

BACHELOROPPGAVE

Hvordan håndterer osteopater bevegelsesfrykt hos pasienter med subakutte uspesifikke korsryggsmerter? En kvalitativ studie

av

Studentnummer 102391 og 102349

Innleveringsfrist 26.04.18 kl. 09.00

VF202 - Bacheloroppgave

Bachelor i Osteopati

Antall ord: 10774

April, 2018

Institutt for helsefag - Høgskolen Kristiania

Denne bacheloroppgaven er gjennomført som en del av utdanningen ved Institutt for helsefag – Høgskolen Kristiania. Høgskolen Kristiania er ikke ansvarlig for oppgavens metoder, resultater, konklusjoner eller anbefalinger.

Sammendrag

Formål og problemstilling

Oppgaven tar for seg hvordan osteopater håndterer bevegelsesfrykt hos pasienter med subakutte uspesifikke korsryggsmerter, og gir et innblik i måten intervjuobjektene jobber i en klinisk praksis med denne pasientgruppen

Metode

For å få frem tanker, meninger og erfaringer ble det benyttet en kvalitativ metode og et semistrukturert intervju. Informantene ble hovedsakelig rekruttert per e-post og intervjuet på tid og sted etter eget ønske. Under intervjuene ble det brukt båndopptaker, før dataene ble transkribert, kodet, og deretter sortert inn i et tematisk kart som la grunnlaget for oppgavens hoved- og undertemaer.

Resultater

Til prosjektet ble det rekruttert fire osteopater – to mannlige og to kvinnelige. Datamaterialet ble sortert inn i 11 ulike temaer, presentert i de tre hovedtemaene tilpasning, utfall og varighet. Alle osteopatene håndterer bevegelsesfrykt på ulike måter gjennom hele konsultasjonen, hvor flere tilpasser kommunikasjon og teknikkvalg som følge av bevegelsesfrykten. De adresserer gjerne bevegelsesfrykten fra første møte og tenderer også til å gi denne pasientgruppen egne øvelser og tiltak. Flere meddeler også at de opplever utfordringer relatert til blant annet kommunikasjon og ordvalg. Ved å håndtere pasientens bevegelsesfrykt mener osteopatene at de kan øke forståelsen rundt smertene, øke tillit til bevegelse og redusere smertenivå. To av osteopatene mener det er viktigere å adressere bevegelsesfrykt hos pasienter med langvarige smerter, men de to andre osteopatene sier viktigheten av å håndtere bevegelsesfrykt ikke påvirkes av smertens varighet.

Konklusjon

Informantene håndterer bevegelsesfrykt hos denne pasientgruppen på en individuell og multifaktoriell måte gjennom å tilpasse hele konsultasjonen og adresserer bevegelsesfrykten under anamnese, undersøkelse og behandling. De vektlegger kommunikasjon og smerteutdanning, justerer teknikkvalgene og gir øvelser til pasientene.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
1 Innledning	4
<i>1.1 Bakgrunn og formål</i>	4
<i>1.2 Avgrensning</i>	5
<i>1.3 Begrepsavklaring</i>	5
2 Teori	5
<i>2.1 Korsryggsmerter</i>	5
<i>2.2 Osteopati</i>	7
<i>2.3 Den Biopsykososiale Modell</i>	9
<i>2.4 Bevegelsesfrykt</i>	11
<i>2.5 Fear-Avoidance Model</i>	11
3 Metode	14
<i>3.1 Metodebruk og datainnsamling</i>	14
<i>3.2 Rekruttering og utvalg</i>	14
<i>3.3 Prøveintervjuer, hovedintervjuer og intervjuguide</i>	15
<i>3.4 Transkribering</i>	16
<i>3.5 Analyse</i>	17
<i>3.6 Etikk</i>	18
<i>3.7 Studiets kvalitet</i>	19
4 Resultater	20
<i>4.1 Tilpasning</i>	21
<i>4.2 Utfall</i>	25
<i>4.3 Varighet</i>	26
5 Diskusjon	27
<i>5.1 Diskusjon av resultater</i>	27
<i>5.2 Metodekritikk</i>	31
6 Konklusjon	34

1 Innledning

1.1 Bakgrunn og formål

I Norge opplever så mye som 4 av 5 ryggplager én eller flere ganger i løpet av livet, noe som koster samfunnet enorme summer hvert år (1,2). Opptil 90% av disse kategoriseres som uspesifikke korsryggsmerter, og studier fra både Australia og Storbritannia viser at majoriteten av pasienter som oppsøker osteopater presenterer med korsryggplager (1,3,4). Psykososiale faktorer spiller en viktig rolle i utviklingen av kroniske smerter, hvor bevegelsesfrykt regnes som en av de viktigste (5,6). Det har blitt observert god effekt av manuell behandling på pasienter med subakutte korsryggsmerter, samtidig er det indikert at en biopsykososial tilnærming på den samme pasientgruppen er effektivt (7–9). En studie gjort på pasienter med nakkesmerter viste også at håndtering av blant annet bevegelsesfrykt hos de subakutte pasientene kunne være mer effektivt enn hos de med kroniske smerter (10). Korsryggsmerternes samfunnsmessige påvirkning og multifaktorielle opphav øker interessen vår og motiverer oss til å vite mer om denne pasientgruppen som potensielt kan bli den vi møter oftest i vår hverdag som osteopater (11,12).

Temaet oppgaven dreier seg om er pasienter med subakutte uspesifikke korsryggsmerter og bevegelsesfrykt, samt hvordan osteopater håndterer denne pasientgruppen. Det virker som mye tid og ressurser har blitt viet til dette de siste årene, hvor kunnskap og meninger har gjort et sprang og dannet grunnlaget til flere ulike modeller (13–18).

Vi ønsker å gjøre en kvalitativ undersøkelse for å høre osteopatens tanker og erfaringer rundt denne pasientgruppen. Videre er vi interesserte i å høre hvordan en konsultasjon med disse pasientene ser ut når det kommer til ordvalg, kommunikasjon og teknikkvalg, hvor vi tilslutt vil sammenligne svarene med litteratur og forskning på området.

Vi ønsker å lære mer om hvordan ulike osteopater arbeider med denne pasientgruppen, og hvordan de håndterer psykososiale faktorer – spesielt bevegelsesfrykt. Resultatene vil først og fremst kunne brukes av forfatterne for å se hvordan osteopater jobber og om det er noe vi kan lære av objektenes håndtering av disse psykososiale faktorene. Hvis noen av intervjuobjektene allerede benytter seg av de nyeste modellene kan vi også få svar på nytteverdien de opplever i klinisk praksis, eller om de muligens fungerer best som teoretiske

modeller. Etersom dette er en bacheloroppgave regner vi ikke med å ha stor påvirkning på samfunnet eller de etablerte terapeuter.

1.2. Avgrensning

I denne oppgaven ønsker vi å øke forståelsen rundt osteopaters håndtering av bevegelsesfrykt hos pasienter med subakutte uspesifikke korsryggsmerter. Det vil derfor bli lagt hovedvekt på pasienter i den subakutte fasen, som betegnes som perioden mellom 6 og 12 uker etter symptomdebut (1,11). Videre vil bevegelsesfrykt være den eneste psykososiale faktoren som undersøkes - som vil gjøre at oppgaven avgrenses i stor grad, dette for å forenkle både gjennomføring og prosess. Psykososiale faktorer som katastrofisering, depresjoner, angst, somatisering og liknende vil dermed utelukkes.

Oppgaven er begrenset til pasienter med uspesifikke korsryggsmerter, og utelukker dermed korsryggsmerter som kan relateres gjenkjennbar, kjent patologi og smerter i andre regioner (11). I litteratursøket observerte forfatterne at korsryggsmerter og bevegelsesfrykt er begreper med flere inndelinger, definisjoner og forståelser. Det var derfor viktig å spesifisere spesielt hvilke korsryggsmerter som skulle undersøkes, noe som igjen kunne bidra til å sette begrepet bevegelsesfrykt i ønsket kontekst. Oppgaven avgrenses ytterligere av at forfatterne kun skal undersøke hvordan osteopater - og ikke andre manuelle behandlere, håndterer denne pasientgruppen.

1.3 Begrepsavklaring

Bevegelsesfrykt

I denne oppgaven brukes “bevegelsesfrykt” som en fellesbetegnelse for unngåelsesatferd, smerteunngåelse, smerteatferd, frykt for bevegelse, fear-avoidance behaviour, pain avoidance, avoidance behaviour og liknende uttrykk funnet i litteraturen.

2 Teori

2.1 Korsryggsmerter

Ryggplager et stort samfunnsproblem hvor opptil 80% av mennesker i den vestlige verden rammes, et studie fra 52 land har vist en månedsprevalens på hele 30,8% (1,19). I Norge brukes om lag 2% av brutto nasjonalprodukt direkte eller indirekte på kostnader av ryggplager – det utgjør omkring 52,4 milliarder kroner (20). Vi ser at kvinner rammes hyppigere enn menn, og at den aldersgruppen som rammes hardest er personer mellom 40-69 år (19). På

tross av dette er det observert en gjennomsnittlig månedsprevalens av rygg smerter på hele 37% hos ungdom mellom 11 og 15 år, som også øker i takt med alder (21). Videre antar man at risikoen for å få korsrygg smerter i voksen alder er dobbelt så stor dersom en har hatt korsrygg smerter i ung alder, og rygg smerter viser seg også å være mer utbredt i rikere land, selv om det ikke er forskjeller innad i landene (19,22).

Risikofaktorer for korsrygg smerter er blant annet jobb som krever løfting. Sjansen for å utvikle rygg smerter øker i takt med vekten og antall løft, men andre livsstilsfaktorer som øker risikoen for korsrygg smerter er røyking, overvekt og symptomer på depresjon (23–26). De tre sistnevnte faktorene øker derimot risikoen kun moderat.

I tillegg til utgiftene vi har sett på ved korsrygg smerter ser vi også at personer med lidelser akkumulerer mindre inntekt enn de uten lidelser, noe som også øker i takt med antall komorbiditeter (27). Korsrygg smerter er den ledende kroniske sykdommen som tvinger flest personer ut av arbeidslivet og eldre ut i tidlig pensjon - flere enn hjertesykdommer, høyt blodtrykk, diabetes, neoplasmer, respirasjonssykdommer og astma, til sammen (28). Eldre som pensjoneres tidligere på grunn av korsrygg smerter har 87% mindre formue og inntektsgivende ressurser enn de som forblir i fulltidsjobb (29).

Antall pasienter med spesifikke korsrygg smerter ligger på mellom 1% og 9,71% (30–32). Osteoporotiske frakturer er en tilstand som oftest rammer den eldre befolkningen, og dersom dette ekskluderes er spesifikke årsaker til korsrygg smerter veldig sjeldent i primærhelsetjenesten (31). Dog viste Downie og kollegaer med sin studie at det det var vanligere i sekundær- og tertiærhelsetjenesten.

Uspesifikke korsrygg smerter er på en annen side beskrevet på mange forskjellige måter, og i forskningen brukes det ofte inkonsekvente og tvetydige beskrivelser som favner bredt(33). Grunnen til at diskproblematikk, fasettledd eller iliosacralledd faller under kategorien «uspesifikke korsrygg smerter» er at de tilgjengelige kliniske testene ikke er reliable nok til å linke smerten til nettopp disse strukturene (34). Diagnostisk undersøkelse er aktuelt når terapeuten mistenker en spesifikk tilstand som må behandles annerledes enn uspesifikke årsaker. Grunn til billeddiagnostikk innebærer risiko for kreft, spinal infeksjon, Cauda Equina Syndrom eller alvorlige nevrologiske utfall, men dessverre ser vi at både leger og pasienter feilaktig tror nettopp billeddiagnostikk er avgjørende i behandlingen av korsrygg smerter (35).

Misforståelser som dette er antakelig en av grunnene til unødvendig bruk av slike verktøy da de ikke forbedrer utfallet av behandlingen (36–39). Funn som ikke kan linkes til pasientens smerter kan villedde terapeuten og skape bekymring hos pasienten. Vi ser at prevalensen av protrusjon hos asymptomatiske pasienter var 30% hos 20-åringer, 60% hos 50-åringer og 84% og 80-åringer(40).

Steffens viste i en studie at styrke og bevegelsestrening, med eller uten smerteutdanning ga god effekt for å forebygge korsryggsmerter, men at smerteutdanning alene, bruk av belter eller skosåler ikke viste effekt på forebygging (41). Samtidig har utdanning og informasjon om ryggsmarter, så vel som flere former for aktivitet vist god effekt i forebygging av nye tilfeller av korsryggsmerter (11,42).

Det har vist seg å være store forskjeller i prognose ved behandling for akutte og kroniske tilfeller med korsryggsmerter (43–46). Faktorer som reduserer sjansen for god prognose innebærer økt funksjonstap, isjiassmerter, økt alder, dårlig allmenn helsetilstand, økt psykologisk eller psykososialt stress, negativ kognitiv karakteristikk, dårlig forhold til kollegaer, stort fysisk krav på jobb og muligheter for kompensasjon (47).

Det er få og små forskjeller i retningslinjer mellom ulike land for hvordan man skal håndtere uspesifikke korsryggsmerter. Hovedkomponentene i håndteringen er utdanning, forklaring og forsikringer om tilstanden, analgetiske medikamenter, ikke-farmakologisk terapi, prognose, reseptbelagt behandling, eller eventuelt videre utredning. Håndteringen må selvfølgelig tilpasses til individets behov (48).

2.2 Osteopati

Osteopatien ble grunnlagt av Andrew Taylor Still på slutten av 1800-tallet, og i 1892 ble den første utdannelseinstitusjonen åpnet i Kirksville, Missouri (49). Videre ble osteopatien introdusert i Europa av John Martin Littlejohn i 1898. Littlejohn beskrev osteopatien med helhetlige begreper, og satte fysiske, psykiske, sosiale og ernæringsmessige aspekter i sammenheng med helse. Gjennom å bruke kunnskap fra anatomi, fysiologi, biomekanikk, psykologi og ernæringslære - sammen med manuelle ferdigheter, mente Littlejohn at osteopaten kunne hjelpe pasienter tilbake til optimal funksjon.

Osteopati er en manuell helseprofesjon basert på vitenskapelige og kliniske fag og bygger på en fempunkts modell i tilnærmingen av hver pasient (50). Terapeuten evaluerer biomekanikk, metabolisme, nevrologi, samt respirasjon og sirkulasjon. Den femte måten å tilnærme seg pasienten kalles atferdsmodellen som ser på psykososiale, kulturelle, atferdsmessige og spirituelle elementer (51, s. 4-7). Gjennom en grundig samtale og undersøkelse ønsker osteopaten å få en helhetlig forståelse av pasienten, og se sammenhengen mellom pasientens plager, kropp og hverdag. Ved å bruke de fem osteopatiske modellene blir behandlingen individuelt tilpasset, og egnet for pasienter i alle aldre (51, s. 4-7, 52). Den helhetlige tankegangen om at hele mennesket kontinuerlig tilpasser seg til interne og eksterne faktorer kan dateres langt tilbake i det osteopatiske litteraturen (53,54). I dag er denne helhetlige tankegangen sterkt ivaretatt av de osteopatiske prinsippene (tabell 1), men også gjennom atferdsmodellen som vi har nevnt tidligere (51, s. 3, 51, s. 5, 55).

Tabell 1: De osteopatiske prinsipper, fritt oversatt fra Foundations of Osteopathic Medicine (51, s. 21)

1. Mennesket er en dynamisk enhet av funksjoner, en interaksjon mellom kropp, vilje og sjel
2. Kroppen har en evne til selvregulasjon
3. Struktur og funksjon har et gjensidig forhold.
4. Rasjonell terapi er basert på en forståelse av kroppen som en dynamisk enhet, selvregulerende mekanismer, og forholdet mellom struktur og funksjon.

Osteopatisk behandling blir ansett som en kompleks intervensjon, hvor kombinasjonen av biologiske og psykososiale mekanismer antas å være årsaken til den terapeutiske effekten (56). Som nevnt viser studier gjort i Australia og Storbritannia at en av de vanligste pasientpresentasjonene i osteopatisk praksis er korsryggsmerter, dette er en presentasjon osteopatisk behandling også har blitt antatt å ha effekt på (3,4,8,57–61).

En osteopat har et bredt sortiment av teknikker til rådighet og tilpasser disse til hver enkelt pasient, hvor vi skiller mellom direkte- og indirekte teknikker. Hovedforskjellen på disse teknikkene er om man går inn mot “barrieren” til det restriktive, dysfunksjonelle vevet, eller bort fra det. Direkte teknikker er blant annet manipulasjoner, artikuleringer, Still-teknikker, muskeltøyninger og bløtvevsbehandling. Indirekte teknikker er blant annet Balanced

Ligamentous Tension, Ligamentous Articular Strain og Counterstrain (51, s. 669, s. 682, s. 698, s. 728, s. 763, s. 809, s. 845).

2.3 Den Biopsykososiale Modell

Den biopsykososiale modell (BPS) var en ny måte å forstå pasientens smerte først beskrevet av den amerikanske psykologen George L. Engel i 1977(13). Her evalueres pasienten med tre variabler; biologiske, psykologiske og sosiale faktorer, og på denne måten skiller den biopsykososiale modell seg fra den biomedisinske. Før Engels forslag om BPS var tanken at en skade førte til smerte og at smerte må være forårsaket av en skade. Den biomedisinske modellen kan spores tilbake til renessansen og den franske filosofen René Descartes (1596-1650), som var kjent for å ha delt mennesket inn i kropp og sjel og karakteriserte smerte som en respons til et fysisk stimuli (62).

Eksempler på biologiske faktorer er skade, sykdom, perifer og sentral sensitivisering og genetik (63). En potensielt viktig biologisk mekanisme er epigenetik, som gjennom interaksjoner med miljøfaktorer kontrollerer uttrykket av genetiske predisposisjoner. Genetiske faktorer har vist seg å påvirke flere sentrale spinale smertefenotyper i stor grad. Videre har vi også sett at sentral sensitivisering og unormal prosessering av smerte er en viktig biologisk forklaring til vedvarende smerte (64–68). Det er evidens som viser at langvarig rygg smerter kan endre hjernens morfologi ved å redusere volumet til den grå massen i det prefrontale området og i thalamus(66).

De psykologiske faktorene kan blant annet være katastrofisering, somatisering, selvfølelse, angst og depresjon (63). Hvordan personen opplever og mestrer smertene kan også sees på som psykologiske faktorer. Noen sosiale faktorer kan være forhold på jobb, hjemme eller til venner, dødsfall, skilsmisse, økonomi og liknende, og menes å kunne predisponere og opprettholde følelsen av smerte(55).

I 1987 tilpasset den ortopediske kirurgen Gordon Waddell den fortsatt nye modellen til pasienter med korsryggsmerter (69). Han mente at helsetjenesten heller burde ha som mål å behandle *pasienter* fremfor *rygger*. For å oppnå dette anbefalte han å tilnærme seg korsryggsmerter som en tilstand som rammer hele mennesket, ikke bare en lokal fysisk skade. Waddell foreslo at terapeutens rolle burde inkludere en rolle som rådgiver og å hjelpe

pasienten å håndtere problemet. Han mente også at pasientens rolle burde gå fra å være passiv til en aktiv mottaker og å ta del i ansvaret for egen utvikling.

Adams og kolleger gjorde en studie i 2012 hvor de behandlet pasienter for å fasilitere “return-til-jobb” med teknikker som var ment å redusere noen av de vanligste psykologiske faktorene (10). Pasientene som hadde smerter med en varighet på mellom 6 uker til 6 måneder hadde signifikant høyere sannsynlighet for å returnere til jobb, og en større reduksjon i de psykologiske faktorer, enn pasientene som hadde hatt smerter i lengre enn 6 måneder. Selv om studiet ble gjort på pasienter med whiplash kan det spekuleres i om det ligger en overføringsverdi i funnene som kan benyttes i håndteringen av korsryggspasienter.

Sannsynligheten for at en pasient skal returnere til arbeid reduseres drastisk hvis sykefraværet overskrider 12 uker, derfor argumenteres det for at kliniske tiltak bør gjennomføres innenfor denne tidsperioden (70). Behandling med en biopsykososial tilnærming har vist større effekt på blant annet smerte og funksjonsnivå hos pasienter med subakutte korsrygg smerter, enn konvensjonell biomedisinsk behandling (9). Resultatene viste at psyko-terapeutiske elementer i behandling av korsrygg smerter bedrer utfallet når de iverksettes i en tidlig fase av kronifiseringen.

Som tidligere nevnt bygger osteopati på en fempunkts modell som brukes i tilnærmingen av hver pasient. Her under kommer atferdsmodellen som ser på psykososiale, kulturelle, atferdsmessige og spirituelle elementer (51, s. 4). Å evaluere pasientens psykososiale faktorer er derfor ikke ukjent osteopaten. Den biopsykososiale modellen harmoniserer godt med osteopatisk tankegang og kan sees igjen som en del av de fire viktigste osteopatiske prinsippene (51, s. 3, 55). Et av de osteopatiske prinsippene beskrives også mennesket som en dynamisk enhet av funksjoner, hvor det er interaksjon mellom kropp, vilje og sjel (51, s. 21). I følge Kuchera integrerer dette prinsippet den osteopatiske filosofien og tankegang med den biopsykososiale modellen (71). Manuell behandling er osteopatens måte å adressere de biologiske faktorene som bidrar til følelse av smerte, men dersom man øker forståelsen av smerte i syn av den biopsykososiale modellen, kan man potensielt utvide mulighetene for behandling, ut over bare «hands-on» (55).

2.4 Bevegelsesfrykt

Bevegelsesfrykt ble først beskrevet som kinesiofobi i 1990 av Shashidhar Kori og kollegaer (72). De så på sammenhengen mellom kroniske smerter og fobi, og argumenterte at det i mange tilfeller kunne være en fobisk årsak til de kroniske smertene fremfor nevrologiske årsaker. De definerte kinesiofobi som en irrasjonell, ødeleggende og overdreven frykt for fysisk bevegelse og aktivitet. Kori og kollegaer antydte at istedenfor smerte, er det frykten for smerte som er pådriver til smertene. De mente at det er en av grunnene til at nivået med opplevd smerte ikke kan korreleres med diagnostiske funn, på tross av stadig bedre teknologi og måleinstrumenter. De dro også frem likheter mellom kroniske smerter og fobi, hvor Fordyce (73) referert i Kori (72) demonstrerte behandling av en svært invalidisert, kronisk smertepasient med en prosedyre skapt for pasienter med fobisk atferd.

Ulikt andre fobier kan kroniske smerter lede til unngåelse av øvelser eller aktiviteter som å gå, bøye seg, tøyning, klatring eller å stå (72). Kori og kollegaer argumenterte for at dette påvirker pasientens liv i mye større grad enn mange andre fobier. Unngåelse av øvelser eller aktiviteter kan føre til tap av styrke i muskulatur og nedsatt bevegelighet, slik at flere aktiviteter blir vanskeligere eller vondere å gjennomføre – slik blir en ond sirkel dannet. I takt med dette øker vanligvis smertenivået, økt sensitivisering for smerteprovoserende stimuli, tilfeller med angst og depresjon, tap av selvfølelse og selvtillit, i tillegg til økt frykt. Unødvendige operasjoner, depresjon og tap av styrke, mobilitet og utholdenhet følger ofte, og øker sannsynligheten for invaliditet.

Depresjon så også ut til å spille en så stor rolle i både fobier og kroniske smerter, at antidepressiver kunne benyttes effektivt i behandlingen av både fobier og kroniske smerter (74,75) i (72). Man har også sett at personer med tegn på depresjon har en økt risiko for utvikling av korsryggsmerter, og risikoen øker relativt med graden av depresjon (26). Det har også blitt argumentert for at behandlingen av kroniske smerte likner behandling for fobi så mye at de burde bli sett på som det samme (72).

2.5 Fear-Avoidance Model

Fear-Avoidance Model (FAM) ble først utarbeidet i 1983 som en teoretisk modell som skulle beskrive hvorfor noen mennesker ble friske etter en akutt skade, mens andre utviklet kroniske smerter (14). To år tidligere hadde Philips og Hunter foreslått at forventninger om smerte spilte en større rolle enn erfaringer med smerte i unngåelsesatferd (76). Lethem og kollegaer

(14) observerte også en forskjell i hvordan mennesker opplever ulike stimuli basert på den psykologiske konteksten. Eksempelvis så de en forsterket opplevelse av smerte under tannlegebesøk, og en redusert opplevelse av smerte i en sportslig kontekst. I senere tid har FAM blitt utviklet, utprøvd og beskrevet i relasjon til andre begreper(6,15,77,78).

I dag benyttes FAM til å forklare hvordan psykologiske faktorer kan påvirke smerteoppfatning, så vel som utvikling av kronisk smerte og funksjonsnedsettelse(79). Det er antatt at psykologiske faktorer påvirker utviklingen av kroniske korsryggsmarter, hvor det foreslås at negative tanker om smerter og katastrofiseringstanker leder til bevegelsesfrykt. Slike tanker kan føre til nedsatt aktivitet og økt symptomatikk, som igjen forsterker den negative tankegangen og etterlater pasienten i en ond sirkel. FAM foreslår at pasienter uten bevegelsesfrykt har mindre sannsynlighet for å utvikle kroniske korsryggsmarter, enn de pasientene med (79).

Bevegelsesfrykt har vist seg å ha påvirkning på prognosen til pasientene med subakutte korsryggsmarter, sett opp mot når de returnerer til jobb, og tilsvarende funn ble også gjort i relasjon til arbeidsrelaterte utfall på lengre sikt (80–82). Videre argumenteres det for at bevegelsesfrykt kan være en prognostisk faktor for dårligere utfall hos pasienter med subakutte korsryggsmarter, og denne atferden burde derfor bli adressert for å hindre forlenget restitusjon(83).

Det har også blitt foreslått en inndeling av undergrupper av kroniske korsryggspasienter med nedsatt bevegelsesutslag, hvor det nedsatte utslaget skyldtes bevegelsesfrykt i en av gruppene (84,85). Videre utviklet O’Sullivan og kollegaer (18) også “cognitive functional therapy” som gradvis skulle utfordre denne bevegelsesfrykten på en kognitiv og spesifikk måte. Nettopp denne tilnærmingen skulle vise seg å gi et bedre utfall - sammenlignet med tradisjonell manuell behandling og trening, på pasienter med kroniske uspesifikke korsryggsmarter.

Det er foreslått en redusert bruk av medisinske eller osteopatiske fagbegreper under en osteopatisk konsultasjon(56). Det argumenteres for at dette kan forsterke pasienters negative tanker om smerte, og i den grad også lede til katastrofisering og bevegelsesfrykt. Smerteutdanning nevnes også som et aspekt av en konsultasjon som potensielt sett kan virke mot sin hensikt. Det oppfordres allikevel til å vektlegge positive beskjeder, utdanning og

betryggelse for å redusere bevegelsesfrykt, samtidig som dette også vil kunne bidra til å hjelpe pasienter med å ta en aktiv rolle i deres egen behandling (63,69).

Common Sense Model (CSM) er en nyere forklaringsmodell som prøver å beskrive og forklare smertene til en pasient, som også kan brukes til kognitiv behandling av pasienten(17). Modellen ble skapt i et forsøk på å gi et bredere inntrykk av pasientens psykologiske variabler enn de man får gjennom FAM. Innenfor CSM er det fem dimensjoner som utgjør grunnlaget til pasientens forståelse av smerte. “Hva er denne smerten?”, “hva har forårsaket denne smerten?”, “hvilke konsekvenser har denne smerten?”, “hvordan kan jeg kontrollere denne smerten?”, og “hvor lenge vil denne smerten vare?”. Ved å sammenlikne med tidligere erfaringer kan pasienten prøve å forstå hva de aktuelle plagene kan være. Ytre påvirkninger som helsepersonell, venner, familie, media og samfunnet kan også være med å påvirke hvordan pasienten forstår smertene. Dersom legen din har fortalt deg at du har en skjør rygg, og at det kan være skadelig å bøye den, ville det være “common sense” - sunn fornuft å unngå disse bevegelsene, og følge legens råd (17). Får man en pasient på klinikken med et akutt overtråkk i ankelen, ville et fornuftig råd være å senke aktiviteten og belastningen en liten periode. Å opprettholde aktivitet og belastning i et skadet område *kan* være med på å hindre tilhelingen, som viser at unngåelse av aktivitet også i noen tilfeller kan være gunstig, og er eksempler som går under begrepet “common sense”. Måten CSM skal anvendes for å behandle smerterelatert frykt består av fem punkter (17) (tabell 2).

Tabell 2: Behandling av smerterelatert frykt etter Common Sense Model (17)

1. “Oppfordre individet til å beskrive deres tilstand ved å benytte de fem dimensjoner av representasjonen”.
2. “Oppfordre individet til å tenke på erfaringer som førte til misforståelsen og evaluere viktigheten av de erfaringene”.
3. “Diskutere med pasienten om hvordan forvirring, misforståelser og mistolkninger i representasjonen påvirker atferden til pasienten”.
4. “Presentere ny informasjon for å korrigere forvirringene, misforståelsene og mistolkningene”.
5. “Endre pasientens atferd som følge av den endrede representasjonen”.

3 Metode

3.1 Metodebruk og datainnsamling

Valg av metode påvirkes i aller størst grad av oppgavens problemstilling, og fenomenet forskerne ønsker å undersøke. I denne oppgaven vil det bli brukt en kvalitativ metode, ettersom vi ønsker å øke forståelsen og få frem osteopatenes meninger rundt bevegelsesfrykt og subakutte uspesifikke korsryggsmerter. Den enkleste måten å karakterisere kvalitative studier er å beskrive det som en studie hvor formålet er å finne svar på spørsmål om ”hva”, ”hvordan” og ”hvorfor”, fremfor spørsmål om ”hvor mange” eller ”hvor mye” (86, s. 5).

Innenfor kvalitativ forskning finnes det flere måter å innhente data på, eksempler er dybdeintervjuer, fokusgrupper og semistrukturerte intervjuer. I vårt prosjekt vil semistrukturerte intervjuer bli brukt for å samle inn data. Dette er den mest brukte metoden for datainnsamling innenfor kvalitativ forskning i psykologien (87, s. 29). Her blir rammene satt av forskeren, men det er fortsatt intervjuobjektets respons som avgjør hvilken type informasjon som kommer frem innenfor disse rammene (86, s. 96). Det semistrukturerte intervjuet kan tolkes på flere måter, ettersom det kombinerer det formelle intervjuet med aspekter fra en uformell samtale (87, s. 30). Gjennom en strukturert intervjuguide ønsker man å stille spørsmål som oppmuntrer deltakerne til å prate, men som samtidig gir deg som forsker svar på de fenomenene du ønsker å undersøke.

3.2 Rekruttering og utvalg

Informanter til studien ble rekruttert gjennom ikke-sannsynlighetsutvelgelse, nærmere bestemt en kombinasjon av skjønnsmessig utvelgelse og utvelgelse ved selvseleksjon (88, s. 90). Osteopater ble rekruttert per e-post og sosiale medier. Grunnet lav respons ble det sendt ut e-poster over flere runder i tidsrommet mellom 18. Desember 2017 og 15.01.2018. Disse e-postene ble sendt ut til osteopater funnet gjennom Norsk Osteopatforbind (NOF) sin søkefunksjon - ”finn din osteopat”, og inneholdt et informasjonsskriv og en forklaring på bakgrunnen for vår kontakt (89) (vedlegg 2). For å sørge for at gruppen skulle være egnet til oppgavens formål ble det utarbeidet inklusjonskriterier (tabell 3).

Tabell 3: Fremstilling av inklusjonskriterier for deltakelse i prosjektet

- Klinisk praksis minimum ett år etter endt utdanning
- Hatt pasienter med subakutte uspesifikke korsryggsmerter i 2017/2018
- Medlem av Norsk Osteopatforbund (NOF)
- Norskspråklig

Bakgrunnen for disse inklusjonskriteriene er at vi ønsker at deltakerne skal kunne relatere spørsmålene til sin kliniske praksis, og reflektere rundt reelle pasienteksempler. Kriteriet om pasienterfaring defineres som at deltakerne må ha behandlet pasienter med subakutte uspesifikke korsryggsmerter i perioden fra 01.01.2017 og frem til rekrutteringsslutt 05.02.2018. Et annet aspekt rundt dette kriteriet, er at deltakerne skal få snakke om sine tanker - og ikke minst erfaringer, rundt temaet vi ønsker å belyse. Kriteriet om medlemskap i NOF, baserer seg på at vi ønsker en kvalitetssikring av deltakerne. Gjennom å kreve dette, krever vi samtidig at de skal ha gjennomført en 4-årig heltidsutdanning eller tilsvarende, samt at de er faglig oppdaterte og har forpliktet seg til både forbundets yrkesetiske retningslinjer og Helsepersonelloven (90). Kriteriet om at deltakerne er norskspråklige er med hensikt å redusere skjevheter i resultatene som kan oppstå gjennom problematikk relatert til oversettelser og transkripsjon. Utvalget ble gjort på et bekvemmelighetsutvalg, der alle som meldte seg til studien fikk delta så lenge de oppfylte inklusjonskriteriene.

3.3 Prøveintervjuer, hovedintervjuer og intervjuguide

Det ble gjennomført totalt tre prøveintervjuer i uke tre og fire for at forskerne skulle bli kjent med gjennomføringen og for at intervjuguide (vedlegg 1) og lydopptak skulle kvalitetssikres. Prøveintervjuene ble også gjort for å sikre at varigheten på intervjuene ikke oversteg den estimerte tiden på 30 minutter. Intervjuobjektene var to medstudenter og én foreleser på Høgskolen Kristiania. Utvalg av deltakerne til prøveintervjuene ble gjort gjennom utvelgelse ved selveleksjon hvor det ble sett bort fra de opprinnelige inklusjonskriteriene for deltakelse i prosjektet (88, s. 90). Det ble også satt av tid til tilbakemeldinger fra intervjuobjektene, dette for å utvikle intervjuguiden og forfatterens rolle som intervjuere.

Hovedintervjuene ble gjennomført i uke syv og åtte, på tidspunkt og sted etter deltakernes ønske. På samme måte som under prøveintervjuene hadde forfatterne fordelt oppgavene slik at den ene hadde ansvar for intervjuguiden og spørsmålsstillingen, mens den andre hadde ansvar for lydopptak og gjennomgang av informasjonsskriv og samtykkeerklæring. Under gjennomføringen av hovedintervjuene satt forfatter og informant ansikt til ansikt, hvor forfatteren som ledet intervjuet hadde intervjuguiden foran seg. Informanten fikk også ha et eksemplar av intervjuguiden tilgjengelig, for å redusere eventuelle misforståelser relatert til formuleringen av spørsmålene.

Deltakerne fikk ikke tilgang på intervjuguiden i forkant av intervjuene, dette med hensikt i å sikre at deltakernes svar ikke ble farget av nylig forskning de hadde lest seg opp på eller forberedt seg på, da psykososiale faktorer, bps, smertefysiologi er noe det skrives og snakkes mye om i disse dager. Deltakerne kunne derimot få tilsendt den øverste delen av intervjuguiden som beskrev selve prosessen og inneholdt enkle begrepsavklaringer. Spørsmålene til det semistrukturerte intervjuet ble utelatt fra dette skrevet (vedlegg 1 – side 1 av 2).

Intervjuguiden ble utviklet og revidert gjennom hele prosjektet både på bakgrunn av prøveintervjuer og hovedintervjuer, for å sikre en valid prosess. Inklusjonen av spørsmål som dreide seg om utdanning og erfaring var blant annet for å se om det kunne observeres en sammenheng mellom dette og måten de ulike osteopatene håndterte bevegelsesfrykt på. Intervjuguiden har tilsynelatende mange lukkede spørsmål og åpne oppfølgingsspørsmål, med hensikt å sikre en reliabel datainnsamling. Spørsmål som; ”håndterer du bevegelsesfrykt i undersøkelsen?” kan ansees som lukket, da det er et ja/nei spørsmål. Samtidig legger det ingen føringer ovenfor informanten, hvor en annen formulering kunne antydte en forventning om at de *skal* håndtere bevegelsesfrykt i undersøkelsen. En slik formulering kan derfor påvirke svarene, og begrunner valget av et lukket spørsmål etterfulgt av åpne oppfølginger. Med denne formuleringen er både ja - og nei, to veldig interessante og verdifulle svar, som intervjuer da har muligheten til å dykke videre inn i med oppfølgingsspørsmål som “hvordan da?” eller “hvorfor ikke?”. Denne formuleringen er gjennomgående i intervjuguiden, hvor det er oppfølgingsspørsmålene som i stor grad sørger for en åpen vinkling,

3.4 Transkribering

I en transkripsjon blir samtalen mellom to mennesker fiksert til en skriftlig form, denne

prosessen kan medføre ulike utfordringer som kan påvirke både analyse og resultat (91, s. 207). Transkribering er et område hvor det finnes mange valg, men ikke mange standardregler. Noe av det viktigste, er uansett å alltid beskrive hvordan transkripsjonene er utført. Kvaliteten på selve intervjuet beskrives ofte, men kvaliteten på transkripsjonen blir sjeldent diskutert og beskrevet (91, s. 204). I dette prosjektet ble transkribering av intervjuene ble gjort fortløpende samme dag som intervjuene fant sted, for at forfatterne skulle ha intervjuet friskt i minne, og minimere usikkerhet rundt informantenes svar. Forfatterne valgte å transkribere to intervjuer hver, da dette ville være mer arbeids- og tidseffektivt. Det var aldri et alternativ at noen andre enn forfatterne skulle foreta transkriberingen, på tross av at dette er relativt vanlig i de fleste intervjuundersøkelser(91, s. 207). Årsaken til dette valget dreier seg om ressurser, kostnader og prosjektets størrelse. Samtidig er en av fordelene med at transkriberingen ble foretatt av forfatterne, at de vil kunne gjøre seg tanker om de sosiale og emosjonelle aspektene ved intervjusituasjonen, og allerede påbegynne en analyse av datamaterialet(91, s. 207). Under transkriberingen var forfatterne opptatt av at teksten skulle gjenspeile selve intervjuet mest mulig. Det ble derfor valgt en ordrett transkribering som inkluderte perioder med stillhet, gjentakelser, intonasjonsmessige understrekinger og uttrykk som latter og sukk(91, s. 208).

3.5 Analyse

I den kvalitative forskningen analyseres dataene både under og etter selve datainnsamlingen, så vel som at analysen vanligvis presenteres i ord og beskrivelser fremfor å presenteres som tall. Gjennom å bruke en tematisk analyse vil vi kunne gjenkjenne og organisere mønstre i innholdet og gi mening til datamaterialet vi har samlet inn(87, s. 57). Den tematiske analysen krever ikke mye kunnskap om andre kvalitative metoder - er enkel å forstå, og er også god til å fremheve likheter og ulikheter i data hentet fra ulike deltakere (92,93).

Etter at dataene har blitt samlet inn, er koding det første steget i en tematisk analyse (87, s. 61). Temaene utvikles først når forskeren legger merke til potensielle mønstre i kodene, og reflekterer rundt den underliggende meningen(87, s. 62). Vanligvis vil forskeren gjøre seg kjent med dataene gjennom å lese teksten som er blitt transkribert flere ganger, noe som er spesielt viktig når dataen ikke er transkribert av forskeren selv (87, s. 61). Noe som var et tilfelle for oss, da forfatterne kun transkriberte to av intervjuene hver. Forfatterne hadde da gjort seg godt kjent med dataen i intervjuene de selv hadde transkribert. Ubevisst eller bevisst

hadde forfatterne da allerede startet analyseringen av dataene de hadde foran seg, gjennom å få ulike inntrykk og ideer basert på dataene de har samlet inn og transkribert.

Innenfor kvalitative analyser har vi to brede orienteringer kjent som deduktiv og induktiv analyse (86, s. 205). I en induktiv tilnærming, prøver kodingen å fange meningen et segment inneholder, og kodingsrammen hentet fra deltakerens synspunkter. I en deduktiv tilnærming prøver kodingen å identifisere meninger som inneholde et aspekt som er av interesse for forskeren, og dataen plasseres innenfor en kodingsramme som allerede eksisterer (87, s. 61). I praksis vil ikke en analyse være fullstendig deduktiv eller fullstendig induktiv (86, s. 61). Balansen mellom de to orienteringene vil derimot kunne påvirkes av det kunnskapsteoretiske grunnlaget for oppgaven, og tilnærmingen man har til datamaterialet.

Den tematiske analysen har også noen begrensninger på tross av at den foreslås som enkel å bruke, og krever lite erfaring av forskeren (87, s. 65, 93). En av svakhetene oppstår sammen med den deduktive tilnærmingen, hvor man står i fare for at dataene ikke får tale for seg selv, og at forskeren kan bli for opphengt i å lete etter temaer som allerede eksisterer i litteraturen. Videre er en god tematisk analyse avhengig av at forskeren klarer å finne riktig kunnskapsteoretisk orientering, og har en tydelig teoretisk forankring (86, s. 205).

I dette prosjektet ble det benyttet en tematisk analyse med overvekt mot en induktiv tilnærming. Transkripsjonene ble i første omgang gjennomlest av forfatterne slik at de skulle gjøre seg godt kjent med innholdet. Deretter ble dataene kodet én gang hver av begge forfatterne, og mønstrene i disse kodene la deretter grunnlaget for flere ulike temaer. Kodingen ble gjennomført ved at forfatterne markerte ulike deler av transkripsjonen med en induktiv kode, her var det også åpent for at samme datautdrag kunne inneholde flere ulike koder. Datautdrag ble deretter sortert inn i et tematisk kart som la grunnlaget for hovedtemaene, alle utdragene ble deretter sortert inn under disse hovedtemaene og fargekodet etter hvilken informant utdragene kom fra. Deretter ble transkripsjonene kodet på nytt, for å se om det var ulike utdrag som kunne passe inn under andre temaer, og for å se om det var deler av dataene som hadde blitt oversett.

3.6 Etikk

Etiske problemer i intervjuforskningen oppstår spesielt på grunn av de komplekse forholdene som er forbundet med å utforske mennesker privatliv og legge beskrivelsene ut i det offentlige

(91, s. 381). I oppgaven må det tas hensyn til flere etiske aspekter, blant annet konfidensialitet og samtykke. All informasjon som samles inn skal behandles konfidensielt, og anonymiseres slik at de ikke kan spores tilbake til de som deltar i studien, av hensyn til deltakerne og deres pasienter. Deltakeren skal også kjenne prosjektet godt nok til å kunne ta stilling til om han eller hun ønsker å bidra med sin kunnskap eller ikke (94, s. 238). Av denne grunn ble et informasjonsskriv og en samtykkeerklæring sendt ut som en del av rekrutteringen (vedlegg 2). Denne samtykkeerklæringen må skrives under før intervjuene kan settes i gang. Skriftlig informasjon og informert samtykke er en forutsetning for forsvarlig forskningsetiske fremgangsmåte (94, s. 238). Her presiseres det blant annet at deltakelsen er frivillig, og at man når som helst kan trekke sitt samtykke uten å oppgi noen grunn. Det opplyses også om at alle opplysninger vil bli fjernet og slettet med umiddelbar virkning. Etter rådføring med veileder ble studien av etiske hensyn også meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk senter for forskningsdata AS (NSD), hvor studien ble fritatt for konsesjonsplikt (95).

3.7 Studiets kvalitet

Validitet i den kvalitative forskningen handler om bekræftbarhet, troverdighet og overførbarhet (88, s. 93). Satt i sammenheng handler validitet om vi undersøker det vi ønsker å undersøke, dette gjenspeiles i valg av metode og metode for datainnsamling, som skal gi oss svar på oppgavens problemstilling. Videre vil spørsmålene i intervjuguiden måtte ha relevans for problemstillingen for å sørge for en valid undersøkelse, noe som var et viktig fokusområde under utviklingen av intervjuguiden. Ved flere anledninger ble forfatterne nødt til å stille seg kritiske til hvorvidt vi skulle inkludere eller ekskludere spørsmål nettopp på bakgrunn av deres validitet. Cronbach (96, s. 443) referert i Kvale og Brinkmann (91, s. 251) beskriver valideringen som en prosess der man ikke bare ønsker bekræftelse, men en prosess hvor man skal utvikle mer holdbare fortolkninger av observasjoner.

Reliabilitet handler om pålitelighet eller nøyaktighet, og behandles ofte i sammenheng med spørsmålet om hvorvidt et resultat kan reproduseres på andre tidspunkt av andre forskere. (88, s. 94, 91, s. 276). Reliabiliteten kan påvirkes i stor grad blant annet gjennom intervjuerrollen, transkribering og analyse. Her er aspekter som intervjuers ordvalg og spørsmålsstilling samt transkriberingsmetode avgjørende. På disse områdene, samt under analysen vil man kunne møte på utfordringer. Her ønsker man å minimere sjansen for vilkårlig subjektivitet samtidig som man ønsker å bevare den kreative tenkningen og variasjonen som kjennetegner kvalitativ

forskning. Forfatterne valgte derfor å ha den samme personen som intervjuer under hele datainnsamlingen, samt å benytte seg av samme ordrette transkriberingsmetode for å legge til rette for en god intersubjektiv reliabilitet. Tiltak for å styrke reliabiliteten var spesielt viktig da valget om å transkribere to intervjuer hver ville svekke transkripsjonens reliabilitet.

På samme måte som at gjennomsiktighet kan styrke validiteten, foreslås det også at den kan styrke reliabiliteten gjennom god beskrivelse av metoden og det teoretiske ståstedet (88, s. 360, 97, s. 94). Samtidig er det ikke alltid enkelt å sikre høy reliabilitet når vi snakker om kvalitative undersøkelser, ettersom det gjøres mange tolkninger som ulike forskere ikke nødvendigvis oppfatter på samme måte (88, s. 94).

3.8 Kostnader

Prosjektet medførte ingen kostnader for hverken deltakere eller forfattere.

4 Resultater

Etter at om lag 85 invitasjoner ble sendt ut satt forfatterne til slutt igjen med 4 informanter som alle fylte inklusjonskriteriene satt på forhånd (tabell 4).

Tabell 4: Anonymisert presentasjon av prosjektets deltakere med deres utdanning, erfaring og kjønn.

Informant	Utdanning	Erfaring	Kjønn
O1	Deltid	1-5 år	Mann
O2	Deltid	1-5 år	Mann
O3	Heltid	1-5 år	Kvinne
O4	Deltid	Mer enn 5 år	Kvinne

Etter den første runden med koding ble kodene sortert i et tematisk kart med 11 ulike temaer. Disse ble deretter sortert og presentert i 3 ulike hovedtemaer, med tilhørende undertemaer (tabell 5). Resultatene presenteres som sammenfatninger av deltakernes svar med sitater fra transkripsjonen.

Tabell 5: Fremstilling av hovedtemaer og undertemaer

Tilpasning	Utfall	Varighet
-Anamnese -Undersøkelse -Behandling og teknikkvalg -Øvelser og tiltak -Kommunikasjon -Utfordringer -Behandlingsforløp	-Kortsiktig og langsiktig nytteverdi -Erfaring	-Viktighet i tilnærming

4.1 Tilpasning

Anamnese

Alle osteopatene sier de adresserer bevegelsesfrykt i anamnesen, men sier at dette også vil variere fra pasient til pasient. Samtlige sier også at de bruker lenger tid på anamnesen til en pasient med bevegelsesfrykt, og at de prøver å stille spørsmål som kan gi svar på hvorfor pasienten har bevegelsesfrykt. O3 gir et eksempel på hvordan en av forklaringene på hvorfor pasientene har bevegelsesfrykt kan komme fra annet helsepersonell, eller at pasienter har misforstått ting helsepersonell har sagt. O1 og O4 sier de også i noen tilfeller kan forsøke å gi pasienten en forklaring på årsaken til smertene, og forsøke å betrygge de.

“Jeg hadde en pasient som hadde prolaps for 7 år siden, som hadde fått vondt i ryggen igjen og var da livredd for at det var prolaps. For han hadde fått det forklart som at «se for deg en napoleonskake, hvis du tar knyttneven din og slår dét du kan ned, det er prolaps». Og da er det jo ikke rart at han sitter der og er redd. Så når det er så grove ting da, så går jeg inn på det med en gang, men som regel så venter jeg litt ja.” (O3)

“Da e det å snakke med pasienten og gå mer i dybden på hvordan pasienten oppleve smerten sin. Å forklare kanskje i anamnesen, hvis det allerede klart hva slags type ryggsmerte det e. (..) så det e en forklaring av mulig årsaker til smerten i anamnesen.” (O4)

Undersøkelse

Samtlige osteopater håndterer pasienters bevegelsesfrykt under undersøkelsen gjennom kommunikasjon, der de blant annet forklarer hva undersøkelsen skal gå ut på, betrygger pasienten og skaper fortrolighet. Alle osteopatene sier også at de vil gjøre individuelle tilpasninger i undersøkelsen. O1 nevner at han fokuserer på hvilke bevegelser pasientene *kan* gjennomføre, og tilnærmer seg frykten også på denne måten. O3 og O4 forteller de er nøye med å forklare hva de skal gjøre og at de ikke trenger å overskride pasientens smertegrense.

“Jeg spør pasienten hva han klarer å gjøre gjennom bevegelse, så hvis det er for eksempel å bøye seg frem så tillater jeg bare å gjøre det pasienten synes er greit. Men jeg ber de bare å gjøre det de kan. Og hvis det ikke går så prøver en annen måte for å tilnærme- å få frem det samme bevegelsesutslaget på. Enten det er sånn- hvis det er vanskelig å stå og å bøye seg fram, for eksempel, spør om de kan sitte, bøye seg frem eller å sitte på huk, da får du en fleksjon av lumbalen, kanskje bøye seg litt fram på huk. Ja. Da får du gitt ´n alternativer.” (O1)

“Da e æ veldig veldig nøye med å beskriv hva vi ska gjør før vi sett i gang. Æ beskrive hva den funksjonsundersøkelsen går ut på og æ si at vi går ikke over smertegrensa. Æ e hele tida i dialog med hva vi gjør i forkant og passe på at pasienten veit hele tida at æ har kontroll over hva som gjøres og går aldri over smertegrensen til pasienten i funksjonsundersøkelsen og e egentlig hele tida i forkant med å forklar hva man ska gjør, for det e en god metode sånn at pasienten blir fortrolig med mæ.”(O4)

Behandling og teknikkvalg

Alle osteopatene forteller at de tilpasser teknikkvalgene i behandlingen ut i fra hvordan de opplever pasienten, men ikke alle osteopatene gjør dette på grunnlag av bevegelsesfrykt alene. Tre av osteopatene sier de ofte utelukker HVLA under første behandling, men åpner for dette senere i behandlingsforløpet.

“Ja. Æ utelukke hvert fall alle teknikker som kan virke voldsom på sånne type pasienta i første behandlingen. Til dem har fortrolighet med mæ. For eksempel hvis det skulle måtte være manipulasjon, sånne ting, i første behandlingen lar æ alltid vær med pasienter som har frykt.” (O4)

Tre av fire osteopater vektlegger også kommunikasjon og at de forklarer alt de gjør. Kommunikasjon som et verktøy kommer særlig frem under behandlingen, og alle osteopatene sier de bruker en form for smerteutdanning i større grad hos pasienter med bevegelsesfrykt. Samtidig er det uvisst om det er forskjeller i hvor stor del av konsultasjonen som går med til samtale og kommunikasjon.

“Det er veldig sjeldent at jeg kun har sånn samtale om ehh, at det kun er en samtale på førstekonsultasjon. Det er vel nærmest aldri.” (O2)

“Og æ tror at 80% av hele behandlingen til sånne type pasienta e med kommunikasjon og forklaring av e det egentlig som skjer.” (O4)

O1 bruker bløtdelsteknikker, MET og mobiliserings-MET for å se hvordan pasienten responderer, mens O3 benytter seg mer av bløtdelsteknikker, MET og teknikker med stort utslag for å adressere bevegelsesfrykten.

“...[teknikker med] store bevegelser for å vise at de har utslaget. Sånn som jeg nevnte i stad med beina. Ja, artikulasjoner, bløtvev og MET funker også veldig fint så man kan ta i litt for å vise at de greier å aktivere muskulaturen da.” (O3)

Øvelser og tiltak

Alle osteopatene kan tendere til å gi individuelt tilpassede øvelser til pasientene hvor trygghet er et viktig aspekt. Osteopat 4 påpeker at hun ikke gir øvelser direkte for å redusere bevegelsesfrykten, men at det kan være en konsekvens av øvelsene. Osteopat 1 og 2 forsøker å gi øvelser som skal aktivere det smertefulle området blant annet for å utfordre pasientenes bevegelsesfrykt. Osteopat 3 nevner også at hun motiverer til generell fysisk aktivitet som en del av rådene hun gir.

“Det spørs litt på alder og type person, men prøver å ha noe som er motorisk enkelt sånn at det ikke er mye rom for å gjøre feil, også er det viktig at de får det til og at de kjenner hva de gjør, på en måte.” (O2)

“Men jeg gir øvelser også som kan utfordre litt, men samtidig dem skal føle seg trygg på det også tar jeg heller mer neste gang.” (O1)

“For ofte fører jo bevegelsesfrykten til at de blir svært stillesittende og er redde for å røre på seg. Så å fortelle de at «gå deg en tur», «prøv å tøy litt» og kanskje noen ganger så er det ikke så viktig at de tøyser på strukturen som er smertegivende heller, bare at de tør å gi et større utslag enn de vanligvis gjør.” (O4)

Kommunikasjon

Alle osteopatene mener de (i større eller mindre grad) endrer måten de kommuniserer på. O2 sier han vektlegger begrepsavklaringer og korrigerer misforståelser. Tre av fire forteller de er mer bevisst på hva de sier. O1 sier han unngår negativt ladede ord for å beskrive funn, mens O3 er mer forsiktig med å diskutere differensialdiagnoser med pasienter som er veldig redde og trekker frem journalføring som virkemiddel på å holde orden på hva hun har sagt. O4 sier bevegelsesfrykt ikke er eneste faktor som påvirker kommunikasjon, men også pasient i helhet, og sier hun legger vekt på å vise empati.

“Så [det] er vel bare kanskje at [man får] en ekstra bevissthet? I forhold til teknikker og sånn og da - liksom ikke bruke at man skal- «at leddet er låst» eller «at du skal løsne på noe».(....) Heller «myke opp», «det er litt nedsatt fjæring her som jeg bare skal, prøve å få litt mer bevegelse».” (O1)

Utfordringer

Osteopat 1 og 3 forteller om utfordringer med å formulere seg på måter som ikke kan misforstås og forsterker frykten. De opplever også at pasienter ofte har en formening om at smertene skyldes noe farlig. Osteopat 2 trekker frem språkbarrierer og at pasienter som har opplevd flere episoder med smerter ofte ikke godtar osteopatens forklaring. Osteopat 4 opplever ikke utfordringer med å snakke med pasienter om bevegelsesfrykt.

“Og det er jo noen som kan misforstå veldig lett, hvis man begynner å snakke om det kognitive ved smerte da (.....) Også blir de jo sinte av det, for da får de på en måte høre at «det her tenker du på deg», og da må man veie ordene sine veldig, veldig

forsiktig. (..) Jeg har jo opplevd at folk blir- jeg har hatt én pasient som ble veldig irritert og ikke ville ha mer behandling, fordi man ordla seg litt feil.” (O3)

Behandlingsforløp

Alle osteopatene mener de i større eller mindre grad starter å adressere pasientens bevegelsesfrykt ved første møte, men hos osteopat 1 og 3 kommer det frem at de ofte vil tendere til å ha et økende fokus på bevegelsesfrykten ut over i behandlingsforløpet.

“(....)da så er det jo litt fra første gang, men det er veldig lite, også blir det bare mer og mer for hver behandling som går, men hvor mye avhenger av hvordan de reagerer hele veien. Og så må jeg enten gå litt ned eller litt opp eller prøve å justere.” (O1)

4.2 Utfall

Kortsiktig og langsiktig nytteverdi

Alle osteopatene mener at den langsiktige nytteverdien av å håndtere bevegelsesfrykt vil være at pasienten gjennom økt forståelse vil klare å takle nye eller lignende smerter på en bedre måte. En av osteopatene drar frem en økt tillit til behandler som en kortsiktig nytteverdi, mens to osteopater viser til økt bevegelse og redusert smertenivå som noen av de kortsiktige nytteverdiene.

“Altså det kortsiktige nytteverdien, er jo at hvis de blir mindre redde så tør de å bevege seg mer, og da vil veldig ofte smertenivået gå jo ned hvis man holder seg i bevegelse.” (O3)

Erfaring

Osteopatene beskriver bevegelsesfrykt som en faktor med ulike graderinger. O1 påpeker at han ser veldig få pasienter med uttalt eller stor grad av bevegelsesfrykt. Pasienter med langvarige smerter opplever han derimot som komplekse og vanskeligere å oppnå en endring hos. O2 observerer noen fellestrekk hos pasientene med uttalt/stor grad av bevegelsesfrykt.

“I praksis og som osteopat så er det særdeles lite [pasienter] – som har sånn den veldige frykten. Ja. Hvert fall under 10% av de jeg har, ja, færre rett og slett. Så er det selvfølgelig grader av det da.” (O1)

“Nei, det er kanskje de som er litt engstelige på flere områder i livet, som er, engstelige for bevegelser også. Og de som, veldig ofte de som ikke har vært noe særlig aktive gjennom livet, som plutselig har fått merke at de har en kropp, også skjønner de ikke helt hva som skjer.” (O2)

4.3 Varighet

Viktighet i tilnærming

Alle osteopater sier det hele tiden er individuelt fra pasient til pasient hvor viktig det er, og hvordan de velger å håndtere bevegelsesfrykt. Samtidig sier to av osteopatene at de mener det er viktigere å adressere bevegelsesfrykten hos de pasientene med langvarige smerter, men de to andre osteopatene sier de ikke skiller noe på varighet. Samtidig sier både O1 og O3 at det er like viktig uansett, men at de i noen tilfeller håndterer det litt annerledes hos akutte pasienter. O3 sier hun kan være litt mer forsiktig i fremgangsmåten hos akutte pasienter som er litt ”paniske”. Ingen av osteopatene sier de håndterer bevegelsesfrykt hos subakutte pasienter på en annen måte, basert på varigheten.

“Nei. Det tror jeg, jeg synes er like viktig uansett. Det påvirker jo smerten, uansett hvilket stadie du er på. Jeg vet jo at det påvirker skillet mellom det fysiologiske og det psykiske, og hvor stor skaden er, det forholdet der endrer seg jo etter hvert, men det tror jeg ikke jeg skiller noe på.” (O3)

“For jeg gjør det på samme måte. Altså, det blir kanskje på de akutte, for å gå tilbake til den forrige. Så blir det jo, der kan det jo kanskje være litt mer sånn, kall det, paniske pasienter. At de er veldig mye mer stresset fordi det er nytt og sånn, så da kanskje man er litt mer forsiktig i fremgangsmåten å snakke på, men på subakutte og på kroniske, det. Det tror jeg ikke jeg skiller noe på. Nei.” (O3)

5 Diskusjon

I dette kapittelet vil resultatene fra prosjektet diskuteres og sammenlignes opp mot hverandre og tilgjengelig forskning, presentert etter hovedtema.

5.1 Diskusjon av resultater

Tilpasning

Svarene deltakerne ga indikerer at store deler av konsultasjonen, og måten osteopatene adresserer bevegelsesfrykt hos pasientgruppen, er med forklaringer, kommunikasjon og smerteutdanning. Dette benyttes gjennomgående i anamnese, undersøkelse og behandling. Videre kom det også frem at alle osteopatene endrer ordvalg og talemåte for å øke sjansen for bedring samt å redusere eller unngå å skape ytterligere frykt. Kommunikasjon og smerteutdanning har vist seg å ha god effekt på kort og lang sikt, og det er interessant å merke seg at svarene er i overensstemmelse med europeiske retningslinjer og Fryers forslag fra 2017 (7,11,56,63,98,99). Om informantenes tilnærming er basert på litteratur på området, eller tilegnet via klinisk erfaring er uvisst.

Videre ser vi også at alle osteopatene individuelt tilpasser anamnese, undersøkelse og behandling til hver enkelt pasient. Hos pasientene med bevegelsesfrykt bruker osteopatene lengre tid i anamnesen for å få et større bilde av pasienten, men også for å håndtere bevegelsesfrykten. Tilnærmingen reflekterer den biopsykososiale modell godt da de biologiske, psykologiske og sosiale faktorer varierer i stor grad fra person til person (5,13,55,56,63,77,78). Allikevel har ikke sykehistorien og den kliniske undersøkelsen vist seg å ha en sterk validitet når det kommer til diagnose og utfall hos pasienter med uspesifikke korsryggsmerter, men anbefales på tross av dette i mange retningslinjer(42,100,101). Årsaken til dette kan muligens relateres til anbefalingene i de samme retningslinjene om å utelukke spesifikk patologi og nerverotaffeksjon og å kartlegge prognostiske faktorer som kan være med å på å danne det multidimensjonale bildet man ser hos pasienter med korsryggsmerter(12,101).

Ingen av informantene nevner pasientenes forventninger, noe som også kan skyldes manglende spørsmål om temaet i intervjuguiden. Allikevel føler forfatterne det er viktig å påpeke noe som det later til å være en viss enighet om i litteraturen, nemlig at man under behandling av korsryggsmerter må ta hensyn til pasientens syn og forventninger - på lik linje

med de kliniske funnene, for å bedre utfall og prognose (11,42). Videre vektlegges det å betrygge pasienten, samt informere og utdanne om ryggsmertene etter biopsykososiale prinsipper for behandling og forebygging av korsryggmerter. I tillegg kan man forebygge utviklingen av langvarige plager ved å unngå misforståelser hos pasientene, men hvordan man unngår slike misforståelser på en god måte, er derimot fortsatt uvisst (12,102).

Alle leter etter forklaringer på hvorfor pasientene har frykt, O3 kommer med eksempel om forklaringer til annet helsepersonell som mulig årsak. Forklaringer som dette kan falle inn under det Bunzli og kollegaer (17) beskriver som “sunn fornuft”, og være med på å påvirke alle de fem dimensjonene som utgjør grunnlaget til pasientens forståelse av smerte. Informantene sier også de kan oppleve at pasienten har en formening om at smertene skyldes noe farlig - som ofte kan komme av misforståelser eller tidligere erfaringer, og da være med på å påvirke pasientens prognose (12,17,102).

Samtidig som kommunikasjon vektlegges som en viktig del av informantenes tilnærming til pasientene med bevegelsesfrykt, består også konsultasjonen av manuell behandling. Alle osteopatene sier at de endrer teknikkvalgene sine, men at det ikke alltid kun er som følge av bevegelsesfrykten. De tilpasser derimot teknikkene til hele pasienten, og som vi allerede har diskutert passer dette godt inn i den osteopatiske tankegangen. Allikevel sier tre av fire at de ofte utelater HVLA i de første konsultasjonene, men bakgrunnen for dette valget er uvisst. Det kan argumenteres for at pasientenes opplevelse av teknikken og det viktige pasient-terapeut forholdet spiller inn på avgjørelsen (103–105). Det er mulig å spekulere i at noen pasienter kan oppleve HVLA som en voldsom teknikk, og av den grunn potensielt øke risikoen for å forverre pasientens opplevelse av smerte og bevegelsesfrykt. På en annen side kan denne teknikken føre til smertelette, og forholdet mellom eventuelle fordeler og ulemper må da vurderes når vi vet at pasientens opplevelse av smerte er sterkt knyttet til bevegelsesfrykt. (6,15,57,59,79,106–108).

To av osteopatene sier de bruker ulike former for MET i behandlingen av pasienter med bevegelsesfrykt og subakutte uspesifikke korsryggmerter. Det er derimot ikke enighet i forskning om virkningsmekanismer og effekt av disse teknikkene hos pasienter med uspesifikke korsryggmerter (109). Det er derfor mulig å anta at informantene benytter seg av disse teknikkene hos denne pasientgruppen på bakgrunn av klinisk erfaring, men dette er fortsatt uvisst.

Ser vi til litteraturen finner vi også eksempler der manipulasjonsbehandling kan være et nyttig verktøy i behandlingen av spesielt akutte uspesifikke korsryggsmerter. Her nevner van Tulder og kollegaer (11) at man kan vurdere manipulasjonsbehandling for pasientene som sliter med å returnere til normal aktivitet, og det kan spekuleres i om det muligens er på grunn av teknikkens smertelindrende effekter (57,59,106–108,110). Samtidig finner man lite som taler for at det er én enkelt intervensjon eller behandling av korsryggsmerter har god effekt og det er også et fåtall av studier som spesielt undersøker behandlingen av subakutte uspesifikke korsryggsmerter. (7–9,12,42). De intervensjonene som har akseptabel evidens for behandling av korsryggsmerter har relativt lave effekstørrelser, og det er også usikkerhet rundt virkningsmekanismene (12,42). Som nevnt tidligere kan kognitiv atferdsterapi, treningsterapi, smerteutdanning og en biopsykososial tilnærming anbefales for håndteringen av kroniske korsryggsmerter, likevel vil sannsynligvis ingen enkeltintervensjon være effektiv i behandlingen av kroniske ryggsmerter med uttalt funksjonsnedsettelse, på grunn av dets multifaktorielle opphav (11,12). Noe som også passer godt med Fryer sin tankegang rundt effekten av osteopatiske behandling(56).

O1 forteller at han prøver å finne andre måter for pasienten å tilnærme seg bevegelser de ikke klarer å gjøre, og har en form for gradert eksponering til ulike bevegelser hos sine pasienter. En slik tilnærming ble diskutert av Kori og kollegaer i 1990 som en systematisk desensitivering, og det har også blitt gjort lovende studier på ulike former for gradert eksponering som man tror kan spille en viktig rolle i behandlingen av bevegelsesfrykt og langvarige plager (18,72,111,112).

Osteopatene sier også at de kan gi øvelser til pasientene, hvor trygghet er et viktig aspekt. Om alle osteopatene gir øvelser med spesifikk hensikt å håndtere bevegelsesfrykten er noe uklart, men O4 påpeker at en redusert bevegelsesfrykt ikke er selve hensikten med øvelsene hun gir. Som nevnt i tidligere avsnitt har både manuell behandling, kommunikasjon og smerteutdanning vist god effekt på ryggsmerter (7,8,11,12,18,57,63,98,99). Noe interessant er det også at Vibe Fersum og kollegaer (18) viste i 2013 at cognitive functional therapy hadde et signifikant bedre utfall enn manuell behandling og trening på pasienter med kroniske uspesifikke korsryggsmerter. Samtidig er det viktig å påpeke at øvelser ikke later til å bli brukt av noen av osteopatene som et substitutt for passiv behandling og kognitiv tilnærming, men derimot som et supplement. O3 sier også at hun for det meste gir generelle råd og

oppfordrer pasientene til aktivitet - noe som vi finner igjen i litteraturen, hvor alle former for aktivitet har en viss effekt i forebygging av nye tilfeller, men at pasientene skal kunne være selvstendige med støtte fra behandler er det mest ønskelige (42). Videre frarådes det at pasienten skal være sengeliggende, men de oppfordres derimot til å forbli aktive og opprettholde den normale aktiviteten - inklusive arbeid, hvis det er mulig (11,12,98,113).

Alle informantene adresserer også bevegelsesfrykten ved første møte, noe som kan være fordelaktig ettersom tidlig håndtering av psykososiale faktorer kan ha god effekt på prognose, og også har vist seg å kunne ha en forebyggende effekt (114).

Utfall

Alle osteopatene mener at den langsiktige nytteverdien av å håndtere bevegelsesfrykt vil være at pasienten gjennom økt forståelse vil klare å takle nye eller lignende smerter på en bedre måte. Pasienter med korsryggsmerter er utsatt for å oppleve nye tilfeller av korsryggsmerter og det kan da argumenteres for at en økt forståelse av smertene de opplever kan bidra til en bedre prognose (11,12,17,98,113,115). En av osteopatene drar frem en økt tillit til behandler som en kortsiktig nytteverdi, mens to osteopater viser til økt bevegelse og redusert smertenivå som noen av de kortsiktige nytteverdiene, som begge deler kan relateres til bedret utfall eller forebygging av nye tilfeller (11,12,17,42,103,104,113,116). På tross av at de prognostiske faktorene for akutte og kroniske korsryggsmerter er like og av psykososial art, påpeker Balague og kollegaer (42) at det er uvisst hvor stor grad de psykososiale faktorene påvirker utfallene. Det man derimot er noe mer sikre på, er at de tradisjonelle mekaniske faktorene spiller en mindre rolle.

Osteopatene beskriver også bevegelsesfrykt som en faktor med ulike graderinger. Svarene samsvarer med bruken av Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire(FABQ) og Tampa Scale of Kinesiophobia(TSK) som begge er verktøy som skal gi klinikeret et inntrykk av hvor stor grad av bevegelsesfrykt pasienter har, og hvilke sammenhenger det kan relateres til (77,78). O1 påpeker at han ser veldig få pasienter med uttalt eller stor grad av bevegelsesfrykt, men pasienter med langvarige smerter opplever han derimot som komplekse og vanskeligere å oppnå en endring hos. Det er fortsatt noe uvisst, men studier gjort på pasienter med nakkesmerter tydet på at kroniske pasienter kunne oppleve dårligere utfall av behandling, sammenlignet med akutte og subakutte pasienter (10). O2 observerer noen fellestrekk hos pasientene med uttalt bevegelsesfrykt, som blant annet går på at pasientene gjerne er

engstelige på flere områder i livet, noe som kan sammenlignes med funnene gjort av Asmundson i 1996, og Naylor i 2017 (117,118).

Varighet

Alle osteopater sier det hele tiden er individuelt fra pasient til pasient hvor viktig det er og hvordan de velger å håndtere bevegelsesfrykt. Samtidig sier to av osteopatene at de mener det er viktigere å adressere bevegelsesfrykten hos de pasientene med langvarige smerter, mens de to andre osteopatene sier de ikke skiller noe på varighet. Enkelte studier har observert at bevegelsesfrykt kan være en prognostisk faktor for subakutte korsryggsmerter, ofte i sammenheng med arbeidsrelaterte utfall (80–83). Andre studier har derimot ikke kunne si at bevegelsesfrykt er en prognostisk faktor for funksjonsnedsettelse som følge av korsryggsmerter samtidig som det også er begrenset med studier som kan argumentere for at undergrupperinger av uspesifikke korsryggsmerter er nyttig i klinisk praksis (42,119). Videre har vi vært innom studier som kan se forskjell i respons på behandling (10). Samtidig sier både O1 og O3 at det er like viktig uansett, men at de i noen tilfeller håndterer det litt annerledes hos akutte pasienter, hvor O3 også nevner at hun kan være litt mer forsiktig i fremgangsmåten hos akutte pasienter som er litt ”paniske”. Ingen av osteopatene sier de håndterer bevegelsesfrykt hos subakutte pasienter på en annen måte basert på varigheten. Det kan derimot diskuteres om det vil ha vært gunstig og mer effektivt å håndtere disse pasientene annerledes for å hindre kronifisering, og på den måten bidra til økt livskvalitet og samfunnsmessige besparelser (1,2,10,70,80–83,116).

5.2 Metodekritikk

Til dette studiet, hvor vi ønsket å undersøke hvordan osteopater håndterer bevegelsesfrykt hos pasienter med subakutte uspesifikke korsryggsmerter, valgte vi en kvalitativ tilnærming for å få mest mulig svar ut fra objektene. Fordelene med denne typen metode er at intervjuobjektene står friere til å ytre erfaringer og meninger i tillegg til at vi kan stille oppfølgings spørsmål som vi ikke ville hatt samme mulighet til under en kvantitativ undersøkelse. Vi reiste ut til de respektive deltakerne på dato og tidspunkt etter deres ønske, noe som kan ha vært en bidragsyter til å redusere potensielle ulemper for osteopatene og hindre frafall.

Ulempene med en kvalitativ tilnærming er at det kan være tidkrevende og vanskelig for forskeren å gå inn i prosjektet helt nøytralt, uten noen forforståelse. Den kvalitative tilnærmingen medfører derfor en risiko for at objektene kan påvirkes under selve intervjuet og en fare for skjevheter under transkripsjon, koding og analyse.

Rekrutteringen ble satt i gang to måneder før første intervju fant sted, i håp om at det skulle være tid nok til å hente inn et tilstrekkelig antall deltakere. Rekrutteringen ble gjort per e-post og sosiale medier som det i ettertid er mulig å anta at påvirket størrelsen på prosjektet. Første e-post ble sendt ut i førjulstider, og kunne muligens blir oversett av osteopaterne som ble kontaktet. En e-post er også noe mer uformell enn en telefonsamtale og det kan spekuleres i om en rekruttering per telefon eller fysisk oppmøte på ulike klinikker kunne ha skaffet flere deltakere. Ettersom det også ble sendt ut et informasjonsskriv sammen med invitasjonen, kan det være nødvendig å påpeke at dette kan ha bidratt til en form for seleksjonsbias da terapeutene som meldte seg trolig hadde en interesse for temaet prosjektet dreide seg om.

Det ble ikke gjennomført ett stort litteratursøk knyttet til dette prosjektet, men heller flere små. Noe av dette skyldes at enkelte artikler som viste seg relevante for oppgaven ble publisert etter første søk, og en noe flytende oppgaveprosess. Fordelen med å gjøre det på denne måten er å best mulig sikre faglig oppdatering til oppgavens teoridel - og muligheter for diskusjon med nyere forskning, dette gjør derimot litteratursøket vanskelig å etterprøve.

Spørsmålene i intervjuguiden ville kunne påvirke oppgavens validitet, og er også utsatt for en svekket reliabilitet ettersom de skulle leses opp muntlig av intervjueren under hvert intervju. Her åpner det seg mange muligheter for intonasjonsmessige forskjeller - så vel som til tider en endret spørsmålsoppbygging underveis i intervjuet, som begge deler i stor grad kan være med på å svekke reliabiliteten i svarene vi fikk. Svekket reliabilitet i datainnsamling vil selvfølgelig også til slutt få konsekvenser for resultatene og oppgavens reliabilitet. Her kommer også valget om å transkribere to intervjuer hver inn, som igjen vil kunne være med på å svekke reliabiliteten for transkripsjonen, som skal legge grunnlaget for videre koding og analyse, og til slutt oppgavens resultater. For å bedre reliabiliteten tok vi tidlig valget om at deltakerne ikke skulle få tilgang på intervjuguiden, ettersom dette ville minske sjansen for at deltakernes svar ble farget av forskning og litteratur de leste i forkant av intervjuene. Valget førte dessverre også med seg noen svakheter, som for eksempel at deltakerne ikke fikk like

god tid til å reflektere over pasienteksempler og sine erfaringer relatert til spørsmålene vi stilte.

Deltakerne fikk utdelt et eksemplar av intervjuguiden under intervjuet, i tillegg til at de hadde mulighet til å be om gjentakelser og utdypninger om det ble ansett nødvendig. Dette kan ha vært faktorer som sikrer validiteten. Bakdelen ved intervjuene er at vi kan ha påvirket objektene med verbal eller ikke-verbal kommunikasjon, ikke holdt oss nøytrale og på den måten ledet objektene i en retning de ellers ikke ville gått. Det er også en mulighet for å ubevisst ha stille ladede spørsmål ved å legge trykk på enkelte ord eller endre tonefall som kan påvirke objektene til å svare annerledes enn hva de ellers ville gjort. På grunn av kostnadsspørsmål og lang reisevei var ett intervju nødt til å skje over “FaceTime” som eneste mulighet til å hindre frafall(120). Lydkvalitet kunne ha vært en ulempe med å gjennomføre det på denne måten, men ble kvalitetssikret av forfatterne på forhånd.

Hvor den kvalitative metoden etter mange år nå har fått et sterkere fotfeste innenfor forskningsmiljøet har den tematiske analysen slitt med å få den samme anerkjennelsen som andre kvalitative analysemetoder (93,121). Mye på grunn av manglende grunnlag for hvordan det skal gjennomføres, og for noen av ulempene den kan medføre for forskeren. En av de største svakhetene kan man derimot finne i den deduktive tilnærmingen, som på ingen måte kun er forbeholdt den tematiske analysen (86, s. 205). Allikevel er det som nevnt vanskelig å ha en fullstendig deduktiv eller fullstendig induktiv tilnærming til analysen. utfordringer som dette kan ha vært med på å svekke vår oppgave da det underveis har vært vanskelig å holde seg til en induktiv tilnærming, og å unngå å benytte oss av temaer som har oppstått fra kodingsrammer som allerede eksisterer (87, s. 61). Resultatene kan ha blitt påvirket av at vi ubevisst har lett etter temaer som allerede finnes og som vi har lært oss å kjenne gjennom kunnskapen vi allerede innehar. Feil i analysen kan ha gjort seg gjeldende gjennom spørsmålsstilling, transkripsjon og koding, og føre til skjevheter i resultatene vi har fremstilt. Det er også mulig å anta at det kan ha oppstått feil i kodingen som har svekket analysen, da det ikke ble gjort egne tiltak for å sikre at kodene ble satt i riktig kontekst, ut over å kode datamaterialet i flere omganger. Spesielt i analysen møtte også forfatterne på utfordringene som kommer med den kvalitative metoden, i form av den ubevisste tolkningen av dataene som kan være vanskelig å unngå (88, s. 94). På tross av at forskerne etterstrebet å unngå tolkning av informantenes svar, og heller la temaene oppstå ut i fra mønstre i datamaterialet, er det ikke mulig å si med sikkerhet at fortolkning ikke har påvirket prosessen.

Gjennomføringen av flere prøveintervjuer for å kvalitetssikre blant annet intervjuguide og lydopptak er på en annen side med på å styrke metoden, ettersom dette blnat annet bidro til å øke intervjuguidens validitet og reliabilitet, og hindre skjevheter i datainnsamlingen.

På tross av at prosjektet ble fritatt fra konsesjonsplikt hos NSD, ser forfatterne at dette er en prosess som av etiske hensyn burde vært gjennomført i forkant av rekrutteringen (95). En tidligere søknad til NSD ville også kunne ha åpnet opp for at vi hadde muligheten til å innhente mer data om informantens bakgrunn og erfaring, som det muligens kunne vært interessant å inkludere og analysere opp mot resultatene. Valget om å innhente færrest mulig personopplysninger ble gjort med hensikt i å få en raskere søknadsprosess hos NSD, som dermed kunne hindre en potensiell utsettelse av intervjuene.

6 Konklusjon

Informantene håndterer bevegelsesfrykt hos denne pasientgruppen på en individuell og multifaktoriell måte gjennom å tilpasse hele konsultasjonen og adresserer bevegelsesfrykten under anamnese, undersøkelse og behandling. De vektlegger kommunikasjon og smerteutdanning, justerer teknikkvalgene og gir øvelser til pasientene. Det er også viktig å merke seg at osteopatens håndtering av bevegelsesfrykt hos pasienter med subakutte uspesifikke korsryggsmerter ikke skiller seg fra liknende pasienter med annen varighet på smertene. En informant velger derimot å håndtere bevegelsesfrykt hos de med akutte uspesifikke korsryggsmerter på en litt annen måte, gjennom et økt fokus på forsiktighet i kommunikasjonen.

Videre ser osteopatene ut til å håndtere slike pasienter på samme måte som det som er anbefalt i store deler av den nyeste tilgjengelig forskningen på området, samtidig som de ivaretar flere osteopatiske prinsipper og osteopatisk tankegang. Det er på en annen side vanskelig å si om dette gjenspeiler hvordan andre osteopater håndterer denne pasientgruppen, og på grunn av prosjektets størrelse og fare for bias er det viktig å tilnærme seg resultatene med forsiktighet.

Det er derimot viktig å reflektere over resultatene og se til den nyeste tilgjengelige forskningen på dette fagområdet, slik at en kan ta best mulige avgjørelser når det kommer til måten man håndterer denne - og andre pasientgrupper på.

Referanser

1. Lærum E, Brox JI, Storheim K, Espeland A, Haldorsen E, Munch-Ellingsen J, mfl. Nasjonale kliniske retningslinjer for korsryggsmerter med og uten nerverotsaffeksjon. Formidlingsenheten Muskel- Og Skjelettlidelser Sos Og Helsedirektoratet. 2007;
2. Brox JI. Aktivitetshåndboken - fysisk aktivitet i forebygging og behandling (Kapittel 41) [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. Tilgjengelig på: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/aktivitetshandboken-fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling>
3. Fawkes CA, Leach CMJ, Mathias S, Moore AP. A profile of osteopathic care in private practices in the United Kingdom: A national pilot using standardised data collection. *Man Ther.* april 2014;19(12):125–30.
4. Orrock PJ. Profile of members of the Australian Osteopathic Association: Part 2 - The patients. *Int J Osteopath Med.* desember 2009;12(4):128–39.
5. Pincus T, Burton AK, Vogel S, Field AP. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine* [Internett]. 2002 [siteret 29. januar 2018];27(5). Tilgjengelig på: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=11880847>
6. Vlaeyen JWS, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain.* 2000;85:317–32.
7. Linton SJ, Andersson T. Can chronic disability be prevented? A randomized trial of a cognitive-behavior intervention and two forms of information for patients with spinal pain. *Spine.* 1. november 2000;25(21):2825–2831; discussion 2824.
8. Bronfort G, Haas M, Evans R, Leininger B, Triano J. Effectiveness of manual therapies: the UK evidence report. *Chiropr Osteopat.* 25. februar 2010;18:3.
9. Schiltewolf M, Buchner M, Heindl B, von Reumont J, Müller A, Eich W. Comparison of a biopsychosocial therapy (BT) with a conventional biomedical therapy (MT) of subacute low back pain in the first episode of sick leave: a randomized controlled trial. *Eur Spine J.* juli 2006;15(7):1083–92.
10. Adams H, Ellis T, Stanish WD, Sullivan MJL. Psychosocial factors related to return to work following rehabilitation of whiplash injuries. *J Occup Rehabil.* juni 2007;17(2):305–15.
11. van Tulder M, Becker A, Bekkering T, Breen A, del Real MTG, Hutchinson A, mfl. Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J Off Publ Eur Spine Soc Eur Spinal Deform Soc Eur Sect Cerv Spine Res Soc.* mars 2006;15 Suppl 2:S169-191.
12. Burton AK, Balagué F, Cardon G, Eriksen HR, Henrotin Y, Lahad A, mfl. Chapter 2. European guidelines for prevention in low back pain. *Eur Spine J.* mars 2006;15(Suppl 2):s136–68.
13. Engel GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *SCIENCE.* 8. april 1977;196(4286).

14. Lethem, Slade, Troup, Bentley. Outline of a fear-avoidance model of exaggerated pain perception. *Behav Res Ther.* 21:401–8.
15. Leeuw M, Goossens MEJB, Linton SJ, Crombez G, Boersma K, Vlaeyen JWS. The Fear-Avoidance Model of Musculoskeletal Pain: Current State of Scientific Evidence. *J Behav Med.* 1. februar 2007;30(1):77–94.
16. Newell D, Lothe LR, Raven TJL. Contextually Aided Recovery (CARE): a scientific theory for innate healing. *Chiropr Man Ther [Internett].* 13. februar 2017;25(6). Tilgjengelig på: <https://chiromt.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12998-017-0137-z>
17. Bunzli S, Smith A, Schütze R, Lin I, O’Sullivan P. Making Sense of Low Back Pain and Pain-Related Fear. *J Orthop Sports Phys Ther.* september 2017;47(9):628–36.
18. Vibe Fersum K, O’Sullivan P, Skouen J, Smith A, Kvåle A. Efficacy of classification-based cognitive functional therapy in patients with non-specific chronic low back pain: A randomized controlled trial. *Eur J Pain Lond Engl.* juli 2013;17(6):916–28.
19. Hoy D, Bain C, Williams G, March L, Brooks P, Blyth F, mfl. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheum.* juni 2012;64(6):2028–37.
20. Finansdepaertementet. Statsbudsjettet 2017 : Bruttonasjonalprodukt. I Oslo; 2018. Tilgjengelig på: <https://www.statsbudsjettet.no/Statsbudsjettet-2017/Statsbudsjettet-fra-A-til-A/Bruttonasjonalprodukt-BNP/>
21. Swain MS, Henschke N, Kamper SJ, Gobina I, Ottová-Jordan V, Maher CG. An international survey of pain in adolescents. *BMC Public Health.* 13. mai 2014;14:447.
22. Hestbaek L, Leboeuf-Yde C, Kyvik KO. Is comorbidity in adolescence a predictor for adult low back pain? A prospective study of a young population. *BMC Musculoskelet Disord.* 16. mars 2006;7:29.
23. Coenen P, Gouttebarghe V, Burghat ASAM van der, Dieën JH van, Frings-Dresen MHW, Beek AJ van der, mfl. The effect of lifting during work on low back pain: a health impact assessment based on a meta-analysis. *Occup Env Med.* 1. desember 2014;71(12):871–7.
24. Shiri R, Karppinen J, Leino-Arjas P, Solovieva S, Viikari-Juntura E. The Association between Smoking and Low Back Pain: A Meta-analysis. *Am J Med.* 1. januar 2010;123(1):87.e7-87.e35.
25. Shiri R, Karppinen J, Leino-Arjas P, Solovieva S, Viikari-Juntura E. The Association Between Obesity and Low Back Pain: A Meta-Analysis. *Am J Epidemiol.* 15. januar 2010;171(2):135–54.
26. Pinheiro MB, Ferreira ML, Refshauge K, Ordoñana JR, Machado GC, Prado LR, mfl. Symptoms of Depression and Risk of New Episodes of Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Arthritis Care Res.* november 2015;67(11):1591–603.
27. Schofield DJ, Callander EJ, Shrestha RN, Passey ME, Kelly SJ, Percival R. Back problems, comorbidities, and their association with wealth. *Spine J.* 1. januar 2015;15(1):34–41.
28. Schofield DJ, Shrestha RN, Passey ME, Earnest A, Fletcher SL. Chronic disease and labour force participation among older Australians. *Med J Aust.* 20. oktober 2008;189(8):447–50.

29. Schofield DJ, Shrestha RN, Percival R, Callander EJ, Kelly SJ, Passey ME. Early retirement and the financial assets of individuals with back problems. *Eur Spine J.* mai 2011;20(5):731–6.
30. Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, Herbert RD, Cumming RG, Bleasel J, mfl. Prevalence of and screening for serious spinal pathology in patients presenting to primary care settings with acute low back pain. *Arthritis Rheum.* oktober 2009;60(10):3072–80.
31. Downie A, Williams CM, Henschke N, Hancock MJ, Ostelo RWJG, Vet HCW de, mfl. Red flags to screen for malignancy and fracture in patients with low back pain: systematic review. *BMJ.* 11. desember 2013;347:f7095.
32. Deyo RA, Weinstein JN. Low Back Pain. *N Engl J Med.* 1. februar 2001;344(5):363–70.
33. Amundsen PA, Evans DW, Rajendran D, Bright P, Bjørkli T, Eldridge S, mfl. Inclusion and exclusion criteria used in non-specific low back pain trials: a review of randomised controlled trials published between 2006 and 2012. *BMC Musculoskelet Disord.* 12. april 2018;19(113).
34. Hancock MJ, Maher CG, Latimer J, Spindler MF, McAuley JH, Laslett M, mfl. Systematic review of tests to identify the disc, SIJ or facet joint as the source of low back pain. *Eur Spine J.* oktober 2007;16(10):1539–50.
35. Chou R, Qaseem A, Owens DK, Shekelle P, Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 1. februar 2011;154(3):181–9.
36. Hoffmann TC, Del Mar CB, Strong J, Mai J. Patients' expectations of acute low back pain management: implications for evidence uptake. *BMC Fam Pract.* 8. januar 2013;14:7.
37. Jenkins HJ, Hancock MJ, Maher CG, French SD, Magnussen JS. Understanding patient beliefs regarding the use of imaging in the management of low back pain. *Eur J Pain Lond Engl.* april 2016;20(4):573–80.
38. Buchbinder R, Staples M, Jolley D. Doctors with a special interest in back pain have poorer knowledge about how to treat back pain. *Spine.* 15. mai 2009;34(11):1218–1226; discussion 1227.
39. Slade SC, Kent P, Patel S, Bucknall T, Buchbinder R. Barriers to Primary Care Clinician Adherence to Clinical Guidelines for the Management of Low Back Pain: A Systematic Review and Metasynthesis of Qualitative Studies. *Clin J Pain.* 2016;32(9):800–16.
40. Brinjikji W, Luetmer PH, Comstock B, Bresnahan BW, Chen LE, Deyo RA, mfl. Systematic Literature Review of Imaging Features of Spinal Degeneration in Asymptomatic Populations. *AJNR Am J Neuroradiol.* april 2015;36(4):811–6.
41. Steffens D, Maher CG, Pereira LSM, Stevens ML, Oliveira VC, Chapple M, mfl. Prevention of Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 1. februar 2016;176(2):199–208.
42. Balagué F, Mannion AF, Pellisé F, Cedraschi C. Non-specific low back pain. *The Lancet.* 4. februar 2012;379(9814):482–91.
43. Menezes Costa L da C, Maher CG, Hancock MJ, McAuley JH, Herbert RD, Costa LOP. The

- prognosis of acute and persistent low-back pain: a meta-analysis. *CMAJ Can Med Assoc J*. 7. august 2012;184(11):E613–24.
44. Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, Herbert RD, Cumming RG, Bleasel J, mfl. Characteristics of patients with acute low back pain presenting to primary care in Australia. *Clin J Pain*. januar 2009;25(1):5–11.
 45. Costa L da CM, Maher CG, McAuley JH, Hancock MJ, Herbert RD, Refshauge KM, mfl. Prognosis for patients with chronic low back pain: inception cohort study. *BMJ*. 6. oktober 2009;339:b3829.
 46. Stanton TR, Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, Latimer J, McAuley JH. After an episode of acute low back pain, recurrence is unpredictable and not as common as previously thought. *Spine*. 15. desember 2008;33(26):2923–8.
 47. Hayden JA, Chou R, Hogg-Johnson S, Bombardier C. Systematic reviews of low back pain prognosis had variable methods and results—guidance for future prognosis reviews. *J Clin Epidemiol*. 1. august 2009;62(8):781–796.e1.
 48. Koes BW, Tulder M van, Lin C-WC, Macedo LG, McAuley J, Maher C. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *Eur Spine J*. 1. desember 2010;19(12):2075–94.
 49. Historikk [Internett]. Norsk Osteopatforbund. [siteret 1. mars 2018]. Tilgjengelig på: <http://osteopati.org/hva-er-osteopati/historikk/>
 50. Hva er osteopati [Internett]. Norsk Osteopatforbund. [siteret 1. mars 2018]. Tilgjengelig på: <http://osteopati.org/hva-er-osteopati/>
 51. Chila A. *Foundations of Osteopathic Medicine*. Third. Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
 52. Behandling [Internett]. Norsk Osteopatforbund. [siteret 4. april 2018]. Tilgjengelig på: <http://osteopati.org/hva-er-osteopati/behandling/>
 53. Ogilvie CD. The distinctive characteristic of the osteopathic specialist. Unpublished. 7. mai 1957;
 54. Korr IM. The function of osteopathic profession: A matter for decision. *J Am Osteopath Assoc*. oktober 1959;(59):77–90.
 55. Penney JN. The biopsychosocial model of pain and contemporary osteopathic practice. *Int J Osteopath Med*. 1. juni 2010;13(2):42–7.
 56. Fryer G. Integrating osteopathic approaches based on biopsychosocial therapeutic mechanisms. Part 2: Clinical approach. *Int J Osteopath Med*. 1. desember 2017;26:36–43.
 57. Franke H, Franke J-D, Fryer G. Osteopathic manipulative treatment for nonspecific low back pain: a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord* [Internett]. 30. august 2014 [siteret 11. mars 2018];15. Tilgjengelig på: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4159549/>
 58. Licciardone JC, Gatchel RJ, Aryal S. Recovery From Chronic Low Back Pain After Osteopathic Manipulative Treatment: A Randomized Controlled Trial. *J Am Osteopath Assoc*. mars

2016;116(3):144–55.

59. Cruser des A, Maurer D, Hensel K, Brown SK, White K, Stoll ST. A randomized, controlled trial of osteopathic manipulative treatment for acute low back pain in active duty military personnel. *J Man Manip Ther.* februar 2012;20(1):5–15.
60. Mandara A, Fusaro A, Musicco M, Bado F. A randomised controlled trial on the effectiveness of osteopathic manipulative treatment of chronic low back pain. *Int J Osteopath Med.* 1. desember 2008;11(4):156.
61. Vismara L, Cimolin V, Menegoni F, Zaina F, Galli M, Negrini S, mfl. Osteopathic manipulative treatment in obese patients with chronic low back pain: a pilot study. *Man Ther.* oktober 2012;17(5):451–5.
62. Descartes R. *L’Homme* translated by M. Foster. New York: Cambridge University Press; 1644.
63. Pincus T, Holt N, Vogel S, Underwood M, Savage R, Walsh DA, mfl. Cognitive and affective reassurance and patient outcomes in primary care: A systematic review. *Pain.* 1. november 2013;154(11):2407–16.
64. Wand BM, O’Connell NE. Chronic non-specific low back pain - sub-groups or a single mechanism? *BMC Musculoskelet Disord.* 25. januar 2008;9:11.
65. Wand BM, Parkitny L, O’Connell NE, Luomajoki H, McAuley JH, Thacker M, mfl. Cortical changes in chronic low back pain: current state of the art and implications for clinical practice. *Man Ther.* februar 2011;16(1):15–20.
66. Apkarian AV, Sosa Y, Sonty S, Levy RM, Harden RN, Parrish TB, mfl. Chronic Back Pain Is Associated with Decreased Prefrontal and Thalamic Gray Matter Density. *J Neurosci.* 17. november 2004;24(46):10410–5.
67. Baliki MN, Chialvo DR, Geha PY, Levy RM, Harden RN, Parrish TB, mfl. Chronic Pain and the Emotional Brain: Specific Brain Activity Associated with Spontaneous Fluctuations of Intensity of Chronic Back Pain. *J Neurosci.* 22. november 2006;26(47):12165–73.
68. Giesecke T, Gracely RH, Grant MAB, Nachemson A, Petzke F, Williams DA, mfl. Evidence of augmented central pain processing in idiopathic chronic low back pain. *Arthritis Rheum.* februar 2004;50(2):613–23.
69. Waddell G. 1987 Volvo award in clinical sciences. A new clinical model for the treatment of low-back pain. *Spine.* september 1987;12(7):632–44.
70. Waddell G, Burton AK. Occupational health guidelines for the management of low back pain at work: evidence review. *Occup Med Oxf Engl.* mars 2001;51(2):124–35.
71. Kuchera ML. Applying Osteopathic Principles to Formulate Treatment for Patients With Chronic Pain. *J Am Osteopath Assoc.* 1. november 2007;107(suppl_6):ES28-ES38.
72. Kori SH. Kinesiophobia: A new view of chronic pain behaviour. *Pain Manag.* 1990;3/1:35–43.
73. Fordyce WE, Shelton JL, Dundore DE. The modification of avoidance learning pain

- behaviors. *J Behav Med.* desember 1982;5(4):405–14.
74. Pilowsky I, Spence ND. Pain and illness behaviour: A comparative study. *J Psychosom Res.* 1. januar 1976;20(2):131–4.
75. Marks. *Clinical phenomena in search of laboratory models.* 1977;
76. Philips C, Hunter M. Pain behaviour in headache sufferers. *Behav Anal Modif.* 1981;4(4):257–66.
77. Vlaeyen JW s, Kole-snijders AM j, Boeren RG b, Eek H van. fear of Movement/(re)injury in Chronic Low Back Pain and Its Relation to Behavioral Performance. *Pain.* 1. september 1995;62(3):363–72.
78. Waddell G, Newton M, Henderson I, Somerville D, Main C. A Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs. 1993;52/2:157–68.
79. Linton SJ, Shaw WS. Impact of Psychological Factors in the Experience of Pain. *Phys Ther.* 1. mai 2011;91(5):700–11.
80. Du Bois M, Szpalski M, Donceel P. Patients at risk for long-term sick leave because of low back pain. *Spine J.* 1. mai 2009;9(5):350–9.
81. Soucy I, Truchon M, Côté D. Work-related factors contributing to chronic disability in low back pain. *Work.* 1. januar 2006;26(3):313–26.
82. Turner JA, Franklin G, Fulton-kehoe D, Sheppard L, Stover B, Wu R, mfl. Issls Prize Winner: Early Predictors of Chronic Work Disability: A Prospective, Population-based Study of Workers With Back Injuries. *Spine.* 1. desember 2008;33(25):2809–18.
83. Wertli MM, Rasmussen-Barr E, Weiser S, Bachmann LM, Brunner F. The role of fear avoidance beliefs as a prognostic factor for outcome in patients with nonspecific low back pain: a systematic review. *Spine J Off J North Am Spine Soc.* 1. mai 2014;14(5):816–836.e4.
84. O’Sullivan P. Diagnosis and classification of chronic low back pain disorders: maladaptive movement and motor control impairments as underlying mechanism. *Man Ther.* november 2005;10(4):242–55.
85. Dankaerts W, O’Sullivan P. The validity of O’Sullivan’s classification system (CS) for a subgroup of NS-CLBP with motor control impairment (MCI): Overview of a series of studies and review of the literature. *Man Ther.* 1. februar 2011;16(1):9–14.
86. Green J, Thorogood N. *Qualitative Methods For Health Research.* Third edition. SAGE Publications; 2014.
87. Willig C. *Introducing Qualitative Research In Psychology.* Third edition. Open University Press; 2013.
88. Larsen AK. *En enklere metode: Veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode.* Andre utgave. Oslo: Fagbokforlaget; 2017.
89. Finn din osteopat [Internett]. Norsk Osteopatforbund. [sisert 21. februar 2018]. Tilgjengelig på: <http://osteopati.org/finn-din-osteopat/>

90. Kvalitetssikring [Internett]. Norsk Osteopatforbund. [sitert 11. januar 2018]. Tilgjengelig på: <http://osteopati.org/hva-er-osteopati/kvalitetssikring/>
91. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 3. utgave. Oslo: Gyldendal; 2015. 381 s.
92. King N. Using Templates in the Thematic Analysis of Text. I: Essential Guide to Qualitative Methods in Organizational Research [Internett]. London: SAGE Publications Ltd; 2004 [sitert 30. januar 2018]. s. 256–70. Tilgjengelig på: <http://sk.sagepub.com/books/essential-guide-to-qualitative-methods-in-organizational-research/n21.xml>
93. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 1. januar 2006;3(2):77–101.
94. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. Tredje utgave. Oslo: Universitetsforlaget; 2013. 238 s.
95. Personvernombudet for forskning [Internett]. [sitert 23. januar 2018]. Tilgjengelig på: <http://www.nsd.uib.no/personvernombud/index.html>
96. Cronbach LJ. Test Validation. I.R.L. I: Educational Measurement. Washington DC: American Council og Education; 1971. s. 442–507.
97. Silverman D. Interpreting Qualitative Data. A Guide to the Principles of Qualitative Research. 4th edition. London: SAGE Publications; 2011.
98. Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, mfl. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *The Lancet* [Internett]. 21. mars 2018 [sitert 25. mars 2018];0(0). Tilgjengelig på: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30489-6/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30489-6/abstract)
99. Moseley GL, Nicholas MK, Hodges PW. A randomized controlled trial of intensive neurophysiology education in chronic low back pain. *Clin J Pain.* oktober 2004;20(5):324–30.
100. Bardin LD, King P, Maher CG. Diagnostic triage for low back pain: a practical approach for primary care. *Med J Aust.* 3. april 2017;206(6):268–73.
101. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klüber-Moffett J, Kovacs F, mfl. Chapter 4 European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J.* mars 2006;15(Suppl 2):s192–300.
102. Goubert L, Crombez G, Damme SV. The role of neuroticism, pain catastrophizing and pain-related fear in vigilance to pain: a structural equations approach. *Pain.* 1. februar 2004;107(3):234–41.
103. Hall AM, Ferreira PH, Maher CG, Latimer J, Ferreira ML. The Influence of the Therapist-Patient Relationship on Treatment Outcome in Physical Rehabilitation: A Systematic Review. *Phys Ther.* 1. august 2010;90(8):1099–110.
104. Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L, Kossowsky J, Riess H. The Influence of the Patient-Clinician Relationship on Healthcare Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *PLoS ONE* [Internett]. 9. april 2014 [sitert 4. mars 2018];9(4).

Tilgjengelig på: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3981763/>

105. O’Keeffe M, Cullinane P, Hurley J, Leahy I, Bunzli S, O’Sullivan PB, mfl. What Influences Patient-Therapist Interactions in Musculoskeletal Physical Therapy? Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis. *Phys Ther.* 1. mai 2016;96(5):609–22.
106. Bronfort G. High-quality evidence that spinal manipulative therapy for chronic low back pain has a small, short-term greater effect on pain and functional status compared with other interventions. *BMJ Evid-Based Med.* 1. juni 2012;17(3):81–2.
107. Bishop MD, Beneciuk JM, George SZ. Immediate reduction in temporal sensory summation after thoracic spinal manipulation. *Spine J Off J North Am Spine Soc.* mai 2011;11(5):440–6.
108. Pickar JG. Neurophysiological effects of spinal manipulation. *Spine J Off J North Am Spine Soc.* oktober 2002;2(5):357–71.
109. Franke H, Fryer G, Ostelo RWJG, Kamper SJ. Muscle energy technique for non-specific low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 27. februar 2015;(2):CD009852.
110. Vieira-Pellenz F, Oliva-Pascual-Vaca A, Rodriguez-Blanco C, Heredia-Rizo AM, Ricard F, Almazán-Campos G. Short-term effect of spinal manipulation on pain perception, spinal mobility, and full height recovery in male subjects with degenerative disk disease: a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil.* september 2014;95(9):1613–9.
111. Leeuw M, Goossens MEJB, van Breukelen GJP, de Jong JR, Heuts PHTG, Smeets RJEM, mfl. Exposure in vivo versus operant graded activity in chronic low back pain patients: results of a randomized controlled trial. *Pain.* 15. august 2008;138(1):192–207.
112. Vlaeyen JWS, De Jong JR, Onghena P, Kerckhoffs-Hanssen M, Kole-Snijders AMJ. Can pain-related fear be reduced? The application of cognitive-behavioural exposure in vivo. *Pain Res Manag.* 2002;7(3):144–53.
113. Verbunt JA, Sieben J, Vlaeyen JWS, Portegijs P, Knottnerus JA. A new episode of low back pain: Who relies on bed rest? *Eur J Pain.* 2008;12:508–16.
114. Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ, Main CJ. Early Identification and Management of Psychological Risk Factors (“Yellow Flags”) in Patients With Low Back Pain: A Reappraisal. *Phys Ther.* 1. mai 2011;91(5):737–53.
115. da Silva T, Mills K, Brown BT, Herbert RD, Maher CG, Hancock MJ. Risk of Recurrence of Low Back Pain: A Systematic Review. *J Orthop Sports Phys Ther.* 29. mars 2017;47(5):305–13.
116. Buchbinder R, Tulder M van, Öberg B, Costa LM, Woolf A, Schoene M, mfl. Low back pain: a call for action. *The Lancet [Internett].* 21. mars 2018 [sitert 25. mars 2018];0(0). Tilgjengelig på: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30488-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30488-4/abstract)
117. Asmundson GJ, Taylor S. Role of anxiety sensitivity in pain-related fear and avoidance. *J Behav Med.* desember 1996;19(6):577–86.
118. Naylor B, Boag S, Gustin SM. New evidence for a pain personality? A critical review of the last 120 years of pain and personality. *Scand J Pain.* oktober 2017;17:58–67.

119. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, mfl. What low back pain is and why we need to pay attention. The Lancet [Internett]. 21. mars 2018 [sitert 25. mars 2018];0(0). Tilgjengelig på: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30480-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30480-X/abstract)
120. FaceTime on the Mac App Store [Internett]. Mac App Store. [sitert 5. april 2018]. Tilgjengelig på: <https://itunes.apple.com/no/app/facetime/id414307850?mt=12>
121. Nowell LS, Norris JM, White DE, Moules NJ. Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. Int J Qual Methods [Internett]. 2. oktober 2017 [sitert 4. april 2018]; Tilgjengelig på: <http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1609406917733847>
122. Veiledende mal for informasjonsskriv. I: NSD - Personvernombudet for forskning [Internett]. 2018. Tilgjengelig på: http://www.nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/informasjon_samtykke/

Vedlegg

Vedlegg 1 - side 1 av 2

INTERVJUGUIDE

PRESENTASJON

- Hvordan håndterer osteopater bevegelsesfrykt hos pasienter med subakutte uspesifikke korsryggsmerter?

PLAN FOR DAGEN

- Etter en kort begrepsavklaring, vil vi stille korte spørsmål om utdanning og erfaring, før vi går nærmere inn på spørsmål rundt problemstillingen.

BEGREPSAVKLARING/RIKTIG KONTEKST

Bevegelsesfrykt beskrives i litteraturen som frykt for smerte, eller bevegelser og aktiviteter som kan føre til smerte.

Uspesifikke korsryggsmerter:

Korsryggsmerter defineres som smerter og ubehag lokalisert under ribbebuen og over den nedre delen av setet, med eller uten smerter i bena. Uspesifikke korsryggsmerter defineres som korsryggsmerter som ikke kan relateres til kjent spesifikk patologi

Subakutte korsryggsmerter defineres som korsryggsmerter med en varighet på mellom 6 og 12 uker

Vedlegg 1 - side 2 av 2

ETISKE BETRAKTNINGER

- Bruk av båndopptaker, samtykkeerklæring

ERFARING OG UTDANNING

- Tok du utdannelsen på heltid eller deltid?
- Har du jobbet i klinisk praksis i 1-5 år eller mer enn 5 år etter endt utdanning?

KLINISK PRAKSIS

- Hvis du velger å håndtere pasientens bevegelsesfrykt, når i behandlingsforløpet gjør du det?
- Hvis det kommer frem under en anamnese at pasienten har bevegelsesfrykt, håndterer du dette allerede i anamnesen?
(Hvis ja; hvordan?)
- En pasient har tegn på bevegelsesfrykt, hvordan håndterer du dette i undersøkelsen? Skiller dette seg fra måten du håndterer det i anamnesen?
(Hvis ja; hvordan?)
- En pasient har tegn på bevegelsesfrykt, hvordan håndterer du dette under behandlingen? Skiller dette seg fra måten du håndterer det i anamnese og undersøkelse?
(Hvis ja; hvordan?)
- Påvirker pasienters bevegelsesfrykt teknikkvalgene dine?
(Hvis ja; hvordan?)
- Gir du råd, tiltak eller hjemmeøvelser for å adressere pasientens bevegelsesfrykt?
(Hvis ja; hva kjennetegner øvelsene?)
- Kommuniserer du annerledes eller justerer dine ordvalg i konsultasjonen, hvis en pasient har bevegelsesfrykt?
(Hvis ja, hvordan?)
- Tenker du at viktigheten av å adressere eventuell bevegelsesfrykt påvirkes av smertens varighet?
(Hvis ja; hvorfor? Hvis nei; hvorfor ikke?)
- Håndterer du bevegelsesfrykt på en annen måte, hos subakutte pasienter?
(Hvis ja; hvordan?)
- Hva tenker du den kortsiktige nytteverdien er av din håndtering av bevegelsesfrykt hos denne pasientgruppen?
- Hva tenker du langsiktige nytteverdien er av din håndtering av bevegelsesfrykt hos denne pasientgruppen?
- Opplever du noen utfordringer ved å prate med pasienter om bevegelsesfrykt?
(Hvis ja; hvilke?)

SAMTYKKEERKLÆRING OG INFORMASJONSSKRIV (122)

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

” Hvordan håndterer osteopater bevegelsesfrykt hos pasienter med subakutte uspesifikke korsryggsmerter? En kvalitativ studie”

Bakgrunn og formål

Vi er to osteopatistudenter på Høgskolen Kristiania - Institutt for Helsefag, som skal skrive en bacheloroppgave hvor vi ønsker å lære mer om hvordan osteopater tilnærmer seg pasienter med bevegelsesfrykt. Bevegelsesfrykt er også kjent som kinesiofobi, unngåelsesadferd, fear-avoidance behaviour med mer.

For å kunne delta i prosjektet må du ha jobbet i klinisk praksis i 1 år etter endt utdanning, og du må ha hatt pasienter med subakutte* uspesifikke korsryggsmerter i 2017/2018. Du må også være medlem av Norsk Osteopatforbund(NOF) og norskspråklig.

*6-12 ukers varighet

Hva innebærer deltakelse i studien?

Dette er en kvalitativ studie, hvor det vil bli gjort individuelle intervjuer. Spørsmålene vil omhandle tanker og erfaringer omkring bevegelsesfrykt og pasienter med subakutte uspesifikke korsryggsmerter. Intervjuene er estimert til å vare i 30 minutter, og det vil bli gjort lydopptak under intervjuene.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun de ansvarlige studentene og veileder som vil ha tilgang på informasjonen som innhentes. Dette lagres lokalt og er bruker- og passordbeskyttet på flere nivåer. Alle opptak vil bli slettet etter prosjektet er avsluttet. Alle personopplysninger og informasjon vi mottar fra deg som deltaker vil bli anonymisert. Prosjektet skal etter planen avsluttes 24. April 2018.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli fjernet og slettet med umiddelbar virkning.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med (studentenes navn og telefonnummer) eller (veileders navn og telefonnummer)

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)