaac Brown, og gestaltterapi ble utviklet av Fritz Pearls. Ut fra disse disiplinene ble gestaltveiledning utviklet, og det var Nils Magnar Grenstad som førte fagfeltet til Norge på 1970-tallet (Meta-senteret 2010; Grenstad 1986 (1995)). Gestaltveiledning har bakgrunn i eksistensialisme og fenomenologi, og har fokus på hvordan mennesket opplever sin eksistens.

Veiledningspedagogikken bygger på et humanistisk menneskesyn, som vil si å se på mennesket som en helhet; erkjenne at ”mennesket er satt sammen av flere dimensjoner, en kroppslig, en sjelelig, en åndelig og en sosial” (Braute 1993; s.33). Tanker, fornuft, følelser, kropp og handlinger henger sammen og påvirker hverandre (Tveiten 2008). I veiledningen er kommunikasjon sentral, og man lærer ulike måter å spørre på for å åpne opp i kommunikasjonen og for å få den andre til å reflektere. Dette kan være å stille åpne

⁸ Konfluent betyr å flyte sammen, eller å bringe sammen til en helhet; i konfluent pedagogikk skal alle prosesser flyte mot samme mål

spørsmål, og å la den andre beskrive sin egen situasjon. Det dreier seg også om å være åpen for nonverbal kommunikasjon, og å anerkjenne det den andre kommer frem med i kommunikasjonen, også benevnt som inntonning. Thollin beskriver det som en situasjon der *”behandler og pasient innstiller seg til hverandre i samtalen, og det oppstår en gjensidig opplevelse av å dele en følelse med en annen”* (Thollin 2005; Stern 2000). Den andre skal oppleve økt bevisstgjøring i forhold til handling. Pasienten kan gjennom veiledningen få hjelp til refleksjon omkring egen sykdom, reaksjonsmønstrene og grunnlaget for disse. Refleksjon kan gi en bevissthet omkring hva pasienten vet, og mulighet til å sette denne kunnskapen i ny sammenheng. Bli pasienten bevisst hva hun vet, er det enklere for henne å si hva hun trenger å vite mer om eller ikke vet noe om.

5.2 SYKDOMSPERSPEKTIVET

Det andre perspektivet handler om ulike måter å forstå og tenke om sykdom på. Her går jeg nærmere inn på den biomedisinske tradisjon og en mer utvidet forståelse av sykdom og plager.

5.2.1 Den biomedisinske tradisjonen

Antikkens medisin i den vestlige verden bygde på tro, magi og praktisk erfaring. Sykdommer ble ofte oppfattet som resultat av guders eller demoners virksomhet. Et virkelig nytt syn kommer fram i tekster som tilskrives Hippokrates (460–377 f.Kr.), som hevdet at legevitenenskapen måtte bygge på nøye observasjoner av de syke og ikke på spekulasjoner og tro. Denne tradisjonen la grunnlaget for den tenkningen vi kjenner fra dagens legevitenenskap om årsak og virkning (Store Norske Leksikon 2009). På 1600-tallet presenterte Descartes sitt dualistiske syn på mennesket; med et klart skille mellom kropp og sjel. Mennesket betraktes som en maskin som kan analyseres ut fra dens enkelte deler, som ved eventuelle ”maskinfeil” kan repareres⁹. Sykdom og smertetilstander blir sett på som et uttrykk for funksjonelle feil i den biologiske organismen (Thornquist 2003).

Også i dag er den biomedisinske måten å forstå og begrunne sykdom og plager på den mest vanlige måten i den vestlige verden. Man antar at medisinsk kunnskap er objektiv og separert fra menneskets subjektive erfaringer (Steihaug 2005). Det betyr at man tenker at sykdom og plager må ha en årsak som kan finnes ved undersøkelser og prøvetaking.

⁹ Dette kalles det Kartesianske paradigmet

Sykdommen eller plagen forsvinner ved å behandle eller fjerne årsaken. Dette er i mange tilfeller en riktig og effektiv måte. Både leger og fysioterapeuter har mye fokus på denne måten å tenke om sykdom på, mindre på erfaringene dette forårsaker hos menneskene. Dette kan ha betydning for hva slags kunnskap fysioterapeutene henter fram i møte med pasienten.

5.2.2 En utvidet forståelsesmodell av sykdom og plager

Når det gjelder plager fra muskulatur, bindevev og ofte også ledd, finner vi i de fleste tilfeller ”ikke noe” som kan være årsak til plagene. For å kunne forstå og forklare denne type plager, kan andre forklaringsmodeller enn den biomedisinske være viktige.

Allostatisk overbelastning, en helhetlig modell innen stressforskning, kan lede til helseskade (Getz, Kirkengen og Ulvestad 2011). Fenomenet allostatisk overbelastning forklares som langvarig overbeskatning av menneskets fysiologiske tilpasningsevne. Artikkelen belyser forskning som kan gi innsikt i samspillet mellom eksistensielle betingelser i vid forstand og kroppens biologi. Menneskeorganismen innlemmer livshistorisk informasjon, det vil si opplevd mening og relasjoner. Ulike eksistensielle påkjenninger kan øke sårbarhet for sykdom gjennom forstyrrelser i menneskets fysiologiske tilpasningssystemer og strukturell påvirkning av hjernen. Påkjenninger som vi omtaler som fysiske (for eksempel feilernæring, søvnmangel, infeksjoner) og belastninger som vi tradisjonelt omtaler som psykiske (for eksempel et liv preget av krenkelser eller overveldende omsorgsbyrder) kan føre til blant annet autonom dysfunksjon, endring i immunforsvaret, kronisk lavgradig inflammasjon eller endokrine forstyrrelser. Det sies videre at slike kroniske forstyrrelser trolig også bidrar til utvikling av våre store folkesykdommer slik som for eksempel smertesyndromer og kronisk utmattelse. Denne modellen for allostatisk overbelastning gjør at vi kan tenke helhetlig på en annen måte enn det som tidligere har vært gjort. Ved vurdering av sykdom og plager kan vi lete etter andre årsaker eller forklaringsmodeller enn de biomedisinske. Vi kan tenke oss at menneskenes erfaringer og opplevelser også har betydning for dets helsetilstand. Sammensatte symptomer av feil og svikt kan forklares som ulike typer systemsvikt, helt ned til cellenivå, som skyldes langvarig helsefarlig stress. Dette har tidligere tradisjonelt vært sett på som samtidige, men ulike sykdommer. Det omtales videre at effekten av denne allostatiske overbelastningen vil avhenge av når den inntreffer og hvor lenge den varer. Hjernen forblir mest sannsynlig mottakelig for relasjonelle effekter

gjennom hele livet. Forfatterne sier at for å bidra til å styrke eller gjenopprette helsetilstanden er det viktig for et menneske å oppleve anerkjennelse, støtte og tilhørighet.

Steihaug (Steihaug 2005) har en annen benevnelse på en lignende måte å tenke plager og sammenhenger på når hun skriver om et psykonevroimmunologisk perspektiv som en forståelsesmodell for kroniske muskelsmerter. Dette beskrives som en kombinasjon av fysioterapeutiske, fenomenologiske¹⁰ og biologiske prinsipper. Dersom et menneske står i en stresset situasjon, vil hun binde pust og spenne muskulatur som en reaksjon på stresset. Dette skjer ofte ubevisst, og det kan utvikles funksjonelle plager i kroppen dersom denne situasjonen vedvarer over tid.

I Norge henviser legen pasienten til fysikalsk behandling. Det kan ha betydning for hvilke forventninger pasienten, legen og fysioterapeuten har i møte mellom pasient og helsearbeider. Det betyr at allerede før pasienten kommer i kontakt med fysioterapeuten, har pasienten forventninger til hva møtet med fysioterapeuten kan bety og hvilken hjelp fysioterapeuten kan gi. Samtidig kan legen ha gjort seg opp en mening om hvordan fysioterapeutens behandling kan hjelpe pasienten. Alt dette kommer før pasientens møte med fysioterapeuten, og uavhengig av hva fysioterapeuten vurderer når pasienten undersøkes. Dette er viktig å ta med seg som fysioterapeut inn i møtet med pasienten.

6.0 METODE

Jeg har valgt en metode med fenomenologisk hermeneutisk tilnærming. Jeg er interessert i pasientenes erfaringer og opplevelser, og disse har jeg anledning til å studere ved å bruke denne tilnæringsformen. Jeg har tidligere argumentert for at det er viktig å studere disse erfaringene for på den måten å vite noe om hvordan pasientene opplever at helsearbeidere møter dem, og i hvilken grad de opplever å få hjelp.

Fenomenologi er læren om fenomenene, det vil si livserfaringer, tanker, følelser og handlinger. Oppmerksomheten rettes mot verden slik den erfares av subjektet. Det er fenomenene som studeres ut fra en forståelse om at de menneskelige subjektive erfaringene er gyldig kunnskap (Creswell 2007).

Hermeneutikk er læren om fortolkning av tekst. Det handler om spørsmål knyttet til forståelse og fortolkning, og ikke minst hva som er vilkårene for og hvordan en skal gå

¹⁰ Fenomenologi er studiet av fenomener; ”det som kommer til syne” (Merleau-Ponty 1994) oversatt av Bjørn Nake

fram for å oppnå forståelse og fortolkninger. Begrepet ”den hermeneutiske sirkel” eller ”spiral” er kjent, og det beskriver en erkjennelsesprosess der en pendler mellom deler og helhet i for eksempel en tekst eller en situasjon. Dette for å prøve å forstå begge deler i lys av hverandre. Hver gang en skifter fokus, vil dette endre ens oppfatning av virkeligheten, og forståelsen forandrer seg (Thornquist 2003). I studien har jeg tolket tekst for å kunne forstå mer om hvordan pasienter opplever møter med behandlere. Min forforståelse sammen med ny kunnskap og forståelse gjennom denne tolkningen kan sette min tidligere forforståelse på prøve. Jeg må endre min oppfatning og min forforståelse for at den nye kunnskapen skal innlemmes i min måte å forstå og tenke på. Slik vil jeg være i en læringsprosess som kan forklares som erkjennelsesprosessen som beskrives i ”den hermeneutiske sirkel”.

Fenomenet er møtet mellom en pasient og en lege eller fysioterapeut. Jeg er nysgjerrig på hva det er som gjør dette møtet godt og hvilke erfaringer det er viktig for oss som helsearbeidere å få pasientene til å beskrive for oss. Særlig tenker jeg da på møter mellom pasient og behandler der pasienten har sammensatte problemstillinger som ikke enkelt kan forklares og behandles.

6.1 FORFORSTÅELSE

Forforståelse er det vi har med oss av kunnskap og erfaring inn i forskningsprosjektet. Den farger vår måte å tenke og handle på, og det kan være med på å bestemme og forklare hvordan vi samler inn og leser eller tolker data i forbindelse med forskningsprosjektet (Malterud 2004). Jeg har i bakgrunnen redegjort for min utdanningsbakgrunn, som her vil være en del av min forforståelse. Forforståelsen utvikler og gir næring til en motivasjon for å være faglig nysgjerrig i forskning omkring et tema (Malterud 2004). I starten av og under hele forskningsprosessen er det viktig å være bevisst på sin egen forforståelse og den måten denne kan prege hele prosessen og forskningsfunnene. Dette for å se de forholdene som påvirker forskeren og hennes arbeidsmåte. På denne måten kan forskerens utgangspunkt for forskningen identifiseres (Malterud 2004).

6.2 UNDERSØKELSEN

For å få tak i den informasjonen jeg trengte for å utforske mine forskningsspørsmål, har jeg intervjuet pasienter med muskelskjelettplager.

6.2.1 Deltakerne og utvalgsprosedyre

Deltakerne i prosjektet ble rekruttert av allmennpraktiserende leger i to kommuner. De skulle finne kandidater til prosjektet i sine pasientgrupper. Kommunene disse legene jobber i, er i mitt nærrområde. Dette betyr at de personene som tidligere har vært mine pasienter eller som kjenner meg gjennom mitt arbeidssted, ekskluderes fra studien. Dette for å hindre intervjueffekten (Malterud 2004), at de som blir intervjuet, svarer på spørsmålene på den måten de tror jeg ønsker at de skal svare. Det er større sjanse for at dette skjer dersom en person kjenner meg og vet hva jeg står for faglig.

Inklusjonskriterier er pasienter som søker hjelp hos lege og som er i alderen 35-50 år av begge kjønn. De kommer med fysiske symptom av ubestemt slag (muskelsmerter, leddsmerter, senebetennelser) eller beskriver slitenhet eller tomhet (har ikke energi). I gjennomføringen av intervjuene kom det opp et behov for å skyve aldersgrensene noe, slik at kandidatene kan være litt eldre enn øvre grense på 50 år. Aldersspredningen er fra 30 til 60 år med en gjennomsnittsalder på 44 år. Eksklusjonskriterier er annen alvorlig lidelse og pasienter som kjenner meg fra før gjennom terapeutisk eller personlig kontakt.

Prosessen for å få tak i mange nok informanter ble lang og litt kronglete. Prosjektet ble presentert på møter med legene i begge kommunene. Alle fikk også skriftlig informasjon. I tillegg fikk de utdelt informasjonsskriv, samtykkeerklæring og svarkonvolutt som de skulle gi til aktuelle pasienter. Første informant ble rekruttert relativt raskt, men så stoppet det opp. Det ble derfor nødvendig med nye møter for å få fortgang i rekrutteringen. Etter ca to måneder hadde jeg fått åtte informanter. Alle forespurte svarte ja på henvendelsen. Intervjuene pågikk fra juni til november i 2011.

6.2.2 Dybdeintervju

Jeg har gjort dybdeintervju med individuelle informanter der informantene er pasienter som kommer til lege og andre behandlere for muskelskjelettplager. Mitt fokus har vært hva disse pasientene beskriver som sine opplevelser og erfaringer i møte med behandlerne når de tar kontakt med lege eller fysioterapeut. Kvale og Brinkmann bruker begrepet narrative intervjuer (Kvale og Brinkmann 2009) i og med at det er viktig å få informantene til å fortelle historier om sine erfaringer og opplevelser i møter med lege eller fysioterapeut. Deres stemme kan fortelle oss hvordan hver enkelt opplever et fenomen, og vi kan finne

felles trekk i personenes historier, som gjør at vi blant annet kan beskrive fellestrekk i disse fenomenene.

6.2.3 Intervjusituasjonen

Intervjusituasjonen må være preget av tillit og respekt for at informantene skal kunne stole på at intervjueren ikke misbruker den tilliten som er vist. Samtalen i intervjuet påvirker klimaet som avgjør hvor nær forskeren får lov til å komme innpå den andre og hva slags kunnskap som kan deles.”*Et intervju preget av forbehold og reserverasjoner gir data med mange innebygde begrensninger.*” (Malterud 2004; s. 200). Jeg tenkte nøye gjennom hvordan jeg skulle gjennomføre intervjuene. Jeg hadde laget meg en intervjuguide, vedlegg 1. Denne skulle være et utgangspunkt for hva jeg skulle spørre om og hva som skulle være fokus i samtalen mellom meg og informanten i intervjusituasjonen. Spørsmålene i intervjuguiden skulle hjelpe meg å holde fokus på det jeg ønsket at intervjuobjektene skulle snakke om. Det var viktig for meg å få hver av informantene til å fortelle historier om hva de hadde opplevd i møte med behandlere i helsevesenet.

Sju av åtte intervju ble foretatt i et rom på det fysikalske instituttet der jeg jobber. Dette ligger veldig sentralt plassert i kommunen vår, og det er lett å finne fram for alle. Noen av intervjuene ble holdt på dagtid, andre på ettermiddag. Både lokalisasjon og tidspunkt var etter informantenes ønske. Jeg tilbød alle at de skulle få dekt reiseutgifter, og det var bare en av de åtte som ba om det. Vi satt sammen i et av kontorene våre, avskjermet med låst dør og avstengt telefon. Mine kollegaer hadde fått beskjed om at vi ikke skulle forstyrres. Dette gjør jeg av og til i pasientbehandling ellers også, så informantene fikk være anonyme selv om vi møttes på mitt kontor. Vi hadde minst en time til rådighet hver gang. Jeg serverte te/kaffe og litt frukt. I et intervju reiste jeg ut til informantens arbeidssted hvor vi hadde et rom til disposisjon så lenge vi trengte det. Dette fungerte helt greit, men her serverte jeg ikke noe. Praten gikk ledig og uten forstyrrelser. Jeg mener at det var gode lokalitetsforhold begge stedene der intervjuene ble holdt. Det var nøytral grunn på den måten at vi ikke hadde hatt erfaringer sammen i disse lokalene, det være seg på instituttet eller i det andre lokalet. Jeg kan ikke se at lokalene vi var i kan ha hatt noen innvirkning på hvordan informantene har svart. Jeg hadde åtte intervjuer som var av lengde 28 minutter til 61 minutter, med en gjennomsnittlig tid på hvert intervju på 45 minutter. De to korteste intervjuene kom som de siste. Det kan være at disse informantene hadde mindre å fortelle, men det kan også være at jeg ble mer bevisst på hvordan jeg kunne holde fokus i samtalen.

6.2.4 Transkribering

Jeg transkriberte alle intervjuene selv. Jeg brukte lydfiler på datamaskinen min, og med ørepropper på øret satt jeg og skrev ned tekstene i Word-dokument. For at jeg skulle få med litt mer enn selve teksten i intervjuene, brukte jeg ”Transkripsjonskonvensjoner” bearbeidet etter teten Have (Kvale og Brinkmann 2009). Dette er en måte å fange opp nonverbal kommunikasjon og hvordan informantene snakker med pauser, betoning, stemmestyrke etc. Det beskrives med forskjellige tegn (parentes, kolon og semikolon, store og små bokstaver og så videre) hvordan jeg i nedskrivningen skal merke av i teksten når intervjukandidaten stopper opp i praten sin med pauser, hvordan kandidaten betoner det hun sier, stemmestyrke og så videre. Transkripsjonskonvensjonene er vedlagt, vedlegg 2. Jeg opplevde at det var lettere for meg å lete etter og finne tekstens mening når jeg hadde transkribert på denne måten. Til sammen ble dette 174 A4-sider med tekst. Jeg har organisert transkripsjonene slik at jeg har delt hver side i to; en for hva informanten har sagt og en for å kunne sette inn kommentarer selv. Hvert intervju ble transkribert, og senere hørt på minst to ganger før jeg regnet meg ferdig med å skrive ut teksten. Jeg opplevde at det var tidkrevende å transkribere selv, men jeg kan i etterkant se at jeg har hatt en grundig og god gjennomgang av forskningsmaterialet mitt på denne måten. Jeg har hørt på hvert intervju mange ganger i transkripsjonsprosessen. På den måten håper jeg at jeg har greid å finne den essensielle meningen i de historiene som informantene fortalte meg.

7.0 ANALYSE

Jeg har valgt å bruke en analysemetode utviklet av Lindseth og Norberg: ”En fenomenologisk hermeneutisk metode for forskning på livserfaring”. Metoden beskriver en måte å tolke intervjutekst på, og den er inspirert av Paul Ricoeur (Lindseth og Norberg 2004). Et mål med metoden er å belyse betydningen av menneskers levd erfaring. Den er utviklet for bruk i helseforskning. Ønsket er å få tak i intervjukandidatenes moralske og etiske tanker gjennom å la dem fortelle narrativer som tolkes. Lindseth og Norberg kaller metoden fenomenologisk fordi de ønsker å understreke at det er fenomenet beskrevet i teksten (narrativene) de er opptatt av å finne eller belyse. Hvert av de åtte intervjuene ble analysert hver for seg først, og så tok jeg for meg alle enkeltanalysene og så på disse på tvers.

Metoden har fire metodiske steg for å tolke en tekst:

1. Naiv lesning

Teksten leses flere ganger for å forstå meningen som helhet.

Jeg intervjuet og transkriberte teksten selv. Dette betyr at jeg arbeidet grundig gjennom teksten både lydmessig og skriftlig før jeg skulle begynne på selve analysen.

For å kunne løfte blikket litt og begynne å forstå meningen i teksten som helhet, måtte jeg la materialet ligge en stund og på den måten få litt avstand fra informantenes enkeltstemmer. Når jeg så skulle begynne på den naive lesningen, begynte jeg på det første intervjuet. Jeg hørte på intervjuet, og skrev ned så fritt jeg klarte hva det var jeg synes jeg hørte at informanten fortalte meg.

2. Strukturell analyse

Tematisk strukturell analyse er en måte å forsøke å identifisere og formulere undertema.

Hele teksten i hvert intervju blir lest og delt inn i meningsenheter. De blir sortert og videre kondensert for å komme fram til undertema for det enkelte intervju.

3. Omfattende forståelse

Neste steg i analysen er at vi formulerer en foreløpig tolkning basert på kondenseringen til tema. Dette skal gi oss det Lindseth og Norberg kaller en omfattende forståelse. Hvert tema i hvert intervju ble skrevet ut slik som jeg opplevde at informanten hadde fortalt det til meg. Et eksempel er hva informanten hadde erfart når hun opplevde et godt møte.

4. Formulering av resultatet på en fenomenologisk hermeneutisk måte

Her ble min tolkning av informantens stemme skrevet ut som deres erfaringer der tanker og følelser ble viktige å få fram.

Når dette var gjort, gikk jeg tilbake til første trinn; naive lesning, og sammenliknet hva jeg der hadde skrevet med hva som ble kondensert som informantens essensielle mening. Lindseth og Norberg sier at dette er validering av data. Dersom det var stor sprik mellom den naive lesningen og det som ble skrevet ut som undertema, skulle jeg gå tilbake til transkripsjonen og endre enten det jeg hadde skrevet i den naive lesningen (min oppfatning) eller kondenseringen (sammentrekning av det informant faktisk hadde sagt) jeg hadde gjort. I to av intervjuene måtte jeg endre litt på innholdet i teksten fordi det ikke var sammenfall mellom min oppfatning og informantens erfaringer. Slik ble dataene validert. Denne prosessen gjentok jeg for alle åtte intervjuene. Til slutt satt jeg da igjen med beskrivelser av forskjellige temaer, nå kalt undertemaer. For oversiktens skyld la jeg disse undertemaene inn i en tabell på samme måte som Lindseth og Norberg har beskrevet

i sin artikkel (Lindseth og Norberg 2004), vedlegg 3. Da kunne jeg begynne å se et slags mønster og dermed få fram temaene, eller det som Lindseth og Norberg kaller den essensielle meningen. I det å tolke fram en omfattende forståelse har lesing av litteratur vært viktig. I mitt materiale ble det klart at det handlet om to tema, og disse handlet om det gode og det dårlige møtet, og om hvordan vi tenker om sykdom og plager og årsaken til disse. Det ene temaet handler om opplevelser og erfaringer fra de gode møtene, og her aksepterer pasient og lege det som er der av sykdom og plager og tankene rundt årsakssammenhengen. Det andre temaet handler om de møtene som karakteriseres som dårlige, der pasient og lege er på leting etter noe de ikke finner.

8.0 ETISKE VURDERINGER

I forbindelse med masterstudiet har jeg gjort intervjuer av åtte pasienter som har muskelskjelettplager. Jeg har vært interessert i møtet mellom pasient og lege/fysioterapeut, og hvordan pasientene opplever å få dekket det behovet de har når de kommer til hjelperen. Jeg har også ønsket å finne ut noe om hvilke forventninger pasienten har og hvordan pasientene ser på seg selv og sin egen situasjon.

Prosjektet i forbindelse med masterstudiet er godkjent av Regional Etisk Komité januar 2011. Det ble utarbeidet et informasjonsskriv til deltakerne, vedlegg 4. Dette ble utarbeidet med utgangspunkt i forslag fra REK, og ble delt ut av legen når de snakket med pasientene. Identiteten til informantene er ivaretatt ved at jeg lagrer data om pasientene på en pc som er passordbeskyttet. Personlig informasjon holdes unna lydopptak og transkripsjon av intervjuene. Lydopptakene skal slettes når masteroppgaven er bedømt.

I slike undersøkelser bør risikoen for å komme til å skade den som blir intervjuet være minst mulig. Informantenes samlede potensielle fordeler bør veie tyngre enn risikoen for å skade noen. Det er forbundet med forskerens ansvar å reflektere over dette. Forskeren må være klar over at enhver datainnsamling representerer en potensiell intervensjon som kan åpne for en prosess og aktivere psykisk uro (Malterud 2004; s. 201). Hun sier også at forskeren skal huske på at dette er pasienter som har gitt av sin tid og som etterpå kan være like syke som før intervjuet.

Dybdeintervju bør være så dypt og utforskende som mulig, men dette gjør at det er en reell fare for å krenke den andre. Selve intervjusituasjonen kan oppleves så åpen og intim at

informantene kan komme til å gi mer informasjon og opplysninger enn de ville gjort i en annen situasjon. Dette krever forskerens respekt, slik at informasjonen som blir gitt, blir håndtert på en forsvarlig og ansvarsfull måte. Samtidig ber Kvale og Brinkmann oss om å ha en varhet for samtalen, slik at vi ivaretar informanten (Kvale og Brinkmann 2009). I den motsatte enden kan en stå i fare for å "være så lett på labben" at en ikke får tak i informasjon som er anvendbar. Dette vil også være en måte å vise liten respekt for informantene som har gitt av seg selv og sin tid for forskningens skyld.

I denne undersøkelsen mener jeg at vi ikke sto i fare for å skade noen. Jeg tror at informantene var like syke da de var ferdige med intervjuet som før vi startet, men det kunne være mulig å sette i gang en refleksjonsprosess med utgangspunkt i samtalen under intervjuet. Deltakerne fikk mulighet til å sette sin egen helsetilstand i fokus i prosjektet. Det ga dem mulighet til økt forståelse for egen situasjon og hvilke hjelpetiltak eller behandlingstilbud de kan velge videre. Det kan hende at deltakerne opplevde undersøkelsen på en annen måte enn det som er tiltenkt, f.eks. at de opplevde situasjonen og det som ble snakket om som ubehagelig eller utfordrende. En samtale om viktige spørsmål kan sette i gang overveielser og ettertanker som tidligere har vært undertrykt eller ubevisste for informanten. Lilleaas forteller om hvordan kvinner med kroniske muskelsmerter begynte å reflektere over sin egen situasjon da de ble intervjuet (Getz, Kirkengen, og Ulvestad 2011). Kandidatene er personer som kommer til lege med sitt problem, og de har derfor kontakt med en fagperson som har kompetanse på å ivareta pasienten. For å ivareta deltakerne i forskningsprosjektet, ba jeg de henvisende legene om å være tilgjengelige for deltakerne i prosjektfasen og etterpå. Det skulle være enkelt å vite hvem som kunne bistå informanten dersom hun trengte å bli tatt vare på eller beskyttes under og etter prosjektfasen.

9.0 METODEKRITIKK

Jeg vil si noe om hva som har vært fordelaktig og ikke fordelaktig i valg av metode og de valgene jeg har gjort underveis.

Metoden med en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming til forskningsspørsmålet mitt fungerte godt. Jeg har også opplevd denne metoden som spennende, og jeg har lært mye. Jeg tror jeg har lært mer og kunnet gå dypere inn i stoffet fordi jeg har brukt to år på denne prosessen.

Utvalget ble gjort av andre enn meg selv, og det borger for at det ikke er preget av at det skal være personer som har interesse av å komme med informasjon som ikke er troverdig. Jeg opplevde at alle informantene var ærlige og hadde tillit til situasjonen de var i, selv om det var noe forskjell mellom dem på hvor mye de ga av seg selv og hvor reflekterte de var i forhold til tema. De gjorde alle sitt beste, og alle bidro til at jeg fikk gode historier å forske på.

Det er bare kvinner i utvalget, og det gjør at validiteten gjøres gjeldende for kvinner. Jeg har ikke funnet noe eller sagt noe om hvordan menn opplever samme situasjon.

Det var ikke vanskelig å få informantene til å snakke om egne erfaringer og opplevelser. De delte villig med meg det de har erfart, og dette ga meg godt grunnlag for å gå videre i forskningsprosessen.

Jeg trivdes godt med intervju som arbeidsmåte i forskning. Dette likner mye på hvordan jeg ellers arbeider i forhold til pasientene mine, slik at situasjonen var kjent for meg. Jeg merket at jeg hadde vanskeligheter noen ganger i intervjusituasjonen med å forbli i forskerrollen, og ikke gå inn i hjelperrollen mens jeg intervjuet informantene. Når jeg hørte på intervjuene etterpå, kunne jeg høre at jeg har skiftet fokus og rolle noen ganger. I analysen har jeg prøvd etter beste evne å finne de stedene i intervjuene der jeg har vært for mye i hjelperrollen, og reflektert over det. Særlig har jeg tenkt over om det kan ha hatt noe å si for hva informantene har gitt av svar og erfaringer. Jeg kan ikke se at det har preget informasjonen jeg har fått på noen negativ måte, men det kan ligge en svakhet her.

I analysen, både i den naive lesningen, i den strukturelle analysen og i det å finne den omfattende forståelse, kan min forforståelse ha preget hva jeg har festet meg ved av utsagn og erfaringer. Jeg har hele tiden prøvd å være dette bevisst. Jeg mener jeg har gjort så godt jeg kunne i å bringe fram informantenes stemmer. Jeg kan ikke være sikkert på at jeg har fått med meg essensen av alt det informantene har villet fortelle meg. Denne faren vil alltid være tilstede når en forsker på denne måten. Det er viktig å bevisstgjøre det og ta det opp til vurdering i prosessen.

Utvalget mitt kom sent på plass, kanskje fordi jeg brukte kommuner der jeg kjenner legene og kjenner mange innbyggere. Jeg kunne valgt andre geografiske områder, jeg ser det nå i ettertid. Dette hadde kanskje gitt meg informantene tidligere. Jeg kan ikke si om det hadde

gitt meg annen informasjon når det gjelder svar på forskningsspørsmålene mine, og det får jeg vel aldri vite.

Validiteten (gyldigheten) i undersøkelsen og funnene har jeg allerede diskutert i forbindelse med analysen. Har jeg ved å gjøre min undersøkelse fått gyldige svar på forskningsspørsmålet mitt? Jeg mener jeg kan si at resultatene har gyldighet for de åtte informantene jeg har snakket med, og kanskje ut over disse også. De gode og de dårlige møtene har jeg hørt beskrivelser om i hele min tid som fysioterapeut. Dette fenomenet er grunnleggende i vår yrkesutøvelse som behandlere, vi møter pasienter hele tiden i vår praksis. Det synes som om måten vi samhandler med pasientene på i møtet og måten pasient og behandler tenker om sykdom og sammenhenger på, bestemmer hvordan pasienten opplever at hennes behov for hjelp blir møtt. Resultatene og diskusjonen blir presentert i artikkelen.

Hva kan kunnskapen jeg her har brakt fram brukes til? Jeg håper at funnene og diskusjonen kan være med å øke bevisstheten hos flere hjelpere i hvordan de samhandler med pasientene. Det er det første viktige steget mot å holde på det som er positivt og bra og prøve å endre på det vi opplever at vi ikke er god på. Vi må først vite hva vi har, før vi eventuelt velger å endre det som er.

Refleksiviteten håper jeg at jeg har tilkjennegitt underveis i beskrivelsen av forskningsprosessen. Jeg har fått beskrevet noen erfaringer som allerede var en del av forforståelsen min. Samtidig har jeg lett etter erfaringer og opplevelser som kunne være helt annerledes enn det jeg har trodd på forhånd. Jeg fant noen av disse, og særlig var de to temaene som vokste frem litt overraskende for meg. Jeg mener dette viser at jeg har forsøkt å være åpen for nye tanker og erfaringer i møtet med materialet mitt.

10.0 AVSLUTNINGSORD

Introduksjonen får ikke en slik konkluderende avslutning som vi vanligvis ser i en monografi. Denne kommer mot slutten av artikkelen som er del to av oppgaven. Retningslinjer for skriving av artikkel i "Fysioterapeuten" er vedlagt, vedlegg 5.

REFERANSER

- Bendapudi, Neeli M, Leonard L Berry, Keith A Frey, Janet T Parish, og William L Rayburn. 2006 Patients' Perspectives on Ideal Physician Behaviors. *Mayo Clinic Proceedings* 81 (3):338-344.
- Braute, Eldbjørg. 1993. Tanker og følelser i læring. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Bruusgaard, Dag, og Bård Natvig. 2009. Uklare tilstander – felles mekanismer? *Tidsskrift Den Norske Legeforening* 15 (129):1481-83.
- Buber, Martin. 2003. Jeg og du. Oslo: De norske Bokklubbene.
- Burton, Christopher. 2003. Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). *British Journal of General practice* march53 (488):231-239.
- Clark, Paul Alexander. 2003. Medical Practices' Sensitivity to Patients' Needs: Opportunities and Practices for Improvement. *Journal of Ambulatory Care Management* Volume 26(2) (April/June 2003):110-123.
- Creswell, John W. 2007. *Qualitative inquiry&research design. Choosing among five approaches.* California: Sage Publications, Inc.
- Dirkzwager, Anja J , og Peter F Verhaak. 2007. Patients with persistent medically unexplained symptoms in general practice: characteristics and quality of care. *BMC Family Practice* 8 (33).
- Getz, Linn , Anna Luise Kirkengen, og Elling Ulvestad. 2011. Menneskets biologi – mettet med erfaring. *Tidsskr Nor Legeforen* 7 (131):683-687.
- Grenstad, Nils Magnar. 1986 (1995). Å lære er å oppdage. Oslo: Didakta Norsk Forlag AS.
- Gyllensten, Amanda L, Gunvor Gard, Eva Salford, og Charlotte Ekdahl. 1999. Interaction between patient and physiotherapist: A qualitative study reflecting the physiotherapist' perspektive. *Physiotherapy Research International* 4 (2):89-110.
- Halvorsen, Gretha. 2009. *Mensenieckutdanning i Norge 1912-2008.* Oslo: Forlaget Vett & Viten.
- Høgskolen i Oslo, avdeling for fysioterapi. Bachelor i fysioterapi, studieretning Mensendieck 2011, lastet ned 14.3.2011 kl. 22.11. Available from <http://www.hio.no/Studietilbud/Bachelorstudier/Artikler-for-Bachelorstudier/Studieretning-Mensendieck>
- Ihlebak, Camilla , og Even Lærum. 2010. Rammer flest, koster mest og får minst. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening* 21 (130):2106.
- Kamaleri, Yusman, Bård Natvig, Camilla M Ihlebaek, og Dag Bruusgaard. 2008 Localized or widespread musculoskeletal pain: does it matter? *Pain* August 15 (138(1)):41-6.
- Kirkengen, Anna Luise, og Elling Ulvestad. 2007. Overlast og kompleks sykdom – et integrert perspektiv. *Tidsskrift Den Norske Legeforening* 24 (127):3228-31.
- Kumlin, IW, og Tomas Kroksmark. 1992. The first encounter. Physiotherapists' conceptions of establishing therapeutic relationships. *Scandinavian Journal of Caring Science* 6 (1):37-44.
- Kvale, Steinar, og Svend Brinkmann. 2009. *Det Kvalitative forskningsintervju.* 2. opplag 2010 ed. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS
- Lindseth, A , og A Norberg. 2004. A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Science* 18 (2):145-53.
- Lærum, Even Vil ha program for muskel og skjelett 2010. Available from <http://www.forskning.no/artikler/2010/november/269496>

- Malterud, Kirsti. 2004. Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring. Oslo: Universitetsforlaget.
- . 2010. Kroniske muskelsmerter kan forklares på mange måter. Tidsskrift for Den Norske Legeforening.
- Malterud, Kirsti, og Hanne Hollnagel. 2007. Avoiding humiliations in the clinical encounter. *Scand J Prim Health Care* 25 (2):69-74.
- Malterud, Kirsti, og Arnhild Taksdal. 2001. Et felles refleksjonsrom med pasientens symptomer som gyldige kunnskapskilder. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121:3605-9 30 (121):3605-9.
- Merleau-Ponty, Maurice. 1994. Kroppens fænomenologi. Frederiksberg: Det lille Forlag.
- Meta-senteret. Gestaltveiledning 2010. Available from <http://www.meta-senter.no/gestaltveiledning>.
- Ring, Andrej, Christopher F Dowrick, Gerry H Humphris, Julian Davies, og Penny Salmon. 2005. The somatising effect of clinical consultation: What patients and doctors say and do not say when patients present medically unexplained physical symptoms. *Social Science & Medicine* 61(2005) 1505-1515 61.
- Rousseau, Liv Grendstad 1994. Veiledning. Utredningsarbeid for å utvikle et veiledningssystem i fysioterapi i regi av NFF. .
- Råheim, Målfrid. 2002. Kroppsfenomenologi - innsikt relevant for klinisk praksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 25:2477-80.
- Skjervheim, Hans. 1976. Deltakar og tilskodar In Deltakar og tilskodar og andre esseys. Oslo: Tanum-Norli.
- Steihaug, Sissel. 2005. Can chronic muscular pain be understood? *Scand J Public Health* 33: 36.
- Stern, Daniel. 2000. Spædbarnets interpersonelle verden: et psykoanalytisk og Udviklingspsykologisk perspektiv. København: Hans Reitzels forlag.
- Stokkenes, Grete. 1999. Erkjennelse og anerkjennelse i psykomotorisk fysioterapi: Verbal og nonverbal kommunikasjon mellom pasient og fysioterapeut i to behandlingsforløp. *Nordisk Fysioterapi* 3 (4):168-73.
- Store Norske Leksikon. Legevitenskap 2009.
- Svare, Helge. 2008. Den gode samtale. Kunsten å skape dialog. Oslo: Pax Forlag.
- Thollin, Kristin Rydjord 2005. Samspillet mellom sykepleier og pasient. *Sykepleien* 93 (19):64-65.
- Thornquist, Eline. 1990. Hva skjer i det første møtet mellom pasient og fyioterapeut? *Tidsskr Nor Lægeforen* 110 (27):3494.
- . 2003. Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. Original edition, 2003.
- Tveiten, Sidsel. 2008. Veiledning: mer enn ord. Bergen: Fagbokforl.
- Verbeek, Jos, Marie-Jose Sengers, Linda Riemens, og Joke Haafkens. 2004. Patient expectations of treatment for back pain: a systematic review of qualitative and quantitative studies. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2004 Oct 15;29(20):2309-18.
- Wulfsberg, Camilla. 1982. Den norske Mensendieck-skoles historie: Universitetsforlaget.

APPENDIKS

VEDLEGG 1: Intervjuguide

INTERVJUGUIDE DYBDEINTERVJU

”Pasienter med muskelskjelettplager i møte med lege eller fysioterapeut”

Kan du beskrive generelt hvordan du erfarer møter med lege/ fysioterapeut?

Hvilke situasjoner har hatt positiv innflytelse på deg i møte med lege/fysioterapeut?

Ta for deg ett møte som du oppfattet som spesielt godt:

- Hvordan kan du karakterisere selve møtet?
- Hva skjedde?
- Hva gjorde du?
- Hvordan husker du det?
- Hvordan opplevde du det?
- Hvordan reagerte du følelsesmessig på det som skjedde?
- Hva syns du om det?
- Hva føler du i forhold til det nå?

Hvilke situasjoner har hatt negativ innflytelse på deg i slike møter?

Ta for deg ett møte som du oppfattet som problematisk:

- Hvordan kan du karakterisere selve møtet?
- Hva skjedde?
- Hva gjorde du?
- Hvordan husker du det?
- Hvordan opplevde du det?
- Hvordan reagerte du følelsesmessig på det som skjedde?
- Hva syns du om det?
- Hva føler du i forhold til det nå?

Hva innebærer et ideelt møte for deg?

Berit Vold Eidem, masterstudent ved Høgskolen i Molde, 2010-2012

VEDLEGG 2: Transkripsjonskonvensjoner

Transkripsjonskonvensjoner

- (En enkel venstreklamme angir det punkt der en overlapping begynner.
-) En enkel høyreklamme angir det punktet der en del av en ytring slutter og en annen begynner.
- = Likhetstegn ved slutten av en linje og ved begynnelsen av neste linje viser at det ikke er noe "hull" mellom de to linjene.
- (.) Et punktum i parentes angir et lite "hull" i eller mellom ytringer.
- :: Koloner angir forlengelse av lyden umiddelbart foran. Flere koloner angir en lengre lyd.
- Ord* Understreking angir en form for betoning, via tonehøyde og/eller omfang, en annen metode er å angi den betonedede delen med *kursiv*.
- ORD Store bokstaver angir lyder som er spesielt sterke i forhold til talen rundt.
- () Tomme parenteser angir at utskriveren ikke hører hva som blir sagt.
- (()) Doble parenteser angir utskriverens beskrivelser snarere enn transkripsjoner.

Bearbeidet etter tet en Have, 1999, Appendiks
I Kvale og Brinkmann, 2010, s. 190-191

VEDLEGG 3: Oversikt kondensering fra undertema til tema

KONDENSERING FRA UNDERTEMA TIL TEMA

Hvilke erfaringer har personer med muskel-skjelettplager i forhold til å bli møtt på egne behov i møte med leger/fysioterapeuter?

MØTET MELLOM PASIENT OG BEHANDLER

slik pasienter med muskelskjelettplager opplever det

PÅ LETING ETTER NOE SOM IKKE ER DER

DEN BIOMEDINSKE TENKEMÅTEN

undertema	tema
fokus på årsak og sykdom	skolemedisinen som gjelder – kjenner noe som ikke er der
kjenner noe som ikke er der	
behandlingene hjelper ikke	
skolemedisinen som gjelder	
sårrende å bli avvist	sårrende å bli avvist – føler seg dum og liten
vondt å bli møtt med arroganse	
forverring ved avvisning	
ikke bli sett	
føler seg dum og liten	
hjelpeløshet hos hjelper	hjelpeløshet hos hjelper

VILJE TIL Å AKSEPTERE DET SOM ER DER

EN UTVIDET FORSTÅELSESMODELL FOR SYKDOM OG PLAGER

undertema	tema
viser vilje til å hjelpe	viser vilje til å hjelpe – samarbeid om å finne løsninger
trygt og godt og støttende	
samarbeid om å finne løsninger	
felles forståelse hos pasient og hjelper	felles forståelse hos pasient og hjelper
ærlig forståelse fra hjelper	
forståelse og trygghet	
helhetsforståelse fra hjelper	
helt annen forståelse nå når hun har lært mer om seg selv og livet sitt	
kroppslig forsvar – lære å forstå	

Tema: På leting etter noe som ikke er der.

Den biomedisinske måte å tenke sykdom og årsak på.

undertema	skolemedisinen som gjelder – kjenner noe som ikke er der	sårnde å bli avvist – føler seg dum og liten	hjelpeløshet hos hjelper
det dårlige møtet	fokus på årsak og sykdom; kjenner noe som ikke er der; behandlingene hjelper ikke; skolemedisinen som gjelder	sårnde å bli avvist; vondt å bli møtt med arroganse; forverring ved avvissning; ikke bli sett; føler seg dum og liten	hjelpeløshet hos hjelper
tanker om egen situasjon	kjenner noe som ikke er der; må gjøre noe med egen situasjon, men kommer ikke i gang		
hva snakker de ikke om	hva de er redd for at det er; hvorfor det er så vanskelig å tenke på en annen måte	hvorfor det er så sårnde å være uenige?	

Tema: Vilje til å akseptere det som er der.

En utvidet forståelsesmodell for sykdom og plager.

undertema	viser vilje til å hjelpe – samarbeid om å finne løsninger	felles forståelse hos pasient og hjelper	
hva det burde være			
det gode møtet	viser vilje til å hjelpe; trygt og godt og støttende; samarbeid om å finne løsninger	felles forståelse hos pasient og hjelper; ærlig forståelse fra hjelper; forståelse og trygghet; helhetsforståelse fra hjelper; helt annen forståelse nå når hun har lært mer om seg selv og livet sitt; kroppslig forsvar – lære å forstå	
tanker om egen situasjon		helt annen forståelse nå når hun har lært mer om seg selv og livet sitt; kroppslig forsvar – lære å forstå	

VEDLEGG 4: Informasjonsskriv til deltakerne med samtykkeerklæring

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Pasienten i møte med lege eller fysioterapeut”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie. Vi ønsker å lære mer om hvilke behov pasienter som er slitne og har plager i muskulatur og ledd har, og vi vil spørre deg om hvilke erfaringer du har fra møte med lege og fysioterapeut. De som spørres er pasienter som kommer til lege fordi de har hatt smerter i ledd og muskler eller fordi de er slitne. Undersøkelsen skal gjøres i forbindelse med en masteroppgave i helsefag ved Høgskolen i Molde.

Studien er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge.

Hva innebærer studien?

Studien går ut på at vi skal intervju personer for å lære mer om hvilke erfaringer de har fra møte med lege eller fysioterapeut. Intervjuene blir tatt opp på lydbånd. Vi er interessert i å finne ut mer om hvilke behov personer som sliter med muskelskjelettplager har.

På bakgrunn av kvalitativ analyse av intervjuene kan vi eventuelt foreslå andre måter å møte pasienter med muskelskjelettplager og kroniske muskelsmerter på.

Mulige fordeler og ulemper

Det er en fordel å ha mulighet til å sette sin egen helsetilstand i fokus på denne måten. Det gir deltakeren mulighet til økt forståelse for egen situasjon.

Skulle deltakelse i prosjektet medføre ubehag for deg, kan du ta kontakt med legen som har invitert deg inn i prosjektet.

Prosjektet vil kunne bidra med økt innsikt i hvilke erfaringer, opplevelser og forventninger pasienter med muskelskjelettplager har i møte med helsevesenet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene og prøvene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Det vil så langt som mulig søkes å publisere resultatene slik at ikke identiteten til inkluderte kommer frem.

Av kontrollhensyn blir grunnlagsdata oppbevart forsvarlig fram til utgangen av juni 2017.

Deretter vil data bli slettet. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Det er prosjektleder Eva Gjengedal, Høgskolen i Molde som er ansvarlig for datamaterialet i denne perioden.

Instanser som kan tenkes å kontrollere grunnlagsmaterialet er for eksempel forskningsansvarlige, Uredelighetsutvalget for forskning og Helsetilsynet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling.

Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Berit Vold Eidem, 6440 Elnesvågen. tlf. 71265120 eller e-post: beridem@online.no eller prosjektleder Eva Gjengedal, høgskolen i Molde, tlf. 71214015/ e-post: eva.gjengedal@HiMolde.no.

Kapittel A- utdypende forklaring av hva studien innebærer

Kriterier for deltakelse

- Pasienter som søker lege pga. fysiske plager som muskelskjelettplager, kroniske muskelsmerter, leddsmerter, gjentatte senebetennelser
- Pasienter som søker lege og beskriver slitenhet eller tomhet (har ikke energi)
- Begge kjønn
- Alder 35 – 50 år

Eksklusjonskriterer

- Annen alvorlig lidelse

Bakgrunnsinformasjon om studien

Informantene skal intervjues i forbindelse med prosjektet. Dette er den eneste intervensjonen som studien medfører. Dette betyr at dersom legen har forslag til behandling, så vil denne behandlingen kunne gis fortløpende, etter at informanten har blitt intervjuet.

Dersom pasienten skal ha fysikalsk behandling, og ønsker å gå i behandling hos prosjektmedarbeider Berit Vold Eidem, må dette skje etter at intervjuene er foretatt. Dette er pga. etiske hensyn i forhold til pasienten, og i forhold til den rollen prosjektarbeider har i et forskningsprosjekt i forhold til det å være behandler i helsevesenet.

Tidsskjema – hva skjer og når skjer det?

I løpet av 2011 skal alle som blir deltakere i prosjektet plukkes ut, og intervjues fortløpende.

Videre skal informasjonen samles, skrives ut og analyseres.

Oppgaven skal skrives, leveres, forsvares og bedømmes våren 2012

Pasientens/studiedeltakerens ansvar

- Pasienten/studiedeltakeren vil bli orientert så raskt som mulig dersom ny informasjon blir tilgjengelig som kan påvirke pasientens/forsøkspersonens/deltakerens villighet til å delta i studien
- Pasienten/studiedeltakeren skal opplyses om mulige beslutninger/situasjoner som gjør at deres deltakelse i studien kan bli avsluttet tidligere enn planlagt

Dekning av utgifter for deltakere

Dersom du har utgifter i forbindelse med reise til og fra intervjuet, vil vi kunne dekke disse kostnadene.

Kapittel B - Personvern

Personvern

Opplysninger som registreres om deg er helseopplysningene du gir i intervjuene du skal delta i. Dette kan være diagnose, annen medisinsk informasjon i forbindelse med diagnosen, beskrivelse av funksjonsnivå og annen relevant informasjon.

Høgskolen i Molde ved rektor er databehandlingsansvarlig.

Informasjon om utfallet av studien

Deltakerne i studien har rett til å få informasjon om utfallet/resultatet av studien. Du vil ved avslutning av prosjektet få tilsendt en oppsummering av resultatene, slik at du kan se hva du har bidratt med ved din deltakelse i dette prosjektet.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, prosjektmedarbeider, dato)

DEL 2: ARTIKKEL

Artikkelen er skrevet etter retningslinjer fra tidsskriftet "Fysioterapeuten", som er et tidsskrift for fysioterapeuter i Norge. Retningslinjene ligger ved (vedlegg 1).

Sammendrag

Hensikt: Å se på møtet mellom pasient og behandler og om pasientene får dekket sitt behov for hjelp i dette møtet.

Design: En kvalitativ studie med en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming med pasientperspektiv. Teoretiske perspektiv er dialogperspektivet og sykdomsperspektivet.

Materiale: Åtte dybdeintervju med kvinner som søkte hjelp hos lege for muskelskjelettplager, alder 30 – 60 år, gjennomsnittsalder 44 år.

Metode: Dybdeintervju. Analysemetode utviklet av Lindseth og Norberg: ”En fenomenologisk hermeneutisk metode for forskning på livserfaring”

Resultat: To tema presenteres. Det ene handler om de gode møtene og viljen til å akseptere det som er der av symptom og årsakssammenheng. Det andre temaet handler om de dårlige møtene og det å lete etter noe som ikke er der, fordi man oftest ikke ”finner noe” som kan forklare muskelskjelettplager.

Konklusjon: Gode møter skaper tillit og fortrolighet, utgangspunktet for den gode samtale. Dårlige møter gjør at pasientene føler seg krenket og avvist. Hvordan behandler og pasient tenker om sykdom og årsakssammenhenger er viktig for å forstå. Hva som skal til for å endre måte å tenke på, er ikke alltid lett å forstå.

Nøkkelord: kvalitativ studie, møte, muskelskjelettplager, dialogperspektiv, sykdomsperspektiv

Encounters between patients and therapists

- patient experiences from persons with musculoskeletal symptoms

Abstract

Purpose: To study the encounter between patient and therapist and whether patients can get the help they need in this encounter.

Design: A qualitative study using a phenomenological hermeneutical approach with the patient's perspective. Theoretical perspective is the perspective of dialogue and the disease perspective.

Material: Eight depth interviews with women who sought help from a doctor for musculoskeletal symptoms, age 30-60 years, mean age 44 years.

Method: Depth Interview. The analysis method developed by Lindseth and Norberg, "A phenomenological hermeneutical method for research on life experience"

Results: Two topics are presented. Good encounters and willingness to accept what is present of symptoms and causality. Bad encounters and looking for something that is not present. They usually cannot "find anything" to explain musculoskeletal symptoms.

Conclusion: Good encounters containing trust and confidence. In bad encounters patients feel humiliated and rejected. Your way of thinking about disease and causality is important to understand. What it takes to change your way of thinking is not always easy to understand.

Keywords: qualitative study, encounter, musculoskeletal symptoms, the perspective of dialogue, the disease perspective

MØTET MELLOM PASIENT OG BEHANDLER

slik pasienter med muskelskjelettplager opplever det

INNLEDNING

Fysioterapeuter og leger møter mennesker med muskelskjelettplager hver dag. Denne studien fokuserer på hva som skjer i møtet mellom pasienter med muskelskjelettplager og behandler utfra et pasientperspektiv. Funnene kan gi muligheter til økt bevissthet hos behandlere om hva som skjer i møtene.

BAKGRUNN

Muskelskjelettplager er en hyppig årsak til sykemelding i Norge. Plagene koster pasientene mye smerte og nedsatt livskvalitet. I følge Lærum (1) er samfunnets utgifter i forbindelse med muskelskjelettplager årlig omtrent 50 milliarder kroner.

Årsakene til muskelskjelettplager er mange og sammensatte. Flere studier setter fokus på nødvendigheten av å hjelpe pasientene på en bedre måte ved å se hvilken helhetlig situasjon pasienten lever i. Åpenhet for pasientens egne erfaringer og opplevelser er nødvendig. Noen typer helseplager tvinger oss til å lete etter alternative måter å forstå plagene på enn den tradisjonelle sykdomsmodellen (2-8).

Pasienters forventninger er i følge studier en klar diagnose, undersøkelser for å finne årsaken, informasjon og instruksjon i hva de kan gjøre, samt smertereduksjon. De ønsker en tillitsbasert relasjon som inkluderer forståelse, lytting, respekt og deltakelse i beslutningene (9-12). Pasienter føler seg ydmyket, kjenner seg avvist og ikke tatt på alvor. Legene har for liten tid (8). Legene beskriver disse pasientene som vanskelige, frustrerende og krevende (9,19). Pasienten presenterer sitt problem i møte med fysioterapeuten, men dette blir ikke fulgt opp (13).

Fysioterapeuters erfaringer presenteres i to studier. Evne til å vise empati, respekt, varme, aktiv lytting, varhet og intuisjon i møtet med pasienten er viktig. Samtalen må avdekke pasientens oppfatning av egen situasjon (14, 15).

Hensikten med denne studien er å se nærmere på hvordan pasienter med muskelskjelettplager opplever å bli møtt av behandlere. Jeg valgte en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming for å få tak i hvilke erfaringer og opplevelser pasientene har. Problemstillingen: Hvilke erfaringer har personer med muskelskjelettplager i forhold til å bli møtt på egne behov i møte med lege/fysioterapeut? Hvilke forventninger har pasientene og hvordan ser de på seg selv og sin egen situasjon?

TEORETISK PERSPEKTIV

Som teoretiske perspektiv i studien har jeg valgt dialogperspektivet og sykdomsperspektivet.

Dialogperspektivet

I dialogperspektivet er den gode samtalen og veiledningspedagogikk viktig. Dialog er ”*en samtale mellom to eller flere personer preget av gjensidig velvilje, åpenhet og samarbeid*” sier Svare (16). Skjervheim reflekterer rundt dialogen og det spesielle forholdet som oppstår mellom *et jeg* og *et du* (17). Dialogen kan være en treleddet eller toleddet relasjon. En treleddet relasjon mellom *den andre*, *meg* og *saken* vi deler. En toleddet relasjon hvor *jeg* ikke lar meg engasjere i det *den andre* sier, men ser på det som et faktum. *Jeg* i forhold til min sak er et ledd, og *den andre* i forhold til sin sak er det andre leddet. De to lever i hver sin verden. Skjervheim mener det har konsekvenser for dialogen hvilken innstilling man velger. I den første beskrivelsen oppstår det et fellesskap mellom *deg* og *den andre* når dere utforsker en felles sak. I den andre oppstår det avstand mellom *deg* og *den andre*. Du objektiverer din samtalepartner.

Veiledning er en pedagogisk og relasjonell prosess der den lærende er i fokus, med oppdagelse, læring, vekst og utvikling som mål. Veiledningsformen er dialog (18). Veiledningspedagogikken fokuserer på økt oppmerksomhet og bevissthet omkring egne ferdigheter og reaksjoner. Holdninger, verdier og innsikt vises gjennom adferd.

Sykdomsperspektivet

Her presenteres to ulike måter å tenke sykdom på: den biomedisinske tradisjonen og en mer helhetlig modell.

Den biomedisinske måten å forstå og begrunne sykdom og plager på er vanlig i den vestlige verden. Sykdom og smertetilstander er uttrykk for funksjonelle feil i den biologiske organismen (19). Medisinsk kunnskap er objektiv og separert fra menneskets subjektive erfaringer (4). Dette er i mange tilfeller effektivt.

Når det gjelder plager fra muskulatur, bindevev og ledd, finnes ofte ”ikke noe” som kan være årsak til plagene. Andre forklaringsmodeller kan være viktige. En modell bygger på forklaring om allostatisk overbelastning, beskrevet som langvarig overbeskatning av menneskets fysiologiske tilpasningsevne (20). Menneskeorganismen innlemmer livshistorisk informasjon; opplevd mening og relasjoner. Ulike eksistensielle påkjenninger kan øke sårbarhet for sykdom gjennom forstyrrelser i menneskets fysiologiske tilpasningssystemer og strukturell påvirkning av hjernen. Fysiske påkjenninger og psykiske belastninger kan føre til kroniske forstyrrelser som trolig bidrar til utvikling av våre store folkesykdommer slik som for eksempel smertesyndromer og kronisk utmattelse. Menneskenes erfaringer og opplevelser kan ha betydning for dets helsetilstand. Effekten av allostatisk overbelastning avhenger av når den inntreffer og hvor lenge den varer. Hjernen forblir trolig mottakelig for relasjonelle effekter gjennom hele livet. For å bidra til å styrke eller gjenopprette helsetilstanden er det viktig for mennesket å oppleve anerkjennelse, støtte og tilhørighet.

METODE

Fenomenet er pasienterfaringer i møtet med behandler. Intervju er en god måte å få tak i slike erfaringer på (21). Jeg har intervjuet pasienter med muskelskjelettplager om erfaringer de har i møte med lege eller fysioterapeut; deres tanker, følelser og reaksjoner.

Forforståelse

Forforståelsen farger min måte å tenke og handle på, også som forsker (21). Jeg er utdannet fysioterapeut fra Bachelorstudium i fysioterapi, mensendieck med videreutdanning som veileder. Arbeidserfaringen min er fra bedriftshelsetjeneste, sykehus og praksis på fysikalsk institutt. Dette preger meg som forsker sammen med egne livserfaringer.

Utvalget

Pasientutvalget ble gjort av allmennleger i to kommuner. Inklusjonskriterier er pasienter som søker hjelp hos lege og som er i alderen 35-50 år av begge kjønn. De har fysiske symptom av ubestemt slag (muskelsmerter, leddsmerter, senebetennelser) eller beskriver slitenhet eller tomhet. Aldersgrensene ble flyttet noe underveis, aldersspredningen er 30 - 60 år med gjennomsnittsalder på 44 år. Eksklusjonskriterier er annen alvorlig lidelse og pasienter som kjenner meg fra før. Utvalget er på åtte informanter.

Intervju

Jeg har gjort dybdeintervju (21). Kandidatene har fortalt historier med beskrivelser av erfaringer og opplevelser i møtet med leger og fysioterapeuter (21, 22). Jeg utarbeidet en intervjuguide (vedlegg 2). Intervjuene pågikk juni til november i 2011. Transkribering skjedde fortløpende. Det var et omfattende arbeid, men fordelen var at jeg lærte materialet å kjenne.

ANALYSE

Jeg valgte en analysemetode utviklet av Lindseth og Norberg; ”En fenomenologisk hermeneutisk metode for forskning på livserfaring”, inspirert av Paul Ricoeur (23). Den har fire metodiske steg: 1. Naiv lesning, 2. Strukturell analyse, 3. Omfattende forståelse og 4. Formulering av resultatet på en fenomenologisk hermeneutisk måte. Hvert av intervjuene ble analysert og validert før jeg kondenserte undertemaene på tvers. Slik fant jeg den essensielle meningen i materialet. To tema vokste fram. Et handlet om de gode møtene; det å akseptere det som er der. Det andre handler om de dårlige møtene; det å lete etter noe som ikke er der.

METODEKRITIKK

Utvalget av informanter ble gjort av andre ut fra utvalgskriteriene. Det borger for et tilfeldig utvalg. Informantene var ærlige og de fortalte gode historier.

Utvalget kom noe sent på plass. Det hadde kanskje vært enklere å rekruttere informanter fra et annet geografisk område.

Arbeidsmåten ligner mye på den jeg bruker i samtale med mine pasienter i daglig virke. Kanskje nettopp derfor kjente jeg at det av og til var vanskelig å forbli i forskerrollen, og

ikke gå inn i hjelperrollen under intervjuet. Dette jobbet jeg med, og jeg håper og tror at det ikke har påvirket materialet i noen negativ retning. I analysen kan min forforståelse ha preget måten jeg har lest og tolket materialet. Jeg håper at informantenes stemme var sterkere.

Refleksiviteten har jeg tilkjennegitt underveis. Jeg har sagt noe om min forforståelse og måte å tenke på. I materialet har jeg lett etter erfaringer og opplevelser som kunne være annerledes enn det jeg trodde på forhånd. Mest overraskende var de to hovedtemaene som vokste fram.

ETIKK

Studien ble godkjent av Regional Etisk Komité i januar 2011. Det ble utarbeidet informasjonsskriv til deltakerne som legene delte ut til aktuelle kandidater. Intervjuguide ble laget og fulgt så langt som mulig. Prosessen ble nøye beskrevet, kommentert og reflektert over.

Mulige negative konsekvenser for informantene ble reflektert over. Jeg hadde avtale med legene om bistand til informantene dersom de trengte noen å snakke med etter intervjuet.

RESULTAT

Pasienter med muskelskjelettplager forteller om mange erfaringer i møte med behandlere, alt fra å være godt fornøyd og trygg etter et møte, til å føle seg krenket, såret eller avvist. De kan kjenne at de er på bølgelengde med behandler, men også at de lever i hver sin forståelsesverden når de møtes. Jeg presenterer de to hovedtemaene med undertema.

På leting etter noe som ikke er der

Dette er beskrivelser av dårlige møter. Pasienten har vært såret, følt seg dum og liten. Hun har blitt møtt med avvisning, arroganse eller overbærenhet. Dette er erfaringer fra pasienter som har plager som ikke kan forklares innenfor rammen av en biomedisinsk tankegang.

Skolemedisinen som gjelder – kjenner noe som ikke er der

Hjelperne og pasientene leter etter årsak og sammenhenger som kan behandles. Pasienten blir undersøkt og utredet, fordi de ikke faller til ro når de ikke vet. Ofte finnes ikke feil eller mangler ved utredningene, bare normale avvik.

”Anna” beskriver erfaringer fra møter med leger og fysioterapeuter. De jakter på årsaker som kan behandles. ”Når du har en slik muskelsykdom, så leiter du hele tiden etter noe i... kroppen din som de ikke finner. Du setter dem i en vanskelig situasjon samtidig som jeg har lyst til å finne ut hva som feiler meg.”

Pasienten føler seg syk og greier ikke de daglige gjøremålene. Både leger og fysioterapeuter viser forståelse. Det er vanskelig når hun ikke får noen forklaring på hvorfor hun har smerter. Hun har ”ikke noe”, hun har bare vondt. ”Cecilie” forteller: ”Men det er ofte jeg har kommet med disse hendene og senebetennelse (...) det blir liksom slik at du føler at du må forsvare deg (...) du får aldri noe resultat på hva det er. Hadde du kunne sagt at du har det eller det, så hadde folk skjønt det. Du har ikke noe, du har bare vondt.”

”Hilde” sier hun vegrer seg for å gå til behandler med kroppssmertene sine. Hun vet at han ikke kan hjelpe henne. Det er skolemedisin som gjelder. En lite hyggelig episode: ”Legene tenker at det må være medisinsk, altså at alternativ medisin er ikke noe medisin. (...) Soneterapeuten antydte at symptomene mine minnet om fibromyalgi. Det nevnte jeg til legen min, og da fikk jeg strengt blikk: «Du må ikke høre på henne, og sånne som ikke er utdannet». Hun hadde ikke lov å stille diagnose.”

Sårende å bli avvist – føler seg dum og liten

Informantene forteller at de føler seg avvist, ikke sett eller hørt. De har blitt møtt med arroganse og overbærenhet. De har reagert med å føle seg såret eller krenket, ikke bli trodd eller tatt på alvor.

”Beate” har blitt avvist ved flere anledninger. Kroppsspråket til hjelperen signaliserer avvisning ved at hjelper ikke hilser når ”Beate” kommer inn, hjelper vender seg bort eller hun opplever at hun snakker til et menneske som sitter med ”nedrullede gardiner”. Dette sårer. ”Jeg var i Syden da jeg falt og skadet meg. Han spurte om jeg ble bedre når jeg tok meg et glass vin? Jeg satt der med sterke smerter, da hadde jeg lyst mer å ta flathanda.

Tårene sto i øynene på meg. Men jeg talte til ti, klarte å smile. Han slengte føttene opp på kontorpulten, satt der og slo med blyanten, og så sa han: "Det er ikke det at jeg tror det feiler deg noe, men når du er kommet så langt, så skal du få en MR." Etterpå sa jeg at jeg må ha ro, jeg må sette meg ned, jeg føler at jeg har vært vasket i ei vaskemaskin. Inni hodet mitt, alt går irundt. Jeg føler meg helt som et null... det var helt forferdelig. Jeg gikk med så veldig mye smerte og ... skal bli møtt med noe slik som det."

"Dorte" har hatt kroppssmerter i mange år, er uten diagnose, og ingen finner ut hva som feiler henne. Det blir for overfladisk kontakt i de tilfeldige møtene. "Dorte" blir ikke trodd og tatt på alvor. Hjelperne forstår ikke smertene hennes. Hun blir nedtrykt av et dårlig møte. Føler seg som en hypokonder. Hjelpers avvisning bidrar til å forsterke smertefølelsen. *"Ja, du får den formelle undersøkelsen, og så er du på en måte avvist. Du hadde ikke de symptomene som du burde hatt, ergo, du har ikke et problem. Og du går derifra og har det verre enn da du kom, fordi du har ikke bare et fysisk problem, du har et psykisk problem i tillegg."*

Hjelpeløshet hos hjelper

"Hilde" har god kontakt med behandler, som har prøvd å hjelpe henne med ved å utrede. Det finnes ikke konkrete årsaker til plagene. De tror det er livssituasjonen hennes som gjør at hun har plager. *"Behandleren sa: Jeg vet ikke hva mer jeg skal gjøre med deg.(...) Da er det ikke vits å oppsøke lege. Det er ikke noe mer de kan gjøre."*

"Else" har hatt kroppssmerter i mange år uten diagnose. Det kan være godt at behandler også blir berørt av pasientenes historier. *"En behandler har sagt til meg at han forstår ikke hva som er galt. Han óg ble fortvilt, fordi han ikke kunne hjelpe meg. Det er noe av det fineste jeg har hørt komme fra en behandler. At han óg ble oppgitt. For han ville gjerne hjelpe meg, men kunne ikke."*

Vilje til å akseptere det som er der

Det andre temaet omtaler erfaringene fra gode møter med hjelpere. Pasienten blir respektert, sett og hørt. Erfaringene er fra pasienter som sammen med behandlerne har prøvd å forstå plagene i en mer utvidet forståelse av hva sykdom og plager er, og hva som er årsaken til disse.

Viser vilje til å hjelpe – samarbeid om å finne løsninger

Når behandler viser vilje til å hjelpe og innbyr til samarbeid, oppleves møtet som godt. Gode møter skaper felles forståelse hos hjelper og pasient.

”Dorte” forteller at hjelperen snakket med henne og fikk en forståelse av hva plagene dreier seg om og hvordan det påvirker livet hennes. Hjelper brydde seg om henne. Hjelpers reaksjon med glede og positivitet var avgjørende for at møtet oppleves som konstruktivt. De la en plan for hvordan hun skal forholde seg videre, og det var viktig for ”Dorte”. ”*Jeg har aldri fått en så utrolig positiv gledesreaksjon. At noen har blitt så glad for noe jeg har gjort for meg selv. Hun var veldig støttende til dette her. (...) Det gjorde noe med psyken, altså.*”

”Grethe” beskriver et godt møte da hun trengte det som mest: ”*Det første møtet med behandleren, det synes jeg var kjempebra. Hun tok seg tida, og hun satte seg ned. Hun .. undersøkte og .. forklarte. Det var et godt møte, for da følte du at du ble hørt. (...) Det du kom med ble tatt til vurdering. Og blir fulgt opp.*”

Felles forståelse hos pasient og hjelper

”Frida” forteller om et møte som bidro til at livet endret retning. Det ble en positiv prosess med forståelse av egen livssituasjon, læring om sammenhenger i livet og om hvordan hun skal leve videre. Hun satte ord på hva hun slet med, hva som kunne være årsakene til plagene og hvordan hun skulle få hjelp videre. ”*Først hadde hjelper en samtale med meg. Jeg følte meg ivaretatt. Jeg ble så glad. Og bare å få vite at det heter noe, det som jeg visste at jeg slet med. Jeg begynte å skjønne at det kanskje hadde noe med sammenhengen i forhold til jobbsituasjon og mengde med hva jeg la på meg selv. Og alt det med hus og hjem, med små unger, en mann som var mye på jobb. Ja, sammenhengene. Det startet med at hun forsto, hun skjønte, hun så.*”

DISKUSJON

Gode møter preges av respekt, forståelse eller et spesielt fellesskap som ligner på det Skjervheim beskriver i en treleddet relasjon mellom *meg*, *den andre* og *saken* som vi deler (17). Både ”Dorte” og ”Grethe” beskriver slike situasjoner. Dette skaper tillit, som er avgjørende for at dialogen kan oppleves som den gode samtalen. Dette støttes i tidligere forskning (9-12).

De dårlige møtene preges av at hjelper viser holdninger og kroppsspråk som gir pasienten en opplevelse av avvising eller avstand. Dette er også beskrevet i tidligere studier (6, 7). Skjervheim betegner dette som en situasjon der pasienten blir objektivert, er tilskuer (17). Pasienten blir ikke tatt på alvor. Forutsetningen for å utrette noe er ikke tilstede. Møtet blir ikke godt før hjelper blir seg denne situasjonen bevisst, og endrer måten å gå inn i samtalen på.

Pasientene opplever at de er uenige med behandler i hans vurdering. Hvorfor oppleves uenighet som sårende og hva skal til for at man kan tåle å være uenige? Svare (16) sier det er menneskelig at selvet bryter sammen når dialogen bryter sammen. Da ”trues vår sunnhet, vårt velvære, vår utvikling og vår eksistens” (16, s. 57). Noe av det samme kan skje i møte mellom pasient og behandler. Pasienten kan oppleve at dialogen ikke fungerer. Hun opplever ydmykelse, arroganse eller avvising. Den måten å møte andre på er ikke-dialogisk (16). Den rammer det innerste i mennesket. Skjer dette gjentatte ganger over tid, er det fare for at det gir skader som manglende selvtillit, depresjon og sviktende livsvilje. Fra funnene kan vi kjenne igjen ydmykelse, avvising og arroganse som beskrivelse av dårlige møter. Hjelper viste dette med holdninger og kroppsspråk. I andre møter snakket ikke behandler og pasient godt sammen fordi de hadde ulik forståelse av årsakssammenhengen for plagene pasienten kom med. Tidligere forskning støtter beskrivelsene fra pasientene om at de såres av avvissende holdninger hos behandlere (6, 7, 13, 14, 24).

Hvilket fokus har pasienter og behandlere på hva som er symptom og plager og årsakene til disse? Sykehistoriene blir ofte plukket fra hverandre og satt sammen igjen slik at de passer inn i en biomedisinsk tenkning om årsak og virkning. Viktig informasjon om hvordan pasientene har det faller bort, og blir aldri tatt med i vurderingen når en skal prøve å se sammenhenger mellom plager og opplevelser av sykdom. Dette kan hindre at pasientene blir friskere og får en forståelse av hvordan deres livserfaring kan være en årsak til deres plager. Dette støttes av flere artikler (2-5, 8). ”Frida” beskrev dette når hun etter lang tid hos samme behandler møtte en vikar som hjalp henne å se livet hennes på en helt annen måte. Dette var begynnelsen til at hun ble frisk.

Det er viktig hvordan pasientene blir møtt og hvilken forståelsesmodell deres behandler tenker i og presenterer. Pasientens måte å tenke sykdom, årsak og sammenheng er viktig når det gjelder å forstå egen sykdom, noe som blir diskutert hos flere (14, 15, 25).

AVSLUTNING

Denne studien har gyldighet for mine informanter. Funnene sier også noe om gyldigheten av fenomenet, møtet mellom pasient og behandler. Det beskrives hva som oppleves som komponenter i dårlige møter og hva som må være til stede for at møtet skal oppleves som godt. Mitt håp er at funnene skaper refleksjon i møte med pasientene og bevisstgjør hva behandler gjør i møtet og hvordan behandler ønsker å fremstå videre.

Gode møter skaper tillit og fortrolighet, utgangspunktet for den gode samtale. Dialogen er utgangspunkt for å ta opp problemstillinger som er vanskelige, eller som det i utgangspunktet ikke er aksept for.

Dårlige møter er ingen god arena for å gi og ta imot hjelp. Pasientperspektivet gir beskrivelser av hvordan disse møtene gjør at pasientene føler seg såret, krenket og avvist. Hjelpers mulighet til å påvirke dette er stort ved å bruke bevissthet og refleksjon til å finne måter å gå inn i dialogen for å skape en bedre samtale.

Hvordan behandler og pasient tenker om sykdom og årsakssammenhenger er viktig for å forstå. Hva som skal til for å endre måte å tenke på, er ikke alltid lett å forstå. Det handler om kunnskap og informasjon, om måten denne blir presentert på og hvordan den tas imot av den andre. Her ligger det mange utfordringer som kanskje blir viktigere i fremtiden for at behandlerne skal kunne hjelpe flere som har muskelskjelettplager. Videre forskning på disse områdene kan kanskje hjelpe pasienter og behandlere til å forstå mer.

Litteraturhenvisninger

1. Lærum E. Vil ha program for muskel og skjelett. 2010; Available from: <http://www.forskning.no/artikler/2010/november/269496>
2. Malterud K. Kroniske muskelsmerter kan forklares på mange måter. Tidsskrift for Den Norske Legeforening. 2010 Publisert først på nett 18.11.2010.
3. Kirkengen AL, Ulvestad E. Overlast og kompleks sykdom – et integrert perspektiv. Tidsskrift Den Norske Legeforening. 2007;24(127):3228-31.
4. Steihaug S. Can chronic muscular pain be understood? Scand J Public Health. 2005;33:36.
5. Bruusgaard D, Natvig B. Uklare tilstander – felles mekanismer? Tidsskrift Den Norske Legeforening 2009;15(129):1481-83.
6. Burton C. Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). British Journal of General practice. 2003;march53(488):231-9.
7. Dirkwager AJ, Verhaak PF. Patients with persistent medically unexplained symptoms in general practice: characteristics and quality of care. BMC Family Practice. 2007;8(33).
8. Kamaleri Y, Natvig B, Ihlebaek CM, Bruusgaard D. Localized or widespread musculoskeletal pain: does it matter? Pain. 2008 August 15(138(1)):41-6.
9. Clark PA. Medical Practices' Sensitivity to Patients' Needs: Opportunities and Practices for Improvement. Journal of Ambulatory Care Management. 2003;Volume 26(2)(April/June 2003):110-23.
10. Verbeek J, Sengers M-J, Riemens L, Haafkens J. Patient expectations of treatment for back pain: a systematic review of qualitative and quantitative studies. Spine (Phila Pa 1976) 2004 Oct 15;29(20):2309-18. 2004.
11. Bendapudi NM, Berry LL, Frey KA, Parish JT, Rayburn WL. Patients' Perspectives on Ideal Physician Behaviors. Mayo Clinic Proceedings 2006 81(3):338-44.
12. Ring A, Dowrick CF, Humphris GH, Davies J, Salmon P. The somatising effect of clinical consultation: What patients and doctors say and do not say when patients present medically unexplained physical symptoms. Social Science & Medicine 61(2005) 1505-1515. [Journal article]. 2005;61.
13. Thornquist E. Hva skjer i det første møtet mellom pasient og fysioterapeut? Tidsskr Nor Lægeforen. 1990;110(27):3494.
14. Kumlin I, Kroksmark T. The first encounter. Physiotherapists' conceptions of establishing therapeutic relationships. Scandinavian Journal of Caring Science. 1992;6 (1):37-44.
15. Gyllensten AL, Gard G, Salford E, Ekdahl C. Interaction between patient and physiotherapist: A qualitative study reflecting the physiotherapist' perspektive. Physiotherapy Research International. 1999;4(2):89-110.
16. Svare H. Den gode samtale. Kunsten å skape dialog. Oslo: Pax Forlag; 2008.
17. Skjervheim H. Deltakar og tilskodar Deltakar og tilskodar og andre esseys. Oslo: Tanum-Norli; 1976. p. 51-72.
18. Tveiten S. Veiledning: mer enn ord. Bergen: Fagbokforl.; 2008.
19. Thornquist E. Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS; 2003.
20. Getz L, Kirkengen AL, Ulvestad E. Menneskets biologi – mett med erfaring. Tidsskr Nor Legeforen 2011;7(131):683-7.
21. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring. Oslo: Universitetsforlaget; 2004.

22. Kvale S, Brinkmann S. Det Kvalitative forskningsintervju. 2. opplag 2010 ed. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS 2009.
23. Lindseth A, Norberg A. A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 2004;18(2):145-53.
24. Malterud K, Hollnagel H. Avoiding humiliations in the clinical encounter. *Scand J Prim Health Care*. 2007;25(2):69-74.
25. Malterud K, Taksdal A. Et felles refleksjonsrom med pasientens symptomer som gyldige kunnskapskilder. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121:3605-9. 2001;30(121):3605-9.

VEDLEGG 1: Retningslinjer for artikkel i "Fysioterapeuten"

Vitenskapelige originalartikler

Manuskripter skal være basert på relevant og aktuell forskning. Forskning er å utfordre eller utfylle eksisterende viten så kriterieoppfylgende at andre forskere kan godkjenne det.

Kvantitative manuskripter skal være på maksimalt 3.500 ord inkludert sammendrag, abstract og litteraturhenvisninger. Kvalitative manuskripter skal ha maksimalt 4200 ord inkludert sammendrag, abstract og litteraturhenvisninger. Manuskript for ordtelling er dermed: Sammendrag, abstract med tittel, hovedtekst og referanseliste. Det er anbefalt å begrense antall litteraturhenvisninger til 30 stykker. Lengre manuskripter må avtales med fagredaktør på forhånd eller de returneres til forfatter med en anbefaling om å korte ned før eventuell utsendelse til eksterne fagvurderere.

Vi ønsker manuskripter basert på internasjonale retningslinjer for rapportering, uansett forskningstilnærming. Retningslinjer og sjekkliste gis av metodologer, forskere og redaktører i [EQUATOR Network](#). Vi tilbyr også fagredaktørs oversatte utdrag fra en BMJ-bok om [Hvordan skrive artikkel](#) (best tilpasset kvantitative artikler) og vårt nye (per 21.01.10) [vurderingsskjema for kvalitative manuskripter](#)

Manuskripter basert på kvalitative originalstudier:

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

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

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

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

Diskusjon. Innled med en kort oppsummering av det som er fremkommet i Resultat. Gi dernest en overgang til kritisk balansert diskusjon av (a) validiteten i forskningstilnærmingen og (b) betydningen av funnene for interessentene. Viktigste er betydningen for fysioterapi praksis. Diskuter tydelig: innled avsnittene med et synspunkt, følg opp med begrunnelse imot, begrunnelse for (eller motsatt), før avsnittet rundes av med et filtrert eller oppsummert synspunkt eller en delkonklusjon.

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

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

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

Innholdsfortegnelse. La mellomoverskrifter og undertitler være oppsummering eller abstraksjon av innholdet i avsnittene under dem. Bruk gjerne den elektroniske funksjonen i Word (søk i Hjelp: Lage innholdsfortegnelse). Eksempel på artikkel med [god innholdsfortegnelse](#), men som kan trenge noen ekstra undertitler under Innledning.

Ressurser. [EQUATOR ressurser for kvalitativ forskning, en publisert artikkel i Fysioterapeuten, en artikkel analysert av fagredaktør, vurderingsskjema for kvalitative manuskripter, skriving for sammenheng: logiske markører.](#)

Les også siste del av retningslinjene (punkt 4 til 10, under).

4. Dobbeltpublisering

Manuskripter som sendes inn til vurdering i Fysioterapeuten skal ikke samtidig publiseres eller være sendt til vurdering i andre tidsskrifter. Manuskripter som er publisert i Fysioterapeuten skal ikke publiseres andre steder uten tillatelse fra redaksjonen.

Tidligere publiserte manuskripter på norsk eller engelsk som ønskes publisert uten endringer, vurderes dersom innholdet er spesielt aktuelt eller relevant for fysioterapifaget. En slik publisering kan kun skje med tillatelse fra alle forfatter(-ne) og fra det opprinnelige tidsskriftet. Tillatelse fra det opprinnelige tidsskriftet innhentes av fagredaktør, men forfatter har ansvar for å klarere dette med sine medforfattere. Det kan være aktuelt å presentere tidligere publiserte artikler som kortere sammendrag i tidsskriftet. Dette kan diskuteres med fagredaktør.

Omskrevne og/eller oversatte manuskripter fra originale artikler som er publisert i andre nasjonale eller internasjonale tidsskrift, vurderes for publisering. Det må innhentes spesiell tillatelse fra forfatter (-ne) og fra det opprinnelige tidsskriftet for å publisere en direkte oversettelse og/eller med omskrivninger. Tillatelse fra det opprinnelige tidsskriftet innhentes av fagredaktør, men forfatter har ansvar for å klarere dette med sine medforfattere. Manuskriptet skal være omskrevet slik at det er relevant for fysioterapeuter. Det skal framgå på tittelsiden at materialet er publisert i et annet tidsskrift, for eksempel at «denne artikkelen bygger på en undersøkelse publisert i ...», og være i tråd med det originale tidsskriftets regler for copyright.

5. Etikk

Kliniske studier utført etter 08.02.2010 skal være registrert i [et offentlig tilgjengelig register](#). Spesielt skal forskerne angi forskningsspørsmålet med utvalgt pasientgruppe, intervensjon eller eksponering, hovedutkomme og metode for dataanalyse. Registerets nettsadresse og studiens registreringsnummer skal oppgis i manuskriptet. Hensikten er å motvirke skjehveter (i for eksempel dataanalyse og publisering) og dermed øke studiens troverdighet.

Forfatterne skal følge [Helseforskningsloven](#) (innført 20.06.2008).

Ved kliniske studier skal det også opplyses om arbeidet er utført i overensstemmelse med [Helsinkideklarasjonen](#) og om prosjektet er godkjent (fra 1.juli 2007) av en [Regional komité for medisinsk forskningsetikk](#). Videre oppgis om tillatelse til datahåndtering er innhentet fra Datatilsynet eller Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Informasjonen skal oppgis i oversendelsesbrevet og en kortfattet redegjørelse inkluderes i slutten av metodedeelen. I tillegg oppgis finansiell bistand til prosjektet, til slutt i manuskriptet.

Ved bruk av fotografier skal det følge med tillatelse for publisering fra den som har tatt bildet. Bruk av fotografier av person(er) som kan identifiseres, krever også skriftlig samtykke fra den som er avbildet. Sladding av øyne er ikke tilstrekkelig for å sikre anonymitet for personen.

Det er forfatters ansvar å iakttak anerkjente forskningsmessige- og faglig etiske prinsipper. Eksempelvis i forhold til anonymisering, informert samtykke, gyldige henvisninger til kildemateriale og innhenting av skriftlig samtykke ved bruk av tidligere publisert materiale. Husk at informert samtykke skal innhentes før publisering fra alle typer informanter (pasienter, terapeuter eller andre).

6. Medforfatterskap

Førsteforfatter står til ansvar for manuskriptet i sin helhet. For å kunne stå som medforfatter skal man ha oppfylt minst alle tre kriteriene under:

- Gitt et betydelig faglig bidrag til idè og utforming, eller innsamling av data, eller analysering og tolking av data.
- Utarbeiding av selve manus eller kritisk revisjon av artikkelens intellektuelle innhold.
- Godkjenning av artikkelversjonen som skal publiseres

Opplysninger om forfatterskap skal gis i oversendelsesbrevet som signeres av alle. Rekkefølgen forfatterne står i kan være vesentlig, og er noe gruppen må bli enig om seg imellom. Alle skal kunne forklare sin plassering på listen og sitt bidrag til studien. Personer som har bidratt til arbeidet, men ikke oppfyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt på slutten av artikkelen. Husk da å innhente vedkommendes samtykke til dette.

7. Interessekonflikter

Forfatter plikter å oppgi alle relevante finansieringskilder og eller eventuelle interessekonflikter forbundet med studien og dets manuskript. Informasjonen skal gis både i oversendelsesbrevet og til slutt i manuskriptet under Takk (Acknowledgement) eller Interessekonflikter.

Interessekonflikter eksisterer dersom forfattere (eller forfatters institusjoner), fagvurderere eller redaktører har finansielle eller personlige relasjoner som skjevpåvirker (bias'er) deres handlinger. Skjevpåvirkende relasjoner er også kalt: dobbeltinteresser, å ha to eller flere hatter på samtidig, konkurrerende interesser eller konkurrerende lojalitet.

Relasjonene kan variere i styrke fra de potensielt neglisjerbare til de potensielt sterkt fordreieende. Potensielle interessekonflikter kan eksistere uansett om personene selv tror eller ei at relasjonene påvirker deres vurderinger.

Finansielle relasjoner (ansettelser, konsulentoppdrag, kursvirksomhet, aksjeeierskap, honorarer, betalte ekspertuttalelser, lån av utstyr mm.) er de som er lettest å oppdage og samtidig de som med størst sannsynlighet undergraver troverdigheten til tidsskrifter, forfattere og selve vitenskapen. Men interessekonflikter kan også oppstå på grunn av: personlige relasjoner, akademisk konkurranse og/eller intellektuell forkjærighet (www.icmje.org/#conflicts).

8. Litteraturhenvisninger

Fysioterapeuten bruker samme referansestil som Tidsskrift for Den Norske Legeforening. Bruker du referanseprogrammet Reference Manager, kan Output Style lastes ned [her](#).

Henvisningene nummereres i teksten i den rekkefølge de anvendes. Henvisninger som kun brukes i figurer eller tabeller, nummereres første gang de henvises til i teksten. Personlige meddelelser bør ikke benyttes som referanse.

Tallene plasseres i teksten, for eksempel (2) eller (13, 15-17, 22). De mest brukte henvisningene vises under. Ellers se: www.tidsskriftet.no/pls/its/pdoc.printnotat?vp_id=34#litt og www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

Artikler i tidsskrift:

Forfatters etternavn og initialer, artikkelens tittel, tidsskriftets navn, årstall, årgangsnummer, første og siste sidetall. Merk mellomrommene. (Angi alle forfattere inntil tre, ved fire eller flere - angi de tre første og deretter et al.)

1. Salvesen KÅ, Mørkved S. Randomised controlled trial of pelvic floor muscle training during pregnancy. BMJ 2004; 329: 378-80.

Hvis hver utgave har egne sidetall innenfor en årgang, settes utgavenummer i parentes bak årgangen:

2. Bahr R. Skapt for bevegelse. Fysioterapeuten 2001; 68(1): 11-5.

Bok

3. Jamtvedt G, Hagen KB, Bjørndal A. Kunnskapsbasert fysioterapi. Metoder og arbeidsmåter. 1. utgave. Oslo: Gyldendal akademisk, 2003.

Kapittel i bok

4. Philips SJ, Whitsnant JP. Hypertension and stroke. I: Laragh JH, Brenner BM, red. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2. utgave. New York: Raven Press, 1995: 465-78.

Masteroppgave og doktorgradsavhandling

5. Moe-Nilssen R. Muskelspenninger hos arbeidstakere med plager i skulder-/nakkeområdet: en pasient-kontroll studie. Hovedfagsoppgave i fysioterapi. Bergen: Universitetet i Bergen, 1993.

Internettside

6. World Health Organization:
www.who.int/en/.

Artikkel på internett

I tillegg til forfatter, tittel, og nettdresse også angi dato for avlesing av dokumentet.

7. Høyer E, Opheim A, Jahnsen R. Bruk av tredemølle med seleoppheng i rehabilitering av pasienter med nevrologiske skader. Fysioterapeuten 2004; 11: 29-35. (www.fysioterapeuten.no (05.10.2007).)

9. Bilder, tabeller og figurer

Bilder bør leveres i digitalt format og sendes via e-post eller på CD-rom. Digitale bilder må være i tif- eller jpg-format med en oppløsning på minimum 300 dpi for at de skal kunne brukes i tidsskriftet (etter scanning, velg "lagre som" og jpg.fil). Det skal opplyses om navn på fotografen, og helst medfølge forslag til tilhørende bildetekst.

Farge- og sort/hvitkopier i papirformat kan også aksepteres. Fotografier merkes på baksiden med blyant med forfatternavn og henvisningsnummer.

Selve tabellene og figurene skal ikke settes inn løpende teksten. De legges ved e-posten i egen fil. Filen skal ha en enkelt figur med figurtekst per side (og tilsvarende for tabeller). Når et avsnitt omtaler en figur eller tabell i løpende tekst, angi da under avsnittet at figuren eller tabellen skal plasseres inn der. Skriv da inn:

SETT INN FIGUR I CIRKA HER.

Tabellene og figurene nummereres i den rekkefølgen de omtales i teksten. Alle tabeller og figurer skal ha Tittel, Noter (for eksempel: SD = standardavvik) og en kort Merknad som forklarer leserne hva tabellen eller figuren viser. Tittel for tabell plasseres over, mens for figur under. For eksempel på tabeller og figurer, se under Resultat i [Hvordan skrive en artikkel](#).

10. Språkbruk

- Bruk norske fagord og uttrykk når dette er mulig. For hjelp, se [ordboken til Tidsskriftet for Den Norske Legeforening](#).
- Setninger bør være korte og informative.
- Aktiv form skal dominere over passiv form. Aktiv: Terapeuten målte beinlengden med metermål. Passiv: Beinlengden ble målt med metermål.
- Fagsjargong og slang bør unngås. Nye begreper må umiddelbart forklares.
- Vær konservativ i bruk av kursiv og utheving. Skriv fortløpende tekst med ett eneste mellomrom mellom ord og setninger.
- Bruk ekstra linjeskift for å markere avsnitt.
- Unngå unødvendige forkortelser. For eksempel: skriv prosent fremfor % i løpende tekst. Tegnet % kan brukes i sammendrag, hvor omfanget er spesielt presset.
- Ord må skrives i sin helhet når de nevnes første gang, og senere kan forkortelsen brukes, for eksempel Manuell Terapi (MT). Enheter som kg, cm og lignende kan brukes. Ikke forkort begreper som "for eksempel", "og lignende", "og så videre" og "cirka".
- Tall under 10 skal skrives med bokstaver i løpende tekst. Unntak er ved opplister som: Gruppene A, B og C besto av 5, 3 og 10 pasienter.
- Når en setning starter med et tall, skal det skrives fullt ut med bokstaver. Eventuelt skriv om til: "Totalt 240 pasienter..." eller "Hele 240..." eller "Bare 240..."
- Bruk skrifttypen Times New Roman 12 punkt og halvannen linjeavstand.
- Vi tilbyr skrivetips i ["Hvordan skrive kort"](#).

VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDE DYBDEINTERVJU

”Pasienter med muskelskjelettplager i møte med lege eller fysioterapeut”

Kan du beskrive generelt hvordan du erfarer møter med lege/ fysioterapeut?

Hvilke situasjoner har hatt positiv innflytelse på deg i møte med lege/fysioterapeut?

Ta for deg ett møte som du oppfattet som spesielt godt:

- Hvordan kan du karakterisere selve møtet?

- Hva skjedde?

- Hva gjorde du?

- Hvordan husker du det?

- Hvordan opplevde du det?

- Hvordan reagerte du følelsesmessig på det som skjedde?

- Hva syns du om det?

- Hva føler du i forhold til det nå?

Hvilke situasjoner har hatt negativ innflytelse på deg i slike møter?

Ta for deg ett møte som du oppfattet som problematisk:

- Hvordan kan du karakterisere selve møtet?

- Hva skjedde?

- Hva gjorde du?

- Hvordan husker du det?

- Hvordan opplevde du det?

- Hvordan reagerte du følelsesmessig på det som skjedde?

- Hva syns du om det?

- Hva føler du i forhold til det nå?

Hva innebærer et ideelt møte for deg?

Berit Vold Eidem, masterstudent ved Høgskolen i Molde, 2010-2012