

Mari Ellingsen Bråten

Overgangen mellom poliklinisk rehabilitering og hverdagsliv - Erfaringer og forventninger hos personer med muskel- og skjelettplager

En kvalitativ studie med erfaringer og forventninger personer med muskel- og skjelettplager har til behandling, og overgangen til hverdagslivet.

Masteroppgave i Master i folkehelse

Veileder: Lene Aasdahl

Medveileder: Marit Solbjør

Juni 2023

Mari Ellingsen Bråten

Overgangen mellom poliklinisk rehabilitering og hverdagsliv - Erfaringer og forventninger hos personer med muskel- og skjelettplager

En kvalitativ studie med erfaringer og forventninger personer med muskel- og skjelettplager har til behandling, og overgangen til hverdagslivet.

Masteroppgave i Master i folkehelse
Veileder: Lene Aasdahl
Medveileder: Marit Solbjør
Juni 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Muskel- og skjelettplager er en av tidens hyppigste årsaker for behandling i helsetjenesten. Plager i nakke og rygg er forbundet med redusert livskvalitet, funksjonstap og smerter. Personer med muskel- og skjelettplager utgjør en stor gruppe i Norge. Muskel- og skjelettplager illustrerer et folkehelseproblem på grunnlag av de individuelle påkjenningene, og kostnadene i samfunnet. Det er mange som deltar på samme eller lignende behandlingstilbud flere ganger, og det er lite kunnskap om hvordan personer opplever overgangen fra behandling til hverdag. Helsevesenet bør avklare forventninger og regler for samarbeid og oppfølging, på tvers av tjenester for å sikre en god overgang.

Hensikten med masteroppgaven er å undersøke hvilke erfaringer personer med muskel- og skjelettplager sitter igjen med etter behandling, samt hvilke forventninger de har til overgangen til hverdagslivet. Dette er en kvalitativ studie hvor ti individuelle intervjuer er gjennomført. Deltakerne har deltatt på et poliklinisk behandlingstilbud for langvarig muskel- og skjelettplager, med spesielt fokus på nakke og rygg. Intervjuene ble analysert ved refleksiv tematisk analyse.

Resultatene i studien viser at deltakerne hadde ulike forventninger til innhold og utforming av behandlingstilbudet de deltok på. De satt igjen med flere positive erfaringer, hvor den mest fremtredende var dialog og erfaringsutveksling med andre med liknende plager. Informasjonsflyten fra fagpersoner i forkant av behandling og før overgangen til hverdagen var varierende. Etter endt behandling opplevde studiedeltakerne økt bevisstgjøring på prioriteringer, tilrettelegging, samt tilpassing av trening og aktivitet til egen situasjon for å mestre hverdagen bedre. Oppfølging i etterkant av behandling kom frem som et udekket behov for å forsikre forbedring i hverdagen. Også egen innsats i å opprettholde fysisk aktivitet og jobbe mot egne mål trekkes frem som fokusområder for overgangen til hverdagen.

Forventningsavklaring i forkant av behandling, samt utprøving av kunnskap underveis i behandlings, kan øke videreføringen av verktøy ved overgangen til eget hverdagsliv etter poliklinisk behandling. Erfaringsutveksling med pasienter i liknende situasjon, samt samarbeid med helsepersonell kan også bidra til en god overgang til hverdagslivet, for personer med muskel- og skjelettplager.

Abstract

Musculoskeletal disorders are one of the most frequent reasons for treatment in the health service. Neck and back problems are associated with reduced quality of life, loss of function, and pain. People with musculoskeletal disorders make up a large group in Norway. Musculoskeletal disorders illustrate a public health problem based on individual strain and societal costs. Many people participate in the same or similar treatment several times and do not manage everyday life transitions. The healthcare system should clarify expectations and rules for collaboration and follow-up, across services to ensure a good transition.

The purpose of the master's thesis is to investigate what experiences people with musculoskeletal disorders are left with after treatment, as well as what expectations they have for the transition to everyday life. This is a qualitative study where ten individual interviews have been conducted. The participants have taken part in an outpatient treatment offer for long-term musculoskeletal problems, with a particular focus on the neck and back. The interviews were analyzed by reflexive thematic analysis.

The results of the study show that the participants had different expectations regarding the content and design of the treatment offer they attended. They were left with several positive experiences, the most prominent of which was dialogue and exchange of experiences with others with similar ailments. The information flow from professionals before treatment and before the transition to everyday life was variable. After finishing the treatment, the study participants experienced an increased awareness of priorities, arrangements, and adaptation of training and activity to their situation to cope better with everyday life. Follow-up after treatment appears as an unmet need to ensure improvement in everyday life. One's efforts in maintaining physical activity and working towards one's own goals are also highlighted as focus areas for the transition to everyday life.

Clarifying expectations in advance of treatment, as well as testing knowledge during treatment, can increase the continuation of tools during the transition to one's own everyday life after outpatient treatment. Exchange of experience with patients in a similar situation, as well as cooperation with healthcare personnel, can also contribute to a good transition to everyday life for people with musculoskeletal problems.

Forord

Arbeidet med masteroppgaven har gitt meg økt kunnskap om et spennende fagfelt. Det har vært lærerikt å utarbeide, utføre og reflektere over et forskningsprosjekt, samt hele prosessen rundt. Jeg har også lært mer om meg selv i løpet av året. Prosessen har til tider vært preget av frustrasjon og usikkerhet, men det har også vært lærerikt og spennende.

Jeg vil takke samtlige deltakere som deltok i studien min. Jeg er takknemlig for at de delte interessante erfaringer og refleksjoner med meg. Jeg retter også takk til helsepersonell som bidro i rekrutteringsprosessen og viste engasjement for prosjektet. Stor takk til mine veiledere, Lene Aasdahl og Marit Solbjør, som har gitt meg gode råd og tilbakemeldinger. I tillegg takk til alle som har støttet meg underveis, både med motiverende ord og faglige refleksjoner rundt oppgaven.

Trondheim, juni 2023.
Mari Ellingsen Bråten

1	INNLEDNING	11
2	BAKGRUNN	12
2.1	Muskel-, skjelettplager og smerter	12
2.2	Behandling i det norske helsevesenet	12
2.3	Rehabilitering	13
2.4	Tidligere forskning	13
2.4.1	Personer med muskel- og skjelettplager møter mange utfordringer	14
2.4.2	Forventninger til rehabilitering	14
2.4.3	Overgangen for pasienter mellom tjenestenivå	14
2.4.4	Strategier i overgangen fra behandlingstilbud til hverdagen	15
2.5	Problemstilling	17
3	METODE	18
3.1	Studiedesign	18
3.1.1	Individuelle intervju	18
3.1.2	Forforståelse	18
3.2	Datainnsamling	19
3.2.1	Rekruttering	19
3.2.2	Utvalg	19
3.2.3	Setting	20
3.2.4	Intervjuguide	20
3.2.5	Gjennomføring av intervjuene	21
3.3	Analyse	21
3.4	Forskningsetikk	24
4	RESULTAT	25
4.1	Deler av behandlingstilbudet var ikke som forventet	25
4.1.1	Egne forventninger kan avvike fra behandlingssituasjonen	25
4.1.2	Å dele tanker med andre i lignende situasjon var en støtte	26
4.2	Kunnskap om overgangen til hverdagslivet før endt behandlingstilbud	27
4.2.1	Overgangen til hverdagslivet var lite tematisert i behandlingstilbudet	28
4.2.2	Oppfølging i etterkant skaper trygghet	29
4.3	Tilpasninger i hverdagen	30
4.3.1	Tilpasse hverdagsliv og arbeid til egen kropp	30
4.3.2	Kunnskap om kroppen skaper balanse i hverdagslivet	31
5	DISKUSJON	35

5.1	Forventninger bør avklares	35
5.2	Tilpasninger i overgangen til hverdagslivet.....	36
5.3	Samarbeid med andre	37
5.4	Metodediskusjon	38
5.4.1	Validitet	38
5.4.2	Troverdighet.....	39
5.5	Relevans for folkehelse.....	40
6	KONKLUSJON.....	42
	LITTERATURLISTE.....	43
	VEDLEGG	48
	TABELLER	
	Tabell 1. Eksempel på koding fra transkripsjon	22
	Tabell 2 Eksempel på kode med tilhørende datamateriale	22

1 Innledning

En av dagens hyppigste årsaker for behandling i helsetjenesten er muskel- og skjelettplager (Ihlebak et al., 2010). I Norge angis det at omtrent 15-20% har langvarige utfordringer med muskel- og skjelettplager i løpet av livet, og kostnadene for samfunnet er høye og økende (Mæland, 2021, s. 170). Et anslag viser at 8.7 milliarder kroner blir brukt på rygg- og nakkeplager årlig i det norske helsevesenet (Høstmark, 2019). Innenfor muskel- og skjelettplager er det spesielt områdene nakke og rygg som er forbundet med smerter, funksjonstap og redusert livskvalitet (Clarsen et al., 2022).

Smerte er subjektivt og komplekst, og kan tilnærmes på mange måter (Edwards et al., 2016). Langvarig smerteproblematikk kan gi store konsekvenser for å opprettholde relasjoner, samt redusert deltakelse i samfunnet (Chenot et al., 2017). Alle opplever smerte i løpet av livet, og helsepersonell møter et bredt spekter av personer med ulike plager og behandlingsbehov (Stubhaug & Ljosa, 2021). Personer som strever med langvarig smerteproblematikk har ofte behov for bred kompetanse fra ulike fagpersoner i behandling og oppfølging, med bakgrunn i kompleksiteten (Varsi et al., 2021).

Folkehelse innebærer forhold som direkte eller indirekte påvirker helsen og trivselen til befolkningen, og forebyggende faktorer innenfor fysisk og somatisk skade eller lyte (Mæland, 2021, s. 20). Folkehelsearbeidet er forankret i folkehelseloven og skal «fremme helse, trivsel, sosiale- og miljømessige forhold og forebygging av fysisk og somatisk sykdom og skade» i befolkningen (Folkehelseloven, 2011, §1). På lik linje med folkehelseloven skal rehabilitering hjelpe ulike grupper i befolkningen med deltakelse og å oppleve selvstendighet i samfunnet (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011). Personer med muskel- og skjelettplager er en stor gruppe i Norge og belyser et folkehelseproblem (Høstmark, 2019).

Det er mange som ikke opplever en varig bedring i etterkant av rehabilitering og vender tilbake til samme eller lignende behandling opptil flere ganger (Smith et al., 2014). Dette resulterer i fysisk og psykisk påkjenning for individene og belastningen i samfunnet, og vil være nyttig å finne ut mer om. Overgangen fra behandling til hverdag innebærer tilpasninger, justeringer og bekymringer (Rasmussen & Uhrenfeldt, 2016). Helsevesenet bør avklare forventninger og regler for samarbeid og oppfølging, på tvers av tjenester for å sikre en god overgang (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 66). Hensikten for denne masteroppgaven er å undersøke personer med muskel- og skjelettplagers erfaringer fra behandling, og forventningene til hverdagslivet.

2 Bakgrunn

I dette kapittelet vil relevante begreper for temaet belyses. Kapittelet avsluttes med tidligere forskning på feltet og problemstillingen for oppgaven.

2.1 Muskel-, skjelettplager og smerter

Muskel- og skjelettplager er et samlebegrep på «smerter, ubehag eller nedsatt funksjon i knokler, ledd, muskler, sener eller nerver» (Matre, 2019). Kostnadene for samfunnet er høye og pasienter som får behandling for muskel- og skjelettplager utgjør en av de største gruppene i helsevesenet (Clarsen et al., 2022). Omtrent 29 prosent av personer med uføretrygd i Norge har muskel- og skjelettplager (Matre, 2019). Plager og utfordringer med muskel- og skjelett er forbundet med redusert livskvalitet, nedsatt funksjon og smerte (Clarsen et al., 2022). Smerte er et bredt begrep som i ulik grad påvirkes av biologiske, psykologiske og sosiale faktorer for den enkelte (International Association for the study of pain, 2020). Smerte kan deles inn i akutt- og langvarig smerte (Clarsen et al., 2022). I denne oppgaven knyttes smertene opp mot langvarig muskel- og skjelettplager. Langvarig smerte omhandler smerte utover tre måneder, og kan behandles på ulike måter. Det ses ofte en kombinasjon av ulike tilnærminger i behandling, og noen typer behandling er rehabilitering, legemidler eller kirurgiske inngrep, og fysioterapi (Nielsen et al., 2018).

2.2 Behandling i det norske helsevesenet

Det finnes mange ulike tilnærminger og behandlinger for langvarig smerte, både med og uten medikamenter. Vanlige intervensjoner er psykologiske tilnærminger, som for eksempel kognitiv atferdsterapi (CBT), samt egenmestring og fysioterapi (Mills et al., 2016). Terapi med utgangspunkt i samtale og adferd på bevisste tanker er sentrale hovedtrekk i kognitiv adferdsterapi (Tang, 2018). Samtaleterapi kan redusere opplevelsen av smerter, ved å lære pasienter å akseptere og takle det å leve med smertene (Veehof et al., 2016). I metaanalysen til Mills et al (2016) kommer det frem at egenmestring innebærer aktiviteter som forbedrer funksjon, humør og reduserer smertene ved bruken av tydelige rammer. Videre er fysioterapi mye brukt, og er effektivt når det gjelder å øke fysisk aktivitet og minske smerteintensiteten (Mills et al., 2016). Fysioterapi har en betydningsfull rolle for pasienter med muskel- og skjelettplager innenfor kompetanse og tilfredshet (Rossetini et al., 2020).

I Norge skal forskriften om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, sikre arbeidet for helse- og omsorgstjenestene (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011). Det tilbys ulike tjenester i kommunen og spesialisthelsetjenesten, både individuelle- og gruppetilbud over korte eller lenger perioder. Folketrygden dekker også deler av rehabilitering og medisinsk behandling (Mæland et al., 2022). Kommunene tilbyr tjenester til pasienter med ulike tjenestebehov, og tilpasser omfanget ut fra pasientenes utfordringer. Dette kan være i samarbeid med for eksempel fysioterapeuter og ergoterapeuter, eller gjennom dagrehabilitering (Folkehelseloven, 2011). Alle tjenestene i kommunen innebærer «å fastsette mål basert på nødvendig tverrfaglig vurdering, legge en plan for hvordan målene skal nås, tverrfaglig tilnærming og evalueringer underveis med eventuelle justeringer av mål og tiltak, og sluttevaluering» (Helsedirektoratet, 2015). I spesialisthelsetjenesten inngår tjenestene i ulike deler i organisatoriske enheter eller i annen behandling for øvrig (Helsedirektoratet, 2018).

Avdelinger med rehabilitering som primært mål kan deles inn i døgn-, polikliniske- og dagtilbud. Kompetansen er høyspesialisert og preget av høy intensitet og behandling (Helsedirektoratet, 2018).

2.3 Rehabilitering

Begrepet rehabilitering defineres som «målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak» (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, §3). Utarbeiding av en ny definisjon av rehabilitering er påbegynt, men jeg tar utgangspunkt i den tidligere definisjonen. Rehabilitering innebærer en tverrfaglig tilnærming der påvirkning mellom fysiske, psykiske og sosiale faktorer står sterkt. Behovet for rehabilitering kan ramme oss når som helst i livet, og kan være et resultat av skade, sykdom eller operasjon (World Health Organization, 2021). Behandling som innebærer flere typer undersøkelses- og vurderingsprosesser er effektive for å kunne kartlegge pasienters utfordringer, opparbeide samarbeid og utarbeide en plan for veien videre (Fysioterapeuten, 2023).

Poliklinisk rehabilitering tar utgangspunkt i undervisning, trening og møte med andre i lignende situasjon. Poliklinisk rehabilitering er behandling uten å legges inn på sykehus, og består ofte av fagpersonene fysioterapeuter, leger og sosionomer (Lambeek et al., 2010). Med utgangspunkt i biomekanikk, ergonomi og trening fra 1960-tallet, har rehabiliteringen utviklet seg videre med høyere tverrfaglighet og implementert kognitiv tilnærming (Chen, 2006). Poliklinisk rehabilitering kan gjennomføres som individuell behandling, gruppebehandling eller en kombinasjon. Flere rehabiliteringstilbud har spesielt fokus på ryggplager, og kalles rygg-grupper. Disse behandlingene kan både være tverrfaglige eller med en fagperson som leder, eksempelvis fysioterapeut.

Tverrfaglig samarbeid fokuserer mer på en biopsykososial tilnærming i motsetning til biomedisinsk. Med biopsykososial tilnærming menes at behandling og sykdom må ses innenfor de sosiale, psykologiske og atferdsmessige rammene ved individet (Engel, 1977). Dette i motsetning til den biomedisinske som bare tar utgangspunkt i målbare somatiske variabler (Engel, 1977). Den internasjonale klassifikasjonen av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF) er en klassifiseringsmodell som brukes for å beskrive individers helse og faktorer relatert til funksjon, aktivitet og omgivelser (Pran, 2007). Modellen bygger på den biopsykososiale tilnærmingen, og brukes innenfor rehabilitering for å vurdere pasienters situasjon i en større sammenheng enn sykdommen eller plagene isolert (Pran, 2007). ICF kan bidra til å skape et felles språk på tvers av tjenester gjennom å rette oppmerksomheten mot personers funksjonsevne i interaksjon med omgivelsene fremfor sykdom (Pran, 2007).

2.4 Tidligere forskning

Det ble gjennomført et litteratursøk for å innhente kunnskap på feltet. Ord som ble brukt ved litteratursøk; musculoskeletal pain, musculoskeletal disorders, rehabilitation, outpatient, chronic pain, interdisciplinary, satisfaction, experiences, transition og transition of care. Søkeordene ble brukt i ulike kombinasjoner, og det ble også brukt litteratur hentet fra referanselistene i relevante studier. Tilsvarende ord ble også søkt på Norsk.

2.4.1 Personer med muskel- og skjelettplager møter mange utfordringer

Helsepersonell har mange tanker om hva som er viktig for personer med muskel- og skjelettplager. Langvarig smerte resulterer i samfunnskostnader ved sykefravær og arbeidsledighet (Varsi et al., 2021). I tillegg kan langvarig smerte føre til frykt og tap av funksjoner for pasienter, som resulterer i betydelige helsekostnader (Chen, 2006). Helsepersonell som arbeider med muskel- og skjelettplager trekker frem viktigheten av koordinering mellom ulike parter som kan bidra til å redusere ytterligere og tilbakevendende behandling for pasientene (Goldman & Harte, 2020). I studien til Hawker (2017) kommer det også frem at helsepersonell ser mange negative konsekvenser av muskel- og skjelettplager for pasientene. Dårlig søvn, nedsatt bevegelseskapasitet og deltakelsesrestriksjoner er noen av konsekvensene helsepersonell opplever hos personer med muskel- og skjelettplager (Hawker, 2017). Plagene kan også resultere i frykt, usikkerhet og bekymringer for fremtiden for pasientene (Varsi et al., 2021). Kravene samfunnet har til arbeidsdeltakelse er høye, og pasientene føler på utfordringer med å gjøre en god nok jobb (Klevanger et al., 2018). Helsepersonell i studien til Klevanger et al. (2018) påpeker også viktigheten av at pasienter bør være åpne med venner og familie, men også sette grenser for seg selv. Pasienter med muskel- og skjelettplager påpeker at smertene går ut over sosiale relasjoner, arbeid og fritidsaktiviteter i hverdagen (Slater et al., 2022). I tillegg kan plagene føre til at man må prioritere aktiviteter som er meningsfulle i hverdagen (Slater et al., 2022).

2.4.2 Forventninger til rehabilitering

En forventning kan defineres som en innstilling ovenfor noen eller noe, og vi etablerer forventninger gjennom erfaringer og informasjon (Svartdal, 2019). En forventning til rehabilitering kan være at man får mindre smerter, lærer seg nyttige strategier for å takle smertene eller at behandlingen ikke kommer til å hjelpe. Forventninger bør anses som formbare (Skatteboe et al., 2017). Tilfredshet i etterkant av poliklinisk behandling for personer med muskel- og skjelettplager viser at mestringsstrategier og verktøy for egenhåndtering kan bidra til å håndtere utfordringer i dagliglivet (Rossetini et al., 2020). God kommunikasjon mellom pasient og tverrfaglig team var også avgjørende for tilfredsheten (Rossetini et al., 2020). Pasienters innledende tro på suksess til en gitt smertebehandling har vist seg å ha en viktig innflytelse på behandlingsresultatet for pasienter med kronisk smerte (Goossens et al., 2005). Innflytelsen ses hos faktorene smertemestring, kontroll, aktivitetstoleranse og smerteatferd, samt en høyere helserelatert livskvalitet (Goossens et al., 2005). Det ses også en sammenheng mellom det å forvente å mislykkes i behandlingen, med en økende risiko for å faktisk mislykkes for pasienter med korsryggsmerter (Foster et al., 2008). Forventninger til behandlingen fra helsepersonell bør avklares i starten av behandlingen, for å tydeliggjøre mål og verdier for videre handlinger (Klevanger et al., 2018). Helsepersonell tydeliggjør også at forventninger bør avklares i overgangen mellom tjenester (Goldman & Harte, 2020). Ulike tjenestenivå bør arbeide mot samme mål og snakke samme språk for å unngå vanskelige situasjoner (Goldman & Harte, 2020).

2.4.3 Overgangen for pasienter mellom tjenestenivå

En overgang handler om å gå fra en ting og over til noe annet, som for eksempel fra rehabilitering til hverdagslivet. Oppgaven tar for seg overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og til primærhelsetjenesten for personer med muskel- og

skjelettplager. I overgangen av omsorg mellom en del av helsevesenet til en annen del, er det viktig å ha fokus på de ulike profesjonelle rollene og anerkjenne pasienters behov (Dawda & Russell, 2016). Det er også viktig å fange opp ulike problemstillinger hos pasientene slik at overgangen mellom tjenestenivå blir best mulig (Dawda & Russell, 2016). God kommunikasjon mellom de ulike partene i samarbeidet, en plan videre for pasienten, og god overføring av eventuelle medisiner og/eller videre oppfølging bør planlegges før overgangen fra behandling til hverdag (Goldman & Harte, 2020). Kommunikasjon er viktig for å få til et godt tverrfaglig samarbeid og formidle faglige synspunkter i beslutningsprosesser, samt i interaksjonen mellom pasient og organisasjon (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 31). Helsepersonell viser til godt samarbeid og tillit til pasienten som betydningsfullt i rehabilitering, og at det kan føre til økende sannsynlighet for forbedring hos pasientene i ettertid (Kamper et al., 2014; Mills et al., 2016). Konsekvenser av at helsepersonell ikke er bevisst over følgene av muskel- og skjelettplager for pasienter, kan resultere i økte helsekostnader i samfunnet, samt frykt og tap for pasientene. Viktigheten av at pasienter har en innvirkning og stemme når det gjelder hva som fungerer eller ikke underveis i rehabiliteringen, trekkes frem hos både pasienter og helsepersonell (Slater et al., 2022).

Fagpersoner bør ha kunnskap angående forhold som kan påvirke overgangen fra behandling til hverdagen, samt være oppmerksom på egen rolle i denne overgangen (Goldman & Harte, 2020). En systematisk sjekkliste eller mal for utskrivingsrammene kan forbedre og identifisere ansvaret mellom de ulike partene i det tverrfaglige teamet (Davis et al., 2012). Det er viktig for å utarbeide helhetlige tjenester og behandlingsforløp for den enkelte pasienten (Santa Barbara et al., 2020). Helsevesenet beskriver viktigheten med felles regler og avklaring av forventninger, samt hvordan samarbeidet skal utføres og følges opp (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 66). Fysioterapeuter bruker målsetting for å aktivere og motivere pasienter, samt bestemme hvilken fremgangsmåte som er passende for hver enkelt pasient (Wijma et al., 2017). Pasienter trekker også frem viktigheten av å bruke mål for å redusere smertene i daglig funksjon og bedre den psykiske velferden (Daniëls et al., 2002; López-Martínez et al., 2020). Helsepersonell trekker også frem viktigheten av holdninger, motivasjon og engasjement hos pasienten som betydningsfull (Eldar, 1999).

2.4.4 Strategier i overgangen fra behandlingstilbud til hverdagen

Det er lite kunnskap om overgangen mellom behandling og hverdagen, for personer med muskel- og skjelettplager. En strategi som har vist seg å være god for slagpasienter er å ha troen på seg selv (Kristensen et al., 2011). I tillegg har det fungert å finne en balanse mellom å være selvstendig og å be om hjelp for slagpasienter (Kristensen et al., 2011). Ergoterapeuter i studien til Daniëls et al. (2002) viser også til at aksept for egen situasjon, begrensninger og ressurser kan forbedre overgangen til hverdagen for slagpasientene. Helsepersonell trekker frem det å ha regler og en plan å forholde seg til i overgangen, som en strategi som kan forbedre overgangen til hverdagslivet (Kristensen et al., 2011). De trekker også frem viktigheten av konkrete- og egne mål, som bidrar til motivasjon og evne til å arbeide mot målet (Daniëls et al., 2002; Kristensen et al., 2011). Ramírez-Maestre et al. (2018) påpeker at pasienter som legger vekt på engasjement og optimisme for egen fremtid, lettere oppnår sine mål. I tillegg kan målplanlegging og det å lage mål for seg selv bidra til en større opplevelse av kontroll over egen behandling (Conneeley, 2004). Det er også viktig å sette mål i sammenheng

med de ulike delene i hverdagen, som fysisk aktivitet, arbeid, relasjoner og søvn/energi (Melin et al., 2021). Videre ses klientsentrert tilnærming på som positivt for å lykkes med mål og planer (Kristensen et al., 2011). Helsepersonell ser det hensiktsmessig å utvikle mål og planer i samarbeid med fagpersoner, som har ekspertise og erfaring på feltet (Daniëls et al., 2002). Dette for å unngå urealistiske mål. De trekker også frem at helsepersonell må være tydelige i sine uttalelser angående veien videre. Lite eller uklare informasjon kan føre til uforutsette og utfordrende situasjoner for pasientene ved hjemkomst (Daniëls et al., 2002).

Det finnes også forskning på overgangen fra behandling til hverdagsliv for personer med hjertesvikt, til tross for mangel på forskning for personer med muskel- og skjelettplager. For personer med hjertesvikt er egenmestring, planlegging før utskrivelse, og strukturert oppfølging og koordinering blant helsepersonell viktig i overgangen til hverdagslivet (Vedel & Khanassov, 2015). I metaanalysen til Vedel og Khanassov (2015) kommer det også frem at høyt fokus på overnevnte intervensjoner kan redusere risikoen for reinnleggelser for pasienter med hjertesvikt. Pasienter med hjertesvikt og helsepersonell trekker frem at fokus på tverrfaglig rehabilitering kan føre til færre reinnleggelser, samt økt livskvalitet for pasientene etter hjemreise (Kasper et al., 2002). For pasienter med lungesykdom, eksempelvis kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), viser litteratur at pasienter og helsepersonell vektlegger sosial støtte, utprøving av lærdom, samt psykisk og fysisk helse, som sentrale elementer i overgangen (Miranda et al., 2020). Miranda et al. (2020) utdyper at pasienter og helsepersonell vektlegger støtte fra fagpersoner, venner og familie for å opprettholde motivasjon og gjennomføring av planer i arbeidet etter overgangen, samt i krevende perioder. Helsepersonell for slagpasienter la også frem at muligheten for å teste ut og trene på det man har lært, kan være sentralt for forbedring i overgangen til hverdagen (Kristensen et al., 2011).

Familiemedlemmer i studien til Whitehead et al. (2018) påpekte at støttespillere kunne støtte pasienter med kroniske tilstander med støtte og oppmuntring, samt skape samhørighet og et trygt miljø. For personer med hjertesvikt var også det å delta i et behandlingstilbud med andre i lignende situasjon støttende i den forstand at det kunne bidra til økende motivasjon og i mindre grad følelse av å være annerledes (Finlay & Elander, 2016). Kunnskap som deles med hverandre og dannelsen av nye sosiale relasjoner kan også komme positivt ut av å delta i en gruppebehandling ifølge pasienter med hjertesvikt som deltar i rehabilitering (Finlay & Elander, 2016). Siden det ikke finnes mye forskning på dette for personer med muskel- og skjelettplager, er det nyttig å undersøke om de overnevnte strategiene kan gjelde for andre pasientgrupper enn personer med hjertesvikt, slag og lungesykdom.

Det er mangel på kunnskap om hva personer med muskel- og skjelettplager tenker om overgangen til hverdagslivet i etterkant av rehabilitering, og hva de tar med seg fra tilbudet. Mer kunnskap på feltet vil kunne gi bedre forståelse for hva som ligger bak rehenvisninger, at pasienter blir værende i systemet, og hvilket utbytte pasientene har av behandling de deltar på. I tillegg vil kunnskap kunne bidra til videre utvikling av behandling som finnes i dag.

2.5 Problemstilling

Det finnes lite kunnskap om hvordan personer med muskel- og skjelettplager opplever overgangen mellom behandlingstilbud og hverdagslivet. I tillegg er det usikkert hva som fungerer eller ikke fra behandlingen, og hvilke erfaringer personer sitter med i etterkant av behandling. Det vil være nyttig å finne ut hvilke erfaringer pasientene sitter igjen med etter endt behandlingstilbud, og hvilke forventninger de har i forkant av hjemreise.

Problemstillingen for oppgaven er: hvilke erfaringer og forventninger har personer med langvarig muskel- og skjelettplager til behandlingstilbudet, og overgangen til hverdagslivet?

3 Metode

I dette kapittelet vil metodologiske aspekter redegjøres for og beskrives. Først blir studiedesignet, datainnsamling og analysen lagt frem. Avslutningsvis blir forskningsetiske elementer beskrevet.

3.1 Studiedesign

For å undersøke personer med muskel- og skjelettplagers erfaringer fra behandlingstilbudet, og forventninger til overgangen til hverdagslivet, benyttet jeg kvalitativ forskningsmetode. Kvalitativ metode er passende for prosjektet fordi forskeren tar utgangspunkt i personlige erfaringer, meninger og opplevelser (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 20). Det ble gjennomført individuelle intervju, og bakgrunnsinformasjon om pasientene ble innhentet ved et spørreskjema. Studiedeltakerne som deltok i studien min hadde deltatt på et poliklinisk behandlingstilbud, og var på slutten eller akkurat ferdig med behandlingen. Studien er en prospektiv studie som tar utgangspunkt i studiedeltakernes erfaringer og forventninger akkurat nå.

Studien ble vurdert for både fokusgruppe- og individuelle intervju. Fokusgruppeintervju ville vært passende på bakgrunn av at deltakerne har deltatt på den samme behandlingen, og har erfaringer med lignende utfordringer som samsvarer med oppgavens tema (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 179). Mangel på deltakere resulterte i gjennomføring av individuelle intervju. Prosjektet hadde en tidsramme som gjorde at det ikke var tid til å vente med en ny rekrutteringsomgang til fokusgruppeintervju.

3.1.1 Individuelle intervju

Individuelle intervju innebærer en samtale mellom forsker og intervjudeltaker (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 44). Intervjuformen som ble brukt var semi-strukturert intervju. Semi-strukturert intervju innebærer spørsmål fra en intervjuguide og samtidig mulighet for oppfølgingsspørsmål (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 167). Muligheten for oppfølgingsspørsmål kan bidra til å åpne opp for tema som ikke er forventet, men som er relevant for forskningsspørsmålet. Det var viktig at jeg som forsker var bevisst på egnen rolle underveis i intervjuet, samt styre samtalen tilbake til hovedtema dersom det skulle spore av. For å analysere datamaterialet ble refleksiv tematisk analyse benyttet. I refleksiv tematisk analyse preger forskerens rolle utførelsen av kritisk refleksjon og prosessen i analysen (Braun & Clarke, 2022, s. 5). Det er viktig å tenke over egen rolle og hvordan det kan påvirke og forme analyseprosessen (Braun & Clarke, 2022, s. 6).

3.1.2 Forforståelse

Vi forstår verden ut fra våre forforståelser (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 268). Jeg har bakgrunn som ergoterapeut og har et helhetlig syn på mennesket i samspill med omgivelsene og aktiviteter. Min faglige bakgrunn og tidligere erfaring med personer med muskel- og skjelettplager på døgnrehabilitering påvirket mine forventninger i forkant av datainnsamlingen. Jeg forventet at deltakerne hadde positive erfaringer med å delta i gruppe, fordi jeg har observert dette tidligere. I tillegg forventet jeg at deltakerne var reflekterte rundt håndtering eller plan om å håndtere plagene i hverdagen. Dette var viktig for pasienter jeg har møtt tidligere. Jeg er også yngre enn alle deltakerne i prosjektet, og det kan påvirke min evne til å forstå og formidle deres erfaringer. Det var

viktig for meg å ikke låse egne tanker og lage konklusjoner før eller underveis i intervjusituasjonene, men å være åpen og lytte til ulike synspunkt og erfaringer som ble sagt (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 268). Gjennom å etablere gode rutiner og rammer for arbeidet, laget jeg grunnlaget for å forholde meg til data på en god måte (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, 2010).

3.2 Datainnsamling

3.2.1 Rekruttering

Det ble rekruttert studiedeltakere fra tre avdelinger i spesialisthelsetjenesten i Trøndelag. Avdelingene hadde gruppetilbud for behandling av langvarig muskel- og skjelettplager. Deltakerne ble rekruttert til prosjektet ved at jeg og veileder var i kontakt med avdelingene og informerte de ansatte om prosjektet. Ved første rekrutteringsomgang møtte jeg opp på avdelingen og informerte pasientene om prosjektet (behandlingstilbud 1). Pasientene som ønsket å delta tok kontakt med fysioterapeuten fra behandlingen. Videre avtalte jeg tidspunkt for intervju med pasientene på telefon eller SMS.

For neste rekrutteringsomgang (behandlingstilbud 2) gikk informasjonsflyten til pasientene via fysioterapeuten som ledet gruppen. Jeg avtalte jeg med fysioterapeut på avdelingen når intervjuet skulle foregå og møtte opp til avtalt tidspunkt. Herfra var det tre pasienter som ønsket å delta. For siste avdeling (behandlingstilbud 3) tok fysioterapeut kontakt på telefon og overførte kontaktinformasjon for de fem som ønsket å delta. Slik som første rekruttering tok jeg kontakt på telefon og SMS for å avtale intervju.

Det ble også forsøkt rekruttert fra et individuelt behandlingstilbud i tilknytning behandlingstilbud 1. Det var ingen som ønsket å delta. Hele rekrutteringsprosessen tok lang tid, og det var få som ønsket å delta. Jeg rekrutterte fra oktober til mars 2022/23. Alle pasienter som deltok i prosjektet, fikk informasjons- og samtykkeskjema og ga skriftlig informert samtykke. Informasjonsskrivet ble laget med formål om å informere og legge frem innholdet og rammene for deltakelse i prosjektet. For de deltakerne jeg ikke møtte fysisk, sendte jeg samtykkeskjema på e-post eller SMS og deltakerne skrev under og sendte tilbake til meg.

3.2.2 Utvalg

Utvalget for prosjektet var strategisk. Deltakerne som ble invitert til studien var kvinner og menn som deltok på et av de polikliniske behandlingstilbudene. Det ble inkludert ti deltakere, herunder syv kvinner og tre menn mellom 18-59 år. Utvalget for min studie preges av at flertallet av deltakerne var kvinner mellom 40-60 år. Antall intervjupersoner som er nødvendig for å svare på forskningsspørsmålet varierer fra prosjekt til prosjekt, og avhenger av tid og ressurser på prosjektet (Kvale & Brinkmann, 2021). Ut fra spørreskjemaet fikk jeg informasjon om livssituasjon og tidligere behandling studiedeltakerne hadde med muskel- og skjelettplagene. Ni av deltakerne bodde sammen med samboer, og syv hadde barn. En deltaker bodde alene. Tidligere behandling og varighet av smerteproblematikk varierte, og åtte deltakere hadde erfaring med fysioterapi eller poliklinisk behandling fra tidligere. To deltakere hadde deltatt på døgnrehabilitering. Det var også ulikt hvor lenge deltakerne var plaget med smertene. Fire av deltakerne hadde vært plaget mellom 5-10 år, fem studiedeltakere i over 10 år,

og en studiedeltaker i 1-2 år. Arbeidsstatus var også varierende. Fem deltakere arbeidet fulltid, og en arbeidet deltid. Tre deltakere var uføretrygdet, og en var student.

3.2.3 Setting

Det var pasienter fra tre polikliniske avdelinger som ble inkludert i prosjektet. Det første behandlingstilbudet var en tverrfaglig poliklinisk rygg-nakke avdeling på et sykehus i Trøndelag. Avdelingen arbeidet ut fra en helhetlig tankegang med gjensidig påvirkning mellom fysiske, psykiske og sosiale forhold, samt tverrfaglig samarbeid mellom fysioterapeut, lege, sosionom og psykolog. Behandlingstilbudet gikk over tre uker, med en uke hjemme (uke to) for utprøving av kunnskap og erfaringer fra første uken. Det var ingen planlagt oppfølging i tiknytning til behandlingstilbudet. Epikrise/notat ble sendt til fastlege i ettertid. Behandlingstilbud 2 og 3 var polikliniske tilbud, også kalt rygg-gruppe fra to andre sykehus i Trøndelag. Undervisning hadde utgangspunkt i å øke pasientenes kunnskap om egen situasjon og skape motivasjon for videre arbeid i hverdagslivet. Utformingen av behandlingstilbudet var fordelt på henholdsvis fire eller fem samlinger over en to ukers periode. Gruppene ble ledet av en fysioterapeut.

Det var både likheter og ulikheter med behandlingene. En ulikhet var at kun det ene tilbudet hadde tverrfaglig fokus, og individuelle samtaler underveis (behandlingstilbud 1). Oppfølging i etterkant var det bare den ene behandlingen som hadde (behandlingstilbud 3). Varigheten var også ulik. Behandlingene var like på mange områder, og mestring, mål og aktivitet var fokusområder i behandlingen. I tillegg til anatomi og forståelse for hvordan ryggen fungerer. Behandlingene innebar en kombinasjon av undervisning og trening.

3.2.4 Intervjuguide

For å få svar på problemstillingen ble det utarbeidet en intervjuguide. Intervjuguiden består av en inneledende del som setter rammene for intervjuet, en hoveddel med seks hovedspørsmål og underspørsmål, og til slutt en avsluttende del (Vedlegg 4). Det var fokus på at spørsmålene holdt en rød tråd, og at spørsmålene var åpne og ga rom for refleksjon. Rekkefølgen på spørsmålene ble også vurdert slik at første del handlet om erfaringer fra behandlingstilbudet, og andre halvdel om overgangen til hverdagen. I tillegg var det viktig at spørsmålene ikke gikk for mye inn i hverandre, men åpnet for refleksjon på ulike tema. Jeg hadde også et bevisst forhold til å ikke starte med for personlige eller sensitive spørsmål, men starte åpent. I samsvar med at intervjuet ble endret fra fokusgruppe til individuelle intervju ble intervjuguiden endret tett på det første intervjuet. Før neste gruppe ble intervjuguiden tilpasset enda mer til individuelle intervju, blant annet ved formulering og konkretisering av spørsmålene. Det var viktig for meg å ha en intervjuguide som fungerte til mitt bruk, og som jeg kunne støtte meg på underveis for å stille gode spørsmål. Tema for intervjuguiden handler om erfaringer knyttet til innhold og læringsutbytte fra behandlingstilbudet. Jeg var interessert i strategier eller verktøy deltakerne hadde tilegnet seg, og hvordan de ønsket å bruke disse i hverdagen. Andre tema jeg ville utforske var knyttet til hvordan behandlingen var strukturert, deriblant at det var et gruppetilbud. På bakgrunn av at deltakerne deltok på behandling samtidig som hverdagslivet gikk sin gang, var jeg også nysgjerrig på hvordan de fikk brukt tiden mellom samlingene. Jeg var også interessert i å høre mer om egne forberedelser før overgangen til hverdagen, samt hva som kunne gjøre overgangen best mulig.

3.2.5 Gjennomføring av intervjuene

I forkant av intervjuene ble det gjennomført et pilotintervju sammen med medstudenter fra studiet. Formålet var å øve på intervjusituasjonen. Med bakgrunn i at intervjuformen ble endret fra fokusgruppe- til individuelle intervju etter pilotintervjuet var gjennomført, passet ikke øvingen så godt som ønsket. Øvingen var nyttig for å øve på å stille spørsmål og følge opp samtalen, samt lytte til opptaket i etterkant.

For å ta opp intervjuene ble det brukt en lydopptaker. Jeg, som intervjuer, hadde fokus på å følge opp det som ble sagt i tilknytning til oppgavens problemstilling. En intervjusituasjon inkluderer ulike måter å stille spørsmål på, lytte og forstå det som blir sagt (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 166). Jeg tok også notater underveis, som et hjelpemiddel, for å følge opp det som ble sagt. Gjennom å tilegne meg kunnskap på feltet i forkant av intervjuene, styrket jeg forutsetningene mine til å stille gode oppfølgingsspørsmål (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 170). Denne forutsetningen ble også bedre etter hvert som jeg hadde hatt flere intervju, og lærte mer om intervjusituasjonen. Jeg hadde et mål om at deltakerne skulle sitte igjen med en positiv opplevelse i etterkant av intervjuet.

De to første intervjuene ble gjennomført i et behandlingsrom på avdelingen deltakerne deltok på behandling. Bakgrunnen for dette valget var at deltakerne var kjent med omgivelsene, med hensikt i å skape en trygg situasjon (Lerdal & Karlsson, 2009). I tillegg skulle terskelen være lavere for å delta dersom deltakerne kunne møte opp i etterkant av behandlingen i samme bygning i etterkant av behandlingen. Det neste intervjuet foregikk på et treningsrom på den andre avdelingen. På samme måte som de første intervjuene var dette et kjent rom for studiedeltakeren. Dette intervjuet var noe preget av tidspress. Deltakeren hadde 20 minutter til rådighet. Jeg fikk stilt alle spørsmålene i intervjuguiden, men jeg ble litt stresset av situasjonen. De tre neste intervjuene var over telefon. Deltakerne var henholdsvis i bil og hjemme. En årsak for telefonintervju var mangel på digitale ferdigheter hos studiedeltakerne. Telefonintervjuet der deltakeren var i bil medførte til tider støy og forstyrrelser i samtalen. De siste fem intervjuene ble gjennomført på Teams og telefon av praktiske årsaker (reisevei og tidspress). Deltakerne svarte i varierende grad på de ulike spørsmålene. Studiedeltakerne hadde mange refleksjoner og tanker angående erfaringer fra behandlingstilbudet. Spørsmål om veien videre og hva de hadde lært var preget av kortere svar, og krevde at jeg som intervjuer måtte stille flere oppfølgingsspørsmål eller påpeke formålet med studien. Det var også varierende hvor fort deltakerne svarte, og noen brukte lenger tid på å tenke over svaret sitt enn andre. Intervjuene hadde en varighet mellom 15 og 35 minutter.

3.3 Analyse

Transkribering ble gjort ord for ord og ble anonymisert fortløpende. Transkripsjonen ble lagret i området for sikker datalagring NICE-1. Det ble benyttet refleksiv tematisk analyse for å analysere og rapportere mønstre og deltema i datamaterialet. Dette fungerer godt for å tolke datamaterialet opp mot ulike aspekter i tema (Braun & Clarke, 2022, s. 4). Det ses også hensiktsmessig å bruke refleksiv tematisk analyse ettersom metoden beskriver datamaterialet detaljert og grundig. Ut fra intervjuene kan det komme ulike synspunkt på samme tema, og refleksiv tematisk analyse kan filtrere ut de ulike synspunktene i datamaterialet (Braun & Clarke, 2022, s. 4). Analyseprosessen ble

gjort fortløpende og fem av intervjuene ble analysert før de siste fem ble gjennomført. Jeg noterte stegene som ble utført underveis, slik at jeg kunne gjøre det likt med det resterende datamaterialet.

Refleksiv tematisk analyse er induktiv og består av seks steg. Første steg innebærer å gjøre seg kjent med data (Braun & Clarke, 2022, s. 51). Jeg leste gjennom transkripsjonene i datamateriale flere ganger for å bli kjent med datamaterialet. Dette steget ga meg innblikk i hva datamaterialet inneholdt og startet tankeprosessen min før neste steg. Steg to i analyseprosessen er å finne koder (Braun & Clarke, 2022, s. 59). Ettersom jeg startet analyseprosessen før all data var innsamlet, startet jeg å utvikle koder for to transkriberte intervju. Koding var tidkrevende og vanskelig. Kodingen i refleksiv tematisk analyse er en prosess, og kodene er et resultat av selve prosessen (Braun & Clarke, 2022, s. 71). For å sikre gode koder, gikk jeg gjennom kodene i flere runder. Noen av kodene ble omformulert. Andre ble fjernet eller delt opp i flere koder. Etter hvert fikk jeg mer data fra neste intervjurunde og ble kjent med datamaterialet på samme måte som første gang. For å få oversikt over all data med tilhørende koder, laget jeg en tabell med datamaterialet i en kolonne og tilhørende koder i en annen kolonne (tabell 1). Det var flere koder som passet i det samme datamaterialet.

Tabell 1. Eksempel på koding fra transkripsjon

Datamateriale	Koder
Litt annerledes enn det jeg hadde sett for meg. Det var mye større enn det jeg hadde sett for meg. Ja, hva skal jeg si da. Det var kanskje litt mer, tenkte kanskje at det, gjaldt litt mer smerter, hva man kan gjøre fremover, litt mer konkret enn det det har vært.	Ikke som forventet. Forventninger stemmer ikke med realiteten. Rehabilitering er ulikt/det finnes mange ulike rehabiliteringsformer.

Etter at jeg hadde kodet alt datamaterialet, samlet jeg kodene i en kolonne og alt datamateriale som tilhørte koden i den andre kolonnen (tabell 2). Dette arbeidet var utfordrende med tanke på å skille ut mening fra kodene. Som første kodingsomgang ble noen av kodene endret og jeg leste gjennom i flere omganger. Jeg sorterte også kodene underveis i denne prosessen.

Tabell 2 Eksempel på kode med tilhørende datamateriale

Kode	Datamateriale
Ikke som forventet.	Litt annerledes enn det jeg hadde sett for meg. Det var mye større enn jeg hadde forventet meg selv da. Litt mer konkret enn det har vært. Jeg har ikke noen andre forventninger enn at jeg trodde det skulle være litt mer fokus på smerter og rygg. Hva man kan gjøre fremover og kanskje hva man, altså jeg skjønner at det er vanskelig fordi man

	<p>kan ikke gjøre noe galt, men samtidig er man forskjellig.</p> <p>Hvor langt på en måte det kan, kan man presse seg eller ikke gå. Litt mer sånn veiledning på en måte. Som jeg kanskje hadde trodd var mer av.</p> <p>I helhet har det vært bra, det har det. Veldig annerledes enn det jeg hadde sett for meg, men bra.</p> <p>Jeg har blitt med å, å, blitt med på hele greiene, og tar det med åpne armer.</p>
--	--

Tredje steget i refleksiv tematisk analyse er å finne tema (Braun & Clarke, 2022, s. 76). Jeg startet med å sortere kodene. For å få oversikt over alle kodene skrev jeg hver enkelt kode ned på en lapp. Ved første sortering hadde jeg ni tema, men innså at de var mer oppsummeringer enn tema. Jeg fortsatte å sortere og finne sammenhenger, og fikk fem tema i neste omgang; delta på rehabilitering, veien videre, lærdom, smertenes påvirkning på livet og tanker om overgangen. Deretter sorterte jeg kodene inn i temaene og fortsatte med å skrive ut kodene. Prosessen med å utvikle tema kan deles inn i tre underkategorier; finne de første, foreløpige temaene (1), vurdere tidlige tema opp mot data og koder (2), og identifisere endelige tema (3) (Braun & Clarke, 2022, s. 85). Så langt i prosessen hadde jeg funnet de første, foreløpige temaene. Før steg 4 i refleksiv tematisk analyse, som innebærer å evaluere tema i flere omganger (Braun & Clarke, 2022, s. 97), hadde jeg fem nye intervju. Jeg gikk gjennom de tidligere stegene med det nye datamaterialet, og hadde nå et større og rikere datasett. Jeg utviklet flere koder samtidig som de eksisterende kodene fikk større metning. Deretter fortsatte jeg å utvikle tema, slik som før siste runde med datainnsamling.

I steg 4 gikk jeg frem og tilbake i datamaterialet flere ganger (steg 4). Denne prosessen var preget av mange endringer og omformulering av overskrifter og struktur i teksten (Braun & Clarke, 2022, s. 101). Et eksempel på omformulering av overskriften var at tema «delta på rehabilitering» først ble endret til «strategier for å håndtere hverdagen», og ble til slutt «kunnskap om overgangen til hverdagslivet før endt behandlingstilbud». Jeg brukte også litteraturen i (Braun & Clarke, 2022, s. 97) i steg 4. Før jeg definerte og satt navn på tema (steg 5) diskuterte jeg med veiledere i flere omganger, for å få innspill og forslag til tema (Braun & Clarke, 2022, s. 108). Det var nyttig med to veiledere for å diskutere både innhold, struktur og navn på tema i de avsluttende stegene i analysen. I steg 5 ble teksten omstrukturert flere ganger. For eksempel var tema «samhandling med fagpersoner» mer passende i kategoriene «egne forventninger kan avvike fra behandlingssituasjonen» og «oppfølging i etterkant skaper trygghet».

3.4 Forskningsetikk

Prosjektet ble først søkt godkjenning hos regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), men ble vurdert utenfor REK sitt virkeområde.

Forskningsprosjektet er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD, ref. nr. 662976). NSD har retningslinjer for å ivareta personvern og trygg lagring av data (Norsk senter for forskningsdata, 2022). For å innhente opplysninger i Helse Nord-Trøndelag (HNT) ble det også søkt Data Access Committee (DAC), som er personvernforordningen og egne retningslinjer og strategier for forskning innad i HNT (Helse Nord-Trøndelag, 2022). Både NSD og DAC ble søkt om før rekruttering startet. Datalagringsystemet NICE-1 ble brukt ved datainnsamling og transkripsjon, for å lagre data på en trygg måte. Opplysninger ble lagret slik at ingen som ikke var tilknyttet prosjektet fikk innsyn, samt data blir slettet i etterkant av prosjektslutt. Innsamling av data skjedde med samtykke fra studiedeltakerne. Studiedeltakerne fikk informasjon om hensikten med prosjektet, og at de til enhver tid kunne trekke sin deltakelse. All data ble anonymisert, altså å gjøre personopplysninger anonyme (Datatilsynet, 2015). En utfordring med anonymisering er reidentifisering, som innebærer at man ut fra et anonymt datasett klarer å identifisere enkeltpersoner (Datatilsynet, 2015). For å minimere reidentifisering ble transkripsjonen og deltakeroversikt lagret separat. I tillegg blir studiedeltakerne nummerert i sitat, for å unngå å dele informasjon som kan brukes for å gjenkjenne enkeltpersoner. Etske retningslinjer som å opprettholde taushetsplikt og følge prosedyrer for kvalitativ forskning ble fulgt gjennom hele prosjektet. Dette for å ivareta de som deltok i prosjektet (Flick, 2018, s. 146).

4 Resultat

Resultatene er delt inn i hovedtemaene, «deler av behandlingstilbudet var ikke som forventet», «kunnskap om overgangen til hverdagslivet før endt behandlingstilbud», og «tilpasninger i hverdagen». Under hvert hovedtema er det to undertema.

4.1 Deler av behandlingstilbudet var ikke som forventet

Studiedeltakerne hadde ulike tanker og forventninger til behandlingstilbudet, både før og etter deltakelse. I tillegg var det positivt å delta med andre i lignende situasjon, gjennom å dele og lytte til hverandre.

4.1.1 Egne forventninger kan avvike fra behandlingssituasjonen

Forventningene studiedeltakerne hadde til behandlingstilbudet handlet om utforming, innhold og varighet av tilbudet, samt samhandling med fagpersoner. Studiedeltakerne hadde andre forventninger til behandlingstilbudet sammenlignet med hva som ble gitt. Selv om studiedeltakerne hadde mye kunnskap fra tidligere erfaringer og behandlingstilbud fra før, er behandlingstilbud ulike. Kunnskapsområder de kunne mye om fra før var anatomi og treningsøvelser. Hvilestillinger og avspenning var nytt for flere. En forventning til tilbudet var knyttet til mer fokus på smertene og hva man kunne gjøre i hverdagen selv, eksempelvis løfteteknikker. En annen forventning handlet om å lære mer om hvor langt man kunne presse seg med tanke på egne utfordringer. At behandlingstilbudet involverte flere yrkesgrupper var uventet for noen, for eksempel at det var sosionomer som samarbeidet med fysioterapeuter og leger. Andre forventet at flere yrkesgrupper skulle være involvert. De som ønsket mer tverrfaglighet, ville at flere fagpersoner skulle se situasjonen deres fra ulike perspektiv og deretter komme med en helhetlig vurdering. En begrunnelse for dette var mangel på råd og anbefalinger fra fagpersoner før behandlingsopplegget startet. Noen av studiedeltakerne hadde erfart tverrfaglig behandling tidligere. Disse ønsket mer fokus på tverrfaglig behandling denne gangen også.

Å avklare hva som skulle skje og gjennomgå i forkant av behandlingsstart, var det flere som forventet. Informasjonen som ble gitt i forkant varierte. Noen fikk avklart forventninger gjennom en detaljert timeplan med hva og når de ulike temaene skulle gjennomgås. Studiedeltakerne som fikk timeplan, hadde en følelse av å være forberedt før samlingene. På den andre siden var det flere som ikke hadde fått informasjon om hva behandlingstilbudet egentlig gikk ut på før de møtte opp. Disse uttrykte skuffelse og irritasjon knyttet til dårlig informasjonsflyt fra helsepersonell før deltakelse. Situasjoner i forkant av behandlingstilbudet og ved tidligere møte med fagpersoner opplevdes negativt for noen. Studiedeltakerne hadde erfart at fagpersoner ikke tok tak i situasjonen deres. I forkant av behandlingstilbudet opplevde flere at for eksempel fastleger ikke var kjent med behandlingstilbudet. De selv måtte ta mye ansvar for å skaffe seg hjelp. En studiedeltaker uttrykte:

*«Så det syns jeg er for dårlig, men jeg tror ikke fastlegene kjenner godt nok til det da, for det var jo sagt på gruppen, at det var flere som var i lignende situasjon som meg da, som hadde vært plaget i mange år og aldri hørt om det»
(Studiedeltaker 10, behandlingstilbud 3).*

Informasjonsdelingen gjaldt også for veien videre. For noen var fastlegen en støttespiller i form av mulighet for samtale og oppfølging, både før og etter behandlingstilbudet. Informasjon fra fagpersoner var noe studiedeltakerne ønsket mer av, spesielt med fokus på å møte andre i lignende situasjoner eller knyttet til trening eller medisiner. Noen studiedeltakere fikk tilbud om oppfølging i etterkant, eller opplevde god støtte fra fastlegen sin. Forventningsavklaring ble beskrevet som positiv og bidro til å justere egne forventninger i forkant av behandlingen. En studiedeltaker uttrykte det slik:

«Jeg var veldig forberedt før hver time, fordi det stod jo, det sto skrevet veldig godt hva vi skulle holde på med og hvilken treningsøkt vi skulle ha» (Studiedeltaker 6, behandlingstilbud 3).

Studiedeltakerne var fornøyde med helheten av behandlingstilbudet og satt igjen med en positiv opplevelse. De opplevde behandlingstilbudet positivt i den forstand at de både ble inspirert og opplevde det som et «friskt pust» i hverdagen. Oppfriskning og påminnelse fra behandlingstilbudet ble også satt pris på. Det kom også frem tanker om at behandlingstilbudet opplevdes annerledes i den forstand at det var mindre rom for samtale enn forventet, og at undervisningen passet bedre for pasienter som var nybegynnere innenfor smerteproblematikken sin. Det kom også frem at behandlingstilbudene opplevdes ensidig, på bakgrunn av at det meste av undervisning og trening foregikk som en gruppe.

«Det er både positivt og negativt da. Det er jo negativt i den forstand at det er veldig lite tid da. Med tanke på godt læringsbytte av det, men det er jo positivt at du får kommet i gang og få prøve det selv da» (Studiedeltaker 3, behandlingstilbud 2).

De fleste studiedeltakerne opplevde at behandlingstilbudet hadde kortere varighet enn ønskelig. På en side strakk ikke tiden til ved diskusjoner og noen unnlot å spørre eller dele sine tanker, som konsekvens av dette. På en annen side førte utformingen av tilbudet til tidspress og stress ved bytte mellom teori og trening. Det å ta til seg ny kunnskap og få testet det ut i eget hverdagsliv var også utfordrende ved begrenset tid mellom samlingene. Studiedeltakerne reflekterte over at livsstilsendring ville ta tid, og flere ønsket lenger behandlingstilbud for å komme i gang med en endringsprosess. Andre var innstilt på å komme i gang med livsstilsendringene på egenhånd etter at behandlingstilbudet var avsluttet.

Studiedeltakerne ble hørt av fagpersoner underveis i behandlingen da de delte egne tanker og meninger. De ble møtt med forståelse og åpenhet. Fagpersonene ble sett på som flinke og noen de kunne stole på, samt at fagpersonene hadde god formidlingsevne og kompetanse ved spørsmål.

4.1.2 Å dele tanker med andre i lignende situasjon var en støtte

Balansen mellom å delta i gruppe og ønske om individuell behandling sto sentralt hos studiedeltakerne. Studiedeltakerne hadde mange synspunkt knyttet til å delta på behandlingstilbudet i gruppe. Mest fremtredende var muligheten til å dele erfaringer med andre i lignende situasjon. De satt pris på åpenheten og at de kunne lære av hverandre, samt få innspill på trening eller behandling som hadde fungert for andre. Miljøet

opplevdes trygt og la til rette for erfaringsutveksling mellom hos studiedeltakerne. Det var ikke alle som oppleve at de lærte av andre. Det ble uansett sett positivt på å møte likesinnede og kunne sette sin egen situasjon i et større perspektiv. I gruppen var ikke sykdommene fokuset i diskusjonene. Det handlet mer om å dele hverdagslige erfaringer og hva som påvirket livskvaliteten. De forskjellige studiedeltakerne hadde ikke innblikk hverandres diagnoser utover det de selv ønsket å dele med hverandre, og det ble beskrevet som positivt.

«Det var egentlig veldig greit, for at vi har så mange typer forskjellige erfaringer og opplegg på forskjellige, noen har lært noe annet og vi kan diskutere litt og også for min del så trives jeg vertfall best i en sånn gruppe der vi kan snakke litt mer med hverandre, hva som fungerer, hva som ikke fungerer, hvilket tilbud har den personen gjort, kanskje det fungerer for meg, ja og, og sånn, så nei jeg synes gruppe var fenomenalt egentlig» (Studiedeltaker 7, behandlingstilbud 3).

Det var lærerikt at menneskene i de ulike gruppene var forskjellige. På den ene siden kom det frem erfaringer knyttet til å trene strukturert og variert. På den andre siden var det noen som hadde utfordringer med å komme i gang. I tillegg skapte delingen med hverandre motivasjon til å trene, spesielt for de som ikke hadde erfaringer med trening fra tidligere. Denne kombinasjonen opplevdes spennende og lærerik, både ved å lytte til hverandre og å dele selv. Når spørsmål ble stilt i gruppen var det også nyttig for resten. Det kunne være andre som også lurte på det samme.

«Hjelp uten å ha spurt om hjelp. Det er ikke aktivt å, å hjelpe hverandre, men det hjelper likevel liksom da» (Studiedeltaker 3, behandlingstilbud 2).

Til tross for de positive erfaringene med å delta i en gruppe, var det flere som ønsket mer individuell behandling underveis, samt mer tid til å dele med hverandre. Det var særlig de studiedeltakerne som fikk individuell behandling, som ønsket mer av det individuelle. Resten hadde ønsker om individuell tilbakemelding på de ulike temaene i tillegg til gruppediskusjonene. Det var ønskelig med tilbakemelding knyttet til egen smerteproblematikk, arbeidshverdag og treningsøvelser.

«Det har jo vært mye gruppe, gruppetimer og sånn. Jeg synes også det kunne være litt mer individuelt da» (Studiedeltaker 2, behandlingstilbud 1).

Flere kjente på at behandlingstilbudet var ensidig med bare gruppe. Teorien om muskelgrupper og anatomi som det ble undervist om ble sett på som for generell. Et forslag var å ha mest gruppeundervisning og trening, men også en individuell time med fysioterapeut. Mer individuelle tilpasninger for veien videre, var også en forventning de hadde i forkant av å delta på behandlingstilbudet. Individuell tilbakemelding var ønskelig for treningsøvelser og tilpasninger i egen hverdag eller arbeidshverdag.

4.2 Kunnskap om overgangen til hverdagslivet før endt behandlingstilbud

Det var usikkerhet knyttet til veien videre og studiedeltakerne hadde ulike syn på overgangen til hverdagslivet. Forventningsavklaring, mål og planer ble trukket frem som viktig. Dette i tillegg til oppfølging i etterkant av behandlingstilbudet.

4.2.1 Overgangen til hverdagslivet var lite tematisert i behandlingstilbudet

Tanker om overgangen til hverdagslivet var preget av usikkerhet og optimisme, samt forventningsavklaring i forkant av avsluttet behandling. Studiedeltakerne var usikre på hva som kom til å fungere eller ikke i etterkant av behandlingstilbudet. Usikkerhet angående varighet og intensitet av smertene, var en bekymring for flere studiedeltakere før overgangen til hverdagen. Mange slet også med negative tanker og ville prøve å fokusere mer på det positive. En strategi var å prøve å legge de negative tankene bort, og heller ta tiden til hjelp, selv om det bar med seg usikkerhet. For andre var usikkerheten angående veien videre en naturlig del av overgangen til hverdagslivet, og disse ønsket å ta tiden til hjelp og ta det som det kommer. Usikkerhetene for veien videre handlet også om at overgangen fra behandlingstilbudet til hverdagslivet opplevdes brå, og at det ikke var tid til å forberede seg. En studiedeltaker fortalte:

«Den er jo litt brå den behandlingsstoppen, og kommer til det punktet at du skal gjøre alt selv» (Studiedeltaker 8, behandlingstilbud 3).

Behandlingstilbudene tok ikke opp overgangen til hverdagslivet som et tema. Det var fokus på «her og nå». Overgangen til hverdagslivet kom tydeligere frem gjennom mål og planer, og ble tatt opp mot slutten av alle behandlingstilbudene. Det å få utdelt treningsplaner og starte på å utvikle egne mål og delmål, var en måte å forberede det som skulle skje fremover. For flere opplevdes siste behandlingsdag som nyttig før overgangen til hverdagslivet, ved at de fokuserte på å sette realistiske og ikke for kompliserte mål som kunne justeres underveis.

Andre studiedeltakere så lyst på overgangen til hverdagslivet. De gledet seg til å komme i gang og ta i bruk det de hadde lært eller ønsket konsentrere seg mer om. Overgangen til hverdagslivet ble ikke sett på som tydelig for disse. De hadde planer om å fortsette hverdagslivet som før. Varigheten av behandlingstilbudet ble også knyttet til overgangen til hverdagslivet. Flere påpekte at fordi behandlingstilbudet ikke varte over en lang periode eller med tett oppfølging, var ikke overgangen til hverdagen noe de hadde tenkt så mye på enda. Hva som skulle til for å få en god overgang til hverdagslivet var heller ikke noe de hadde reflektert mye over. Derimot påpekte flere at hverdagen påvirket forventningene til hverdagslivet i etterkant av behandling. De med en travel hverdag synes det var vanskeligere å gjøre endringer sammenlignet med de som hadde en mer fleksibel hverdag, eksempelvis å være i full jobb og bo med familie sammenlignet med å være enslig og uføretrygdet. Gode støttespillere var også med på å holde studiedeltakerne positive til overgangen. Støttespillere var familie, venner og treningspartnere med forståelse for situasjonen deres, og som stilte opp ved behov.

Å avklare forventninger med helsepersonell var også et ønske for veien videre, blant annet for å lage egne mål og ved trening. I tillegg hang forventninger til overgangen til hverdagen sammen med å forebygge og minimere negative aspekter i hverdagen. De negative aspektene innebar at livskvaliteten ble preget av smertene og resulterte i begrensninger i hverdagslige gjøremål og fysisk aktivitet. Humøret ble igjen preget av dårlig livskvalitet. Studiedeltakerne følte på frustrasjon over egen situasjon. Til tross for motgang og tidvis dårligere livskvalitet uttrykte studiedeltakerne holdninger om å ikke gi opp og prøve å være standhaftige fremover i hverdagen. Standhaftigheten innebar å prøve ut nye ting og stå på i hverdagen selv om det kunne være vanskelig, og dette

ønsket de å fortsette med etter endt behandling. I tillegg kom det frem at å grave seg ned i vonde tanker eller å synes synd på seg selv ikke gjorde situasjonen bedre. Det var viktig å snu de negative tankene om til noe positivt. Noen sammenlignet også seg selv med andre på den måten at det alltid var noen som hadde det verre. Denne tanken var ment til å hjelpe dem med å stå på i hverdagen, selv på dårlige dager.

«Det også hjelper meg egentlig liksom, for jeg er jo hjemme og stiller opp sant. Det er ikke noe som liksom, jeg er jo heldig, det er noen som har det mye verre, så jeg graver meg ikke ned på grunn av dette nei, selv om det er mye vondt» (Studiedeltaker 5, behandlingstilbud 2).

Å holde seg positiv var derimot ikke alltid like lett, og gode støttespillere ble også trukket frem her. Flere hadde dårlig samvittighet ovenfor familie eller ektefeller i dårlige perioder, men forståelse og støtten de opplevde ble beskrevet som viktig før endt behandling. Støtten var viktig før hjemreisen på den måten at studiedeltakerne visste at de fikk hjelp. I tillegg erfarte noen en negativ rollendring i det å gå fra å være den som hjelper til den som trengte hjelp, men støtten reduserte de negative følelsene angående dette.

4.2.2 Oppfølging i etterkant skaper trygghet

Ved refleksjoner angående overgangen til hverdagslivet, var oppfølging et ønske studiedeltakerne hadde. Studiedeltakerne hadde mye kunnskap og erfaringer tilknyttet egne utfordringer. De hadde opparbeidet seg kunnskap gjennom arbeidsforhold, tidligere behandlingstilbud og gjennom livserfaringene ved å leve med plager over lang tid.

«Jeg synes jo egentlig den teoribiten har vært grei da, selv om jeg føler at jeg egentlig kunne det. Så synes jeg likevel at det var bra, så det, det tror jeg er viktig at er med» (Studiedeltaker 4, behandlingstilbud 2).

Overgangen til hverdagslivet etter deltakelse på behandlingstilbud var ikke noe studiedeltakerne hadde så mye kunnskap om. Studiedeltakerne reflekterte rundt hvilken påvirkning oppfølging kunne ha for overgangen. Det kom frem at oppfølging var forbundet med trygghet og bekreftelse i arbeidet mot en bedre hverdag. Tryggheten kom på bakgrunn av dialog og erfaringsutveksling med kompetente fagpersoner. Bekreftelsen hang sammen med fremgang og om man var på riktig vei. Oppfølging hang også sammen med at overgangen til hverdagen ikke ville oppleves like brå. Bekreftelse på fremgang var sterkt tilknyttet følelsen av mestring. Det var en faktor som bidro til motivasjon for å fortsette.

«Jeg tenker nå i forhold til det tilbudet her da så kunne jeg jo tenkt meg oppfølging fra noen her også. Det ville jo eventuelt vært en fysioterapeut. Da hadde jeg for så vidt ikke trengt så mye, men det er jo å ha en liten trygghet til å starte med da» (Studiedeltaker 2, behandlingstilbud 2).

Studiedeltakerne hadde ikke forventninger knyttet til mye oppfølging i etterkant. Men de mente at litt oppfølging ville være bedre enn ingenting, eksempelvis en telefonsamtale kort tid etter endt behandling. Tryggheten av å opprettholde kontakten med fagpersoner handlet også om tillit til fagpersonene. På en side kunne overgangen til hverdagslivet oppleves skummel, fordi behandlingen brått tok slutt. Støtte fra fagpersoner ville være

betryggende i den forstand at studiedeltakerne ville få hjelp med å utfordre seg selv, samt få tilbakemeldinger underveis i prosessen. På den andre siden var det flere som fikk tilbud om oppfølging i etterkant. De reflekterte over å gå til for eksempel fysioterapeut selv, men hadde ikke ønsket om dette på nåværende tidspunkt. Dette handlet både om det å prøve på egenhånd, men også negative erfaringer med fysioterapeut tidligere. Det var noen av studiedeltakerne som allerede hadde jevnlig oppfølging med andre helseinstanser, på bakgrunn av andre helseutfordringer. Denne oppfølgingen var også betryggende for smerteproblematikken i den sammenheng at de ikke ble overlatt helt til seg selv og hadde noen profesjonelle å snakke med. Oppfølging ble også tilknyttet til å ha en forpliktelse til seg selv og en annen, og dermed få mer motivasjon mot egne mål for fremtiden. Å lage en forpliktelse med planlagte punkter som var viktige for neste møte var et forslag på oppfølging.

4.3 Tilpasninger i hverdagen

Studiedeltakerne hadde fått kunnskap om kroppen som var viktig for å ufarliggjøre aktiviteter. De ville fokusere på tilpasninger og prioriteringer i hverdagslivet i etterkant av behandlingen. Tilpasningene gjaldt hverdagslige gjøremål og på arbeidsplassen. I tillegg ønsket de å konsentrere seg om å lytte og gjøre tilpasninger ut fra egen kropp, samt opprettholde aktivitet i hverdagen.

4.3.1 Tilpasse hverdagsliv og arbeid til egen kropp

Tilpasninger i hverdag og på arbeid kom frem som sentrale punkter studiedeltakerne ville fokusere på i overgangen fra behandling til hverdagen. Det kom frem at endringer i hverdagslivet var noe studiedeltakerne ville fokusere på i etterkant av behandlingen. Hverdagslige gjøremål var noe flere allerede hadde startet å tilpasse. På en side ønsket noen å fokusere på å forenkle løfteteknikker og bæring, eksempelvis ved handling av matvarer. På den andre siden var det noen som ønsket å ta mer pauser i løpet av en dag, og variere måter å sitte og bevege seg på for å unngå smerter. Det ble påpekt at endringer kom til å ta tid, og at motivasjonen for å komme i gang hadde økt i etterkant av behandlingen. Det ble blant annet sagt:

«Det med at vi kanskje skulle, eller at vi kanskje fikk litt motivasjon i at vi skulle komme i gang og trene da» (Studiedeltaker 9, behandlingstilbud 3).

I tillegg ble prioriteringer trukket frem som en type endring i hverdagen for flere. Flere studiedeltakere hadde planer om å prioritere og legge til rette for når på dagen aktiviteter skulle gjennomføres. Det positive med denne prioriteringen var at studiedeltakerne opplevde å ha mer energi til å gjøre aktiviteter sammen med barna sine, eller legge til rette for en god hverdag. Studiedeltakerne vektla også viktigheten av å hvile i forkant av krevende aktiviteter som sentralt i prioriteringene.

«Hverdagen blir jo litt bedre da, og da prøver vi å legge opp noen strategier i forhold til når, hvordan og hvilken tid på dagen, lagt opp litt mer prioriteringer på hva og når jeg bruker den energien jeg har tilgjengelig og ikke» (Studiedeltaker 8, behandlingstilbud 3).

Ved tilpasninger i hverdagen var ansvaret for barn eller andre relasjoner fremtredende. Noen prioriterte barnas aktiviteter foran sine egne, og planla store deler av hverdagen

sin ut fra barna. Denne prioriteringen kunne føre til variert aktivitetsnivå for ulike dager i uken, med mye aktivitet en dag og lite andre dager. Det å sette av et fast tidspunkt på dagen til å gjennomføre trening eller hvile ble også tatt frem som viktig og for å lage rutiner i hverdagen.

«Å prøve å få det som en rutine da, og ha fem minutters trening på morgenen, få det inn som en rutine da» (Studiedeltaker 2, behandlingstilbud 1).

Å tilrettelegge på arbeidsplassen var også et fokus flere av studiedeltakerne hadde. I arbeidsforhold preget av mye sitting var et mål å bli flinkere til å gå mer i løpet av arbeidshverdagen. I tillegg det å be kollegaer om hjelp ved krevende oppgaver, som for eksempel tunge løft. Arbeidsplassen ble også beskrevet som en arena der kollegaer kunne samles og ta pauser eller være i aktivitet sammen. Dette både for å redusere stillesitting, men også for at terskelen for å ta pauser ble lavere. Arbeidsplassen var dermed med på å skape et økende aktivitetsnivå for noen. For andre var arbeidsplassen fortsatt preget av mye stillesitting og få pauser. For dem som ikke var tilbake i arbeid enda, var fokuset å gradvis øke deltakelsen og ta tiden til hjelp. En studiedeltaker uttrykte det slik:

«Jeg ser ikke for meg at jeg skal gå fra 100% sykemeldt til fullt arbeid, men og at det eventuelt tar litt tid, men jeg får starte på litt rolig, få kommet i gang, jevnt kan du si» (Studiedeltaker 8, behandlingstilbud 3).

Det kom frem at de forventet at lavere stillingsprosent, som for eksempel 80 prosent sammenlignet med fulltid, kunne resultere i mindre belastning og smerter på kroppen, samt evnen til en mer stabil arbeidsdeltakelse over tid. Flere hadde vært inn og ut av arbeidslivet noen perioder tidligere, og ville unngå dette i fremtiden. Noen hadde allerede trappet ned og merket betydelig forskjell på smertene. Det å ha muligheten til å strukturere arbeidshverdagen selv og å arbeide hjemmefra, ble også sett på som viktig for å redusere smertebelastningen på kroppen. I tillegg kom det frem at mulighetene for tilrettelegging på arbeidsplassen ofte ble glemt i en travel arbeidshverdag. En studiedeltaker påpekte også at arbeid var noe hun kunne mestre til tross for smertene og hvordan det påvirket andre aspekter i livet, fordi hun kunne tilrettelegge. Det ga en god følelse med det å kunne bidra og fortsatt ta del i samfunnet. Andre studiedeltakere påpekte også at den rolleendringen var krevende, fordi det var forbundet med hvordan de var som personer og deres egne forventninger til seg selv.

4.3.2 Kunnskap om kroppen skaper balanse i hverdagslivet

For å oppnå en god hverdag var det å lytte og tilpasse aktivitet ut fra egen kropp og ferdigheter viktig for studiedeltakerne. Å lytte mer til egen kropp, spesielt med utgangspunkt i trening og hvile, var fremtredende. Det kom frem at det også hadde vært et tema i undervisningen for flere av dem. Flere hadde utfordringer med å ikke presse kroppen over smertegrensen. De ønsket å bli mer bevisst over aktiviteter som fungerte og hvilke som kunne begrenses i hverdagen.

«Det som jeg sitter igjen med at jeg må lære meg å, altså jeg trenger ikke yte så mye» (Studiedeltaker 1, behandlingstilbud 1).

Det ble trukket frem at det var viktig å ta hensyn til, og lytte til kroppen med tanke på smerter. Det var også viktig å ikke forvente for mye av seg selv, og ikke alltid presse kroppen til det ytterste. En erfaring studiedeltakerne satt igjen med etter behandlingen var ufarliggjøring av aktivitet og at de ikke kunne gjøre ryggen verre. Kunnskap om hvor mye kroppen tåler var knyttet til en følelse av trygghet, og færre bekymringer rundt egen situasjon. Mindre redsel for at ryggen skulle bli verre førte også til bedre livskvalitet for flere av studiedeltakerne. I tillegg ble ikke frykten sett på som et hinder for utprøving av nye aktiviteter, eller ved å ta i litt ekstra på trening. En studiedeltaker beskrev det som:

«Ja det er vel å ta altså gjøre øvelser selv om det gjør vondt da på en måte, at det bare, at jeg ikke kan gjøre det verre» (Studiedeltaker 4, behandlingstilbud 2)

Mer kunnskap resulterte også i at studiedeltakerne ikke ville presse seg selv når kroppen var sliten. De ønsket å rette fokus mot nye treningsformer, og ta opp interesser de tidligere hadde unngått som følge av smertene, som for eksempel hagearbeid eller løping. Fokus på å bruke mindre krefter på å være redd i hverdagen og sette av mer tid til pauser kom også frem hos studiedeltakerne. I tillegg kom det frem at ufarliggjøringen løsnet opp psykisk i den forstand at redselen ble mindre. Tankene knyttet til smertene fikk mindre plass i hverdagen.

Flere studiedeltakere hadde planer om å forholde seg mer til egne mål og slutte å utsette målplanlegging. De hadde fått verktøy for å lage mål og planer i behandlingstilbudet. På tunge dager var dette spesielt utfordrende, og for å takle disse dagene ønsket studiedeltakerne å fortsette med det som fungerte og fortsette å teste ut nye ting. Det ble sagt:

«Det jeg vet at det her pleier jeg å bli verre av, da trenger ikke jeg utfordre meg til å gjøre det, for det er så mye annet jeg heller kan gjøre» (Studiedeltaker 10, behandlingstilbud 3).

Behandlingstilbudet var lagt opp slik at studiedeltakerne kunne teste ut ny lærdom eller tilpasninger i tiden mellom samlingene. Enkelte hadde krevende situasjoner i hjemmet samtidig som de deltok på rehabiliteringen. Det førte til at tiden hjemme var vanskelig og ikke ga mulighet for å teste ut ny kunnskap.

Studiedeltakerne opplevde også at til tross for at man kunne få tips om trening som var effektiv for andre, var det viktig å tilpasse til eget nivå og kropp. For eksempel å starte med to treningsøkter i uken, og øke etter hvert istedenfor å starte på fire økter og ikke oppleve mestring. Trening var noe studiedeltakerne kunne teste ut i tiden mellom samlingene. Tiden mellom samlingene ble brukt på forskjellige måter. På en side var det positive erfaringer med å teste ut treningsøvelser eller kjøpe inn nytt utstyr. På den andre siden var det flere som ikke fokuserte på noe spesielt denne tiden og fortsatte som tidligere. Utprøving av treningsøvelser mellom samlingene var motiverende for noen av studiedeltakerne. Lystbetont trening var også noe som kom frem som viktig i sammenheng med motivasjonen. Noen studiedeltakere fant mye glede og trening i fjellturer, mens andre foretrakk styrketrening på treningsstudio. Aktivitet som ikke var lystbetont eller førte til mestring ble påpekt som vanskelig å opprettholde. Terskelen for å gjennomføre aktiviteter som ga mestring og glede var lavere. Samtidig var korte økter som stjal mindre tid fra andre aktiviteter i hverdagen å foretrekke. Flere påpekte også at

aktivitet på vinterhalvåret var mer krevende, spesielt utholdenhetstrening. Glatte veier og redsel for fall, samt færre muligheter til å gå på fjellet var to av årsakene. På den andre siden var det en studiedeltaker som ble mye mer aktiv og fant glede i aktivitet på vinteren. Hun kunne gå mye på ski. Hennes bekymring var knyttet til å begrense aktivitet og finne tid til hvile i vinterhalvåret.

Det å holde seg i aktivitet og opprettholde et jevnt aktivitetsnivå, ble sett på som en viktig tilpasning i hverdagen. Ved å være i aktivitet hver dag, innenfor smertegrensen ville de oppnå et jevnt aktivitetsnivå. Noen påpekte også at type aktivitet eller trening ikke var det viktigste for dem, men det å være aktiv og holde det gående. Andre fokuserte på trening og nye treningsmåter- og øvelser, og å finne treningsglede. For noen gjaldt treningen mer styrke fremfor utholdenhet. Andre ønsket å bruke mer tid på yoga og avspenning. Flere av studiedeltakerne beskrev seg selv som aktive personer. De ønsket ikke at smertene skulle hindre den gleden de hadde av å være aktive. Det ble for eksempel sagt slik:

«[...] sånn at for jeg er jo skapt for bevegelse som person, så, så for meg så er det det som er best» (Studiedeltaker 9, behandlingstilbud 3).

Studiedeltakerne ble også oppfordret av fysioterapeutene til å være i aktivitet, og var enig i oppfordringen. I tillegg kom det frem at noen av studiedeltakerne fant det å trene sammen med andre som nyttig. Nyttien var knyttet til å støtte og presse hverandre, samtidig som det kunne bidra til å skape treningsrutiner i hverdagen. Flere hadde positiv erfaring med den gruppen de var med på behandlingstilbudet, og kunne tenkt seg en arena der de kunne fortsette å trene sammen etter avsluttet behandling. Andre hadde planer om å støtte seg på familiemedlemmer eller venner i treningen. De forventet at å trene sammen med andre ville gjøre det enklere å opprettholde treningen, samt føle på et ansvar overfor seg selv og treningspartneren. Det var også noen som ikke lenger ønsket å trene sammen med andre, fordi det krevde for mye av dem i treningssammenheng. I treningssammenheng ble målbare måter å mål fremgang på, en positiv erfaring flere hadde. Ved å måle aktivitet eller ta tiden med pulsklokke, å se konkret forbedring ble de motivert til å arbeide videre.

Det å legge til rette for mer hvile i hverdagen var også sentralt. Alle studiedeltakerne skulle fokusere mer på hvile, og prøve å finne en balanse mellom hvile og aktivitet. Hvilestillinger var et godt verktøy for å slappe av i muskulaturen og å få kontakt med egen kropp, samt oppnå full hvile. Flere av de som tidligere hadde vært skeptisk til denne type aktivitet ble mer positive og ønsket å ta det mer i bruk selv. Hvilestillingene ble også knyttet til avspenning og yoga, og var noe studiedeltakerne ville bruke i oppvarming før trening. Sitatet fremhever forventningen til å utnytte ny kunnskap om hvilestillinger i situasjoner de vanligvis slappet av:

«Du skal sette deg ned og slappe av liksom, kan du like så godt finne en hvilestilling» (Studiedeltaker 3, behandlingstilbud 2).

Lytte og tilpasse ut fra egen kropp ble også knyttet til det å akseptere egen situasjon. Flere hadde brukt mange år på å akseptere situasjonen de var i. Studiedeltakerne påpekte bevissthet ovenfor egen situasjon som viktig før overgangen til hverdagen, for å kunne sette passende mål. Andre synes fortsatt det var utfordrende å til tider være i rollen som hjelpetrenende fremfor hjelper. Rolleendring og aksept for at kroppen ikke

fungere helt som ønsket, var noe flere skulle fokusere på i hverdagen. Evnen til å hjelpe andre var en del av deres identitet, og å kunne legge fra seg hjelpe-rollen kunne bidra til at hverdagen ikke ble for overveldende for dem.

5 Diskusjon

Hovedfunnene i denne studien er at studiedeltakerne hadde ulike forventninger til omfanget og innholdet i behandlingstilbudet. Studiedeltakerne satt igjen med positive erfaringer angående ufarliggjøring av aktivitet og erfaringsutveksling med andre i liknende situasjon. Det opplevdes som betryggende med tilbakemelding på mål for videre forbedring underveis i behandling, som for noen ble et udekket behov ved overgangen til hverdagslivet. Overgangen fra behandling til hverdagsliv var lite tematisert i behandlingstilbudene. Muligheten til utprøving av ny lærdom før hjemreise trekkes frem som sentralt, for å være forberedt på overgangen til hverdagslivet. Studiedeltakerne hadde mål om å forbedre hverdagslivet gjennom tilpasning, endrede prioriteringer og aktivitet ut fra egen situasjon.

5.1 Forventninger bør avklares

Forventningsavklaring i forkant, underveis og i etterkant av deltakelse i rehabilitering er sentrale funn i studien. Informasjonen som ble gitt i forkant av behandlingstilbudene varierte. Studiedeltakerne som hadde fått utdelt timeplan og oversikt over hva som skulle gjennomgås, hadde muligheten til å justere egne forventninger i forkant av behandlingen. Funn i prosjektet er i tråd med Klevanger et al. (2018) sine funn, som i sin studie utdyper at å justere forventninger kan bidra til å akseptere nåværende funksjonsnivå og utfordringer, for personer med muskel- og skjelettplager. Studiedeltakerne i prosjektet opplevde ulik informasjonsdeling og mange var usikre på veien videre. Ved uklar eller lite informasjon fra helsepersonell om veien videre, kan situasjonen bli utfordrende for pasienter ved hjemkomst (Daniëls et al., 2002). Behandlingstilbudene tok ikke for seg overgangen fra behandling til hverdagslivet som et tema, og skiftet opplevdes brå. Helsepersonell i studien til Daniëls et al. (2002) forteller også om viktigheten av å forberede pasientene før hjemreise. Studiedeltakerne i min studie som opplevde god informasjonsflyt, satt igjen med en følelse av å være forberedt. Fagpersoner bør være tydelige i sine uttalelser og hva som er viktig i overgangen (Daniëls et al., 2002). Pasienter kan også sitte igjen med økt tilfredshet i etterkant av behandling når helsepersonell møter forventningene deres (Rossettini et al., 2020). For pasienter som har høye forventninger, er det helsepersonells ansvar å justere forventningene til pasientens situasjon (Rossettini et al., 2020). Informasjon i forkant av deltakelse førte til at noen av studiedeltakerne tilpasset forventningene sine, som samsvarer med funn i studien til Rossettini et al. (2020).

Videre innebar forventningsavklaring for veien videre å avklare mål, samt hvordan studiedeltakerne kunne redusere negative aspekter i hverdagslivet. Melin et al. (2021) legger frem at det er viktig å lage mål ut fra pasientens helhetlige situasjon, fremfor smertene. Mål kan lages ut fra eksempelvis fysisk aktivitet eller søvn (Melin et al., 2021). Den biopsykososiale modellen støtter opp viktigheten av å se hele mennesket (Engel, 1977). Behandlingstilbudene som er inkludert i prosjektet fokuserer på mål mot slutten av behandlingen, men det er opp til hver enkelt deltaker å ta det i bruk etter avsluttet behandling. Studiedeltakerne opplevde dette som nyttig, spesielt med tanke på å lage realistiske mål og selv justere disse underveis, når de er tilbake i hverdagen. Daniëls et al. (2002) viser også til helsepersonells ønske om å forberede pasientene før hjemreise, som etterstrebes ved å sette meningsfulle mål for den enkelte. Studiedeltakerne ønsket å fokusere på mål og tilpasninger knyttet til trening og hvile. Ved hjelp av den

biopsykososiale modellen og ICF kan helsepersonell utarbeide passende mål og planer for veien videre, på bakgrunn av en helhetlig vurdering av pasienten (Pran, 2007). Modellen kan også bidra til effektiv kommunikasjon mellom fagpersoner, eksempelvis ved fordeling av ansvar (Pran, 2007).

5.2 Tilpasninger i overgangen til hverdagslivet

For at overgangen til hverdagen skal bli enklere kan det være hensiktsmessig å teste ut ny lærdom man vil tilpasse eller endre i egen hverdag, før endt behandling (Miranda et al., 2020). Alle deltakerne i studien min hadde mulighet til utprøving mellom samlingene, men få benyttet seg av det. De studiedeltakerne som fikk prøvd ut fortalte om positive erfaringer. Dette blir støttet opp i studien til Miranda et al. (2020) der pasienter og helsepersonell fra poliklinisk behandling fremhever at overgangen til hverdagen oppleves enklere ved mulighet for utprøving før utskrivning. Pasienter på poliklinisk behandling har rom for å teste ut ny lærdom underveis i behandlingen, i motsetning til inneliggende pasienter (Miranda et al., 2020). Utprøving av nye øvelser eller lærdom i eget hjemmemiljø, kan også være mer optimalt og øke sjansen for forbedring i ettertid (Kristensen et al., 2011). Helsepersonell i studien til Kristensen et al. (2011) påpeker at miljøet gir en viktig kontekst for den enkeltes utførelse, både med tanke på fysiske- og sosiale aspekter. Miljøet i egen hverdag skiller seg fra behandlingsmiljøet. Egen vilje og innsats fra pasientene kan også antas å ha påvirkning på overgangen til hverdagen. Funn fra studien til Miranda et al. (2020) påpeker at opplevelsen av å komme tilbake til hverdagen er avhengig av pasientenes evne til å ta i bruk det de har lært fra behandlingstilbudet. Flere av studiedeltakerne i studien min fikk verktøy for å lage mål og planer for veien videre, men få hadde prioritert å sette seg inn i det på nåværende tidspunkt.

Oppfølging i etterkant av behandlingstilbudet var fremtredende for studiedeltakerne med tanke på trygghet og bekreftelse. Studiedeltakerne hadde ikke forventninger til mye oppfølging, men for eksempel en telefonsamtale eller et møte kort tid etterpå. I studien til Kasper et al. (2002) blir telefonoppfølging brukt for å følge opp pasienter med hjertesvikt, men det er usikkert i hvor stor grad telefonoppfølging i seg selv er avgjørende for forbedring. I studien til Hara et al. (2018) kommer det frem at telefonoppfølging kort tid etter endt rehabilitering, førte til økt arbeidsdeltakelse for personer med kroniske smerter. En kombinasjon av hjemmebesøk og telefon- eller klinikkoppfølging ses som den mest effektive oppfølgingen i overgangen til hverdagslivet i studien til Vedel og Khanassov (2015). Strukturert oppfølging og koordinering blant helsepersonell resulterte i færre innleggelses på sykehus og økende livskvalitet i etterkant (Vedel & Khanassov, 2015). Pasienter med hjertesvikt skiller seg fra personer med muskel- og skjelettplager, ved tettere medisinsk oppfølging. Det er likevel likhetstrekk for trening og livsstilsendringer, som kan tydeliggjøre viktigheten av oppfølging før overgangen mellom behandlingstilbud og hverdagsliv.

Flere av studiedeltakerne ønsket å fortsette med det de allerede gjorde i hverdagen, og hadde få eller ingen planer om å gjøre tilpasninger i hverdagen. Godt etablerte rutiner og hverdagsmønster kan forklare at noen av studiedeltakerne ikke ønsket å gjøre endringer. Helsepersonell i studien til Varsi et al. (2021) understøtter at å endre rutiner og daglige vaner kan være krevende. Tilpasninger avhenger av å opprettholde fokus og motivasjon etter behandlingen avsluttes (Varsi et al., 2021). Andre studiedeltakere ønsket å bli mer

bevisst på hvilke aktiviteter som fungerte i hverdagen, og hvilke som ikke fungerte. Mangel på bevissthet over egen situasjon kan være en begrensning for veien videre med tanke på å ta gode valg (Daniëls et al., 2002). Det er også nyttig for helsepersonell i samarbeid med smertepasienter, at pasientene er kjent med variabler som påvirker deres smerter i hverdagslivet (Varsi et al., 2021). Økt bevissthet kan dermed bidra til en overgang mellom tjenester som preges av mindre usikkerhet og økende kontroll over trening, hvile og prioriteringer for studiedeltakerne.

5.3 Samarbeid med andre

Godt samarbeid og tillit mellom pasient og fagpersoner er betydningsfullt og øker sannsynligheten for forbedring og tilfredshet i etterkant av behandling (Mills et al., 2016; Rossetini et al., 2020). Studiedeltakerne påpekte at de var veldig fornøyde med fysioterapeuten som hadde ledet gruppen. De kunne dele egne meninger og stole på fagpersonene. Slater et al. (2022) viser til viktige prioriteringer i samhandling med smertepasienter, og nevner blant annet kommunikasjon som sentralt i arbeidet. Flere studier støtter opp viktigheten av samarbeidet mellom helsepersonell og pasient, og at fagpersoner bør ha fokus på å stille gode spørsmål, være åpen og oppmuntrende, samt ærlige ovenfor pasientene (Rossetini et al., 2020; Slater et al., 2022). Det kommer ikke frem om fagpersonene var bevisst over sin påvirkning for pasientenes overgang til hverdagen. Studiedeltakernes erfaringer tyder derimot på at fagpersonene bidro med god kommunikasjon og fokus på mål for veien videre. Overgangen fra behandling til hverdag, og viktigheten av hva studiedeltakerne selv kan gjøre, kunne derimot vært tydeligere på bakgrunn av at overgangen var lite tematisert i behandlingstilbudene.

Til tross for at studiedeltakerne var tilfredse med samarbeidet med helsepersonell, hadde de et forventet mer konkrete svar knyttet til egne utfordringer og hverdagsliv. Det samme kom frem i studien til Slater et al. (2022), som også påpekte at helsepersonell bør bruke mer forståelig språk og være ærlige dersom de ikke har svar på spørsmål. Studiedeltakerne i prosjektet oppfattet helsepersonell som kompetente og generelt sett tydelige i møte med spørsmål. Et fremtredende resultat i denne studien, er at studiedeltakerne ønsket mer individuell behandling. Her kan man trekke paralleller til Slater et al. (2022), hvor pasienter ønsker å utvikle en plan sammen med helsepersonell, som imøtekommer individuelle behov, samt muligheten for regelmessig justering dersom noe ikke fungerer. I likhet med studien til Slater et al. (2022), kommer det i frem i studien til Dawda og Russell (2016) at det er viktig at fagpersoner sikrer god kommunikasjon i overgangen mellom tjenestenivå, for å legge til rette for pasienters behov.

Videre trekkes samspillet med andre deltakere underveis i behandlingen frem som positivt av studiedeltakerne i dette prosjektet. Muligheten til å dele refleksjoner og kunnskap pasienter seg imellom, kan føre til økt selvtilit og et oppmuntrende syn på egen situasjon, samt økt tilfredshet av behandling (Finlay & Elander, 2016; Rossetini et al., 2020). Deltakelse i gruppe har også positiv påvirkning på motivasjon for å videreføre behandlingen til hverdagen, ifølge Finlay og Elander (2016). Studiedeltakerne kunne lære av hverandre, og for noen ga dette en motivasjon videre arbeid etter endt behandlingstilbud. Støtte fra venner og familie var også viktig for studiedeltakerne. Miranda et al. (2020) påpeker at for slagpasienter og helsepersonell er sosial støtte i hjemmet en nøkkelfaktor i overgangen til hverdagen. Likhetstrekk mellom deltakerne i

dette prosjektet og i studien til Miranda et al. (2020), er viktigheten av støtte i trening, vanskelige situasjoner og forståelse. Viktigheten av sosiale forhold er også et sentralt element i ICF modellen som brukes i rehabilitering (Pran, 2007). I tillegg er sosial støtte en del av samspillet med omgivelsene og henger sammen med fungering i hverdagen eller sosiale aktiviteter (Pran, 2007).

5.4 Metodediskusjon

I dette kapitlet blir begrepene validitet, overførbarhet, og troverdighet brukt til å vurdere styrker og svakheter ved denne oppgaven. Det er viktig å være kritisk til kvalitet i egen forskning.

5.4.1 Validitet

Validitet handler om hvorvidt metoden som brukes er passende til forskningsspørsmålet (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 272). Ut fra forskningsspørsmålet anses kvalitativ forskningsmetode som passende på bakgrunn av at studien er ute etter erfaringer og forventninger hos studiedeltakerne (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 20).

Forskingsspørsmålet er nyttig for å finne ut om på bakgrunn av manglende forskning på feltet. Tidligere forskning på overgangen mellom tjenester tar for seg helsepersonell sitt synspunkt og ikke pasientenes. Datainnsamlingen i dette prosjektet er gjennomført med individuelle intervju. Individuelle intervju er passende for prosjektet for å spørre om personlige erfaringer og forventninger, samt muligheten for å følge opp samtalen underveis. Semi-strukturert intervju fungerer godt for å innhente data om et bestemt tema, samtidig som intervjupersonen har mulighet til å være åpen og utdype utover spørsmålene (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 170). Sammenlignet med fokusgruppeintervju kan det være lettere å uttrykke personlig informasjon, eksempelvis om kropp eller helse, i individuelle intervju. I denne studien kan også individuelle intervju være en svakhet på bakgrunn av at studiedeltakerne deltok på behandlingen sammen, men hadde ulike syn på behandlingen som kunne resulterte i kunnskapsrike diskusjoner. Refleksiv tematisk analyse anses også som passende for datamaterialet, på bakgrunn av at erfaringer og forventninger til overgangen fra behandling til hverdagsliv, blir utforsket i samsvar med studiemålet (Braun & Clarke, 2022). Kvale og Brinkmann (2021, s. 147) beskriver dilemma angående å gjøre endringer i intervjuguiden underveis i intervjuprosessen. Sett bort fra å endre intervjuguiden slik at den passet til individuelle intervju fremfor fokusgruppeintervju, la jeg til flere oppfølgingsspørsmål. Jeg unnlot å legge til eller endre hovedspørsmål, og hovedformålet med studien ble ivaretatt.

I rekrutteringsprosessen var det mange som ble invitert til studien som ikke ønsket å delta. Det kan også tenkes at de som ikke ønsket å delta hadde andre synspunkt enn de som ønsket å delta. Antallet deltakere kan vært påvirket av engasjementet og måten informasjon ble lagt frem på for deltakerne. Noen av fagpersonene jeg møtte som skulle videreføre informasjon var oppmuntrende og positive til prosjektet. Andre glømt prosjektet i en travel arbeidshverdag. De positive fagpersonene la også inn en ekstra innsats om nødvendig for å få kontakt med deltakerne. Gruppedynamikken mellom deltakerne i behandlingstilbudet kan ha påvirket deltakelse i studien min. Deltakerne kan påvirke hverandre både til å delta eller ikke delta. At deltakerne i studien deltok på forskjellige behandlingstilbud, kan være både en styrke og en svakhet. Det kan være en styrke ved at det kom frem refleksjoner og forventninger fra flere behandlingstilbud og mer nyansert datamateriale. Det kom mye informasjon fra deltakere, på tvers av

tilbudene. Det var også positivt at erfaringene fra tilbudene hadde fellestrekk, og at ingen skilte seg ut på en negativ måte. En ulempe er at det var få deltakere fra hvert tilbud, som påvirker metning av data (Malterud et al., 2016). Metningen i datamaterialet henger også sammen med om vi kan påstå det vi påstår (Tracy, 2010). Jeg er åpen om styrker og svakheter med studien og styrker dermed mine påstander. Braun og Clarke (2022, s. 28) kobler metning opp mot overførbarhet, og at informasjonskraften i tilknytning til forskningsspørsmålet står sterkere.

Overførbarhet, eller generaliserbarhet knyttes ofte til antall deltakere (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 289). Det handler også om kunnskapen kan overføres til lignende- eller relevante situasjoner (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 290). Til tross for at deltakerne har likhetstrekk innenfor smerteproblematikk og behandling, er gruppen heterogen. Dette påvirker generaliserbarheten, og deltakerne kan ikke dekke alle erfaringer og tanker på tema. Jeg vurderer at funn fra studien min kan overføres til andre settinger fordi pasientene har delt personlige erfaringer og tanker, og disse kan beskrives som konkret kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 290). Om kunnskapen kan overføres til andre kontekster og settinger må vurderes, og funn fra denne studien kan ikke forutsi fremtidig praksis (Tracy, 2010). I kvalitative studier er det ønskelig med en variasjon av deltakere med kunnskap eller erfaringer om det som skal undersøkes (Malterud et al., 2016). Metning kan forklares som det stadiet det ikke kommer mer ny informasjon til studien (Malterud et al., 2016). Studien min har ti deltakere, og til tross for at mye av informasjonen som kom frem var lignende, kom det også frem ulike syn. Jeg vurderer også at flere deltakere kunne gitt mer ny informasjon. Likhetstrekk mellom deltakerne kan svekke informasjonsstyrken, altså om deltakerne tilhører målgruppen, men at det samtidig er variasjon i erfaringer og opplevelser i utvalget (Malterud et al., 2016). De fleste studiene jeg bruker i oppgaven er også basert på et flertall av kvinner i samme aldersgruppe.

5.4.2 Troverdighet

Troverdighet handler om hvor pålitelige resultatene i en studie er (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 137). Begrepet reliabilitet blir også brukt om påliteligheten i en studie, men forbindes oftere med kvantitative forskningsprosjekt der reproduserbarheten vurderes (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 276). I kvalitative studier henger troverdigheten sammen med en rik beskrivelse av valg og fremgangsmåter i studien, og at omstendigheter er detaljert forklart (Tracy, 2010). Dette er elementer som har blitt vektlagt gjennom hele oppgaven for å styrke oppgaven. I tillegg er valg tatt med bakgrunn i forskningslitteratur innen fagfeltet, og rådgivning fra veiledere. Det er også reflektert over egen forforståelse og synspunkt i forkant av studien. Forforståelsen min kan ha påvirket hva jeg som forsker forventet at studiedeltakerne skulle dele, og hva jeg fulgte opp underveis i samtalen. Andre forskere kunne ha fått andre resultater, men min bevissthet over egen forforståelse og måten det kan påvirke datainnsamlingen, kan styrke troverdigheten (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 276). Mulighet til å være åpen og nysgjerrig underveis i prosjektet har også vært viktig.

I gjennomføring av intervjuene var det strukturelle forhold som påvirket settingen. De to første intervjuene var preget av at jeg bare hadde gjennomført individuelle intervju som en øving i kvalitativt emne, og at jeg var nervøs og spent. Dialogen mellom forsker og intervjudeltaker er vanskelig å forutsi på forhånd (Malterud et al., 2016). Jeg ble etter hvert mer trent i intervjuprosessen, og ble bedre på å stille flere og mer relevante

oppfølgingsspørsmål. Studiedeltakerne svarte villig på spørsmålene og underveis i prosessen så jeg at data var rikholdig. Oppfølgingsspørsmål avhenger av forskningsspørsmålet, intervjueren og intervjusituasjonen (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 170). Det ene intervjuet var preget av at deltakeren hadde 20 minutter til rådighet, som påvirket flyten i samtalen og mulighet for oppfølgingsspørsmål. Det var også to deltakere som var henholdsvis i bilen eller sammen med andre underveis i intervjuet, som til tider var forstyrrende for samtalen. Jeg hadde tre intervju fysisk, tre intervju på telefon og fire digitalt på teams. Intervjuene der jeg kunne se deltakerne bidro til en god flyt i samtalen, naturlige åpninger for oppfølgingsspørsmål og bruk av kroppsspråk. En fordel med telefonintervjuene var at deltakerne ønsket å delta til tross for manglende digitale ferdigheter. I tillegg kan terskelen være lavere ved deling av egne erfaringer og forventninger med en fremmed person over telefon. Underveis i intervjuene hadde jeg fokus på å sikre troverdigheten i oppgaven gjennom å spørre deltakerne om jeg forstod dem rett, dersom det var uklarerheter. Jeg hadde også fokus på å stille tydelige spørsmål, og oppklare misforståelser underveis.

Transkripsjonen i oppgaven er gjort ord for ord, og det har vært fokus på nøyaktig beskrivelse, for å styrke troverdigheten. Ved utydigheter om hva som ble sagt i opptakene, hørte jeg gjennom flere ganger for å ikke transkribere feil. I tillegg hørte jeg gjennom transkripsjonene flere ganger i etterkant. Jeg anser det også som en fordel at det var samme person som gjennomførte intervjuene som også analyserte datamaterialet. Intervjuprosessen la et godt grunnlag for å bli kjent med datamaterialet før analysene.

5.5 Relevans for folkehelse

Personer med muskel- og skjelettplager er en stor gruppe i Norge. Forebyggende arbeid er en sentral del av folkehelsearbeidet, og i dag går store deler av samfunnsressursene i Norge til behandling av sykdom (Mæland, 2021, s. 89). Økt kunnskap om hva som fungerer og ikke fungerer for at personene i overgangen fra behandling til hverdagsliv, kan være nyttig for at flere personer håndterer hverdagen. Dersom personene gjennomgår behandling i større grad klarer å overføre lærdom fra behandling til hverdagsliv, kan behovet for behandling reduseres. Dette gir større rom for forebyggende arbeid (Mæland, 2021, s. 24).

Funn i denne studien kan være relevant for helsepersonell som arbeider med personer med muskel- og skjelettplager. Helsepersonell kan få innblikk i hvor viktig deres rolle i samarbeid med pasientene er. Deres rolle er viktig for å skape økt trygghet og mindre usikkerhet for pasientene i overgangen til hverdagslivet. Det vil også være nyttig for fastleger eller andre involverte og se viktigheten av forventningsavklaring i samsvar med pasienten, både i forkant og etterkant av deltakelse på poliklinisk behandling. Ledere med innvirkning på utforming og innhold i behandlingstilbud for personer med muskel- og skjelettplager kan dra nytte av resultatene. Evaluering av behandlingstilbud med hensyn til studiedeltakernes erfaringer og refleksjoner kan være nyttig å forbedre behandlingen. Resultatene kan også være relevante for tjenester i primærhelsetjenesten. Frisklivssentraler fokuserer på hvordan personer med ulike utfordringer får støtte til å gjøre endringer i hverdagen for å oppleve økt mestring i hverdagslivet, og kan få nytte av resultatene fra dette studiet.

Videre forskning på feltet ses hensiktsmessig, og kan potensielt redusere rehenvisninger og øke personens evne til å bidra i samfunnet. Det vil være interessant å forske mer på pasienters erfaringer og forventninger i tilknytning rehabilitering. Eksisterende forskning på feltet har sett på hva helsepersonell mener. Pasienter kan tilføre ytterlige kunnskap om hva som oppleves som udekkede behov, og være et supplement for å utvikle mer skreddersydd behandling til pasientenes behov. Videre forskning på hva som kan bidra til at pasientene mestrer overgangen, og langsiktig utbytte av behandling, kan også være interessant. I tillegg kan mer forskning pasientenes evne til å opprettholde lærdom i etterkant av behandling til egen hverdag være spennende.

6 Konklusjon

Denne studien har undersøkt hvilke erfaringer personer med muskel- og skjelettplager har med behandling, samt forventninger til overgangen til hverdagslivet etter endt behandling. Studiedeltakerne har positive erfaringer med behandlingene de har gjennomført. Hverdagslivet i etterkant av behandling kan imidlertid være utfordrende, særlig uten forventningsavklaring. Dersom informasjonsflyten fra fagpersonene er god, opplever studiedeltakerne å være mer forberedt på å håndtere overgangen til hverdagen. Utprøving av kunnskap underveis i behandlingsløpet kan være nyttig for å opprettholde og videreføre verktøyene fra behandlingen til hverdagslivet. Godt samarbeid og tillit til helsepersonell, samt erfaringsutveksling med andre pasienter øker sannsynligheten for forbedring i etterkant av behandling. Personer med muskel- og skjelettplager kan ha stort utbytte av at behandling tilpasses til den enkeltes behov, også for å gjøre overgangen til hverdagen enklere. Denne kunnskapen kan overføres til andre settinger og bidra til en bedre overgang mellom tjenester, særlig mellom primær- og spesialhelsetjenesten.

Litteraturliste

- Braun, V. & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: a practical guide*. SAGE.
- Chen, J. J. (2006). Outpatient pain rehabilitation programs. *Iowa Orthopaedic Journal*, 26, 102-106. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1888591/>
- Chenot, J. F., Greitemann, B., Kladny, B., Petzke, F., Pflingsten, M. & Schorr, S. G. (2017). Non-Specific Low Back Pain. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114(51-52), 883-890. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0883>
- Clarsen, B. M., Steingrimsdottir, O. A., Holvik, K. & Ørstavik, R. E. (2022). *Muskel- og skjeletthelse i Norge*. Folkehelseinstituttet (FHI). <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/muskel-og-skjeletthelse/>
- Conneeley, A. L. (2004). Interdisciplinary Collaborative Goal Planning in a Post-Acute Neurological Setting: a Qualitative Study. *The British journal of occupational therapy*, 67(6), 248-255. <https://doi.org/10.1177/030802260406700603>
- Daniëls, R., Winding, K. & Borell, L. (2002). Experiences of Occupational Therapists in Stroke Rehabilitation: Dilemmas of Some Occupational Therapists in Inpatient Stroke Rehabilitation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 9(4), 167-175. <https://doi.org/10.1080/11038120260501190>
- Datatilsynet. (2015). *Anonymisering av personopplysninger*. Datatilsynet. <https://www.datatilsynet.no/globalassets/global/dokumenter-pdf/regelverk/veiledere/anonymisering-veileder-041115.pdf>
- Davis, M. M., Devoe, M., Kansagara, D., Nicolaidis, C. & Englander, H. (2012). "Did I Do as Best as the System Would Let Me?" Healthcare Professional Views on Hospital to Home Care Transitions. *Journal of General Internal Medicine*, 27(12), 1649-1656. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2169-3>
- Dawda, P. & Russell, L. (2016). *Transition of Care*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252272/9789241511599-eng.pdf>
- Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM). <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- Edwards, R. R., Dworkin, R. H., Sullivan, M. D., Turk, D. C. & Wasan, A. D. (2016). The Role of Psychosocial Processes in the Development and Maintenance of Chronic Pain. *The Journal of Pain*, 17(9), 70-92. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.01.001>
- Eldar, R. (1999). Methodology Matters - XIII. Quality of care in rehabilitation medicine. *International Journal for Quality in Health Care*, 11(1), 73-79. <https://doi.org/10.1093/intqhc/11.1.73>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196, 129-136. <https://www.urmc.rochester.edu/MediaLibraries/URMCMedia/medical-humanities/documents/Engle-Challenge-to-Biomedicine-Biopsychosocial-Model.pdf>
- Finlay, K. A. & Elander, J. (2016). Reflecting the transition from pain management services to chronic pain support group attendance: An interpretative phenomenological analysis. *The British Journal of Health Psychology*, 21(3), 660-676. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12194>

- Flick, U. (2018). *An introduction to qualitative research* (6. utg.). SAGE.
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid* (LOV-2011-06-24-29). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2011-06-24-29>
- Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator* (FOR-2011-12-16-1256). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>
- Foster, N. E., Bishop, A., Thomas, E., Main, C., Horne, R., Weinman, J. & Hay, E. (2008). Illness perceptions of low back pain patients in primary care: What are they, do they change and are they associated with outcome? *PAIN*, 136(1), 177-187. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.12.007>
- Fysioterapeuten. (2023). *Hva er fysioterapi?* Norsk Fysioterapiforbund <https://fysio.no/hva-er-fysioterapi>
- Goldman, J. D. & Harte, F. M. (2020). Transition of care to prevent recurrence after acute coronary syndrome: the critical role of the primary care provider and pharmacist. *Postgraduate Medicine*, 132(5), 426-432. <https://doi.org/10.1080/00325481.2020.1740512>
- Goossens, M. E. J. B., Vlaeyen, J. W. S., Hidding, A., Kole-Snijders, A. & Evers, S. M. A. A. (2005). Treatment Expectancy Affects the Outcome of Cognitive-Behavioral Interventions in Chronic Pain. *The Clinical Journal of Pain*, 21(1), 18-26. https://journals.lww.com/clinicalpain/Fulltext/2005/01000/Treatment_Expectancy_Affects_the_Outcome_of.3.aspx
- Hara, K. W., Bjørngaard, J. H., Brage, S., Borchgrevink, P. C., Halsteinli, V., Stiles, T. C., Johnsen, R. & Woodhouse, A. (2018). Randomized Controlled Trial of Adding Telephone Follow-Up to an Occupational Rehabilitation Program to Increase Work Participation. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(2), 265-278. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9711-4>
- Hawker, G. A. (2017). The assessment of musculoskeletal pain. *Clin Exp Rheumatol*, 35(107), 8-12. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28967361/>
- Helse Nord-Trøndelag. (2022). *DAC - Godkjenning av forskningsprosjekt*. Helse Nord-Trøndelag. <https://hnt.no/helsefaglig/forskning/forskningsstotte/dac-godkjenning-av-forskningsprosjekt>
- Helsedirektoratet. (2015). *Tjenestetilbudet - habilitering og rehabilitering i kommunene*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/habilitering-og-rehabilitering-i-kommunene/tjenestetilbudet-habilitering-og-rehabilitering-i-kommunene#tjenestetilbudet-habilitering-og-rehabilitering-i-kommunene>
- Helsedirektoratet. (2018). *Tjenestetilbudet – habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/habilitering-og-rehabilitering-i-spesialisthelsetjenesten/tjenestetilbudet-habilitering-og-rehabilitering-i-spesialisthelsetjenesten>
- Høstmark, C. B. (2019). *Mener rygg- og nakkeplager koster 8,7 milliarder kroner*. Fysioterapeuten. <https://www.fysioterapeuten.no/nakke--og-ryggsmerter-nakkesmerter-rygg/mener-rygg--og-nakkeplager-koster-87-milliarder-kroner/118704>

- Ihlebaek, C., Brage, S., Natvig, B. & Bruusgaard, D. (2010). Forekomst av muskel- og skjelettlidelser i Norge. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 130(23), 2365-2368. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.09.0802>
- International Association for the study of pain. (2020). *IASP Revises Its Definition of Pain for the First Time Since 1979*. IASP. https://www.iasp-pain.org/wp-content/uploads/2022/04/revised-definition-flysheets_R2.pdf
- Kamper, S. J., Apeldoorn, A. T., Chiarotto, A., Smeets, R. J., Ostelo, R., Guzman, J. & van Tulder, M. W. (2014). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000963.pub3>
- Kasper, E. K., Gerstenblith, G., Heffter, G., Van Anden, E., Brinker, J. A., Thiemann, D. R., Terrin, M., Forman, S. & Gottlieb, S. H. (2002). A randomized trial of the efficacy of multidisciplinary care in heart failure outpatients at high risk of hospital readmission. *Journal of the American College of Cardiology*, 39(3), 471-480. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0735-1097\(01\)01761-2](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0735-1097(01)01761-2)
- Klevanger, N. E., Fimland, M. S., Johnsen, R. & Rise, M. B. (2018). Unfolding the values of work – therapists' experience of addressing the return to work process in occupational rehabilitation based on Acceptance and Commitment Therapy. *BMC Health Services Research*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3035-8>
- Kristensen, H. K., Persson, D., Nygren, C., Boll, M. & Matzen, P. (2011). Evaluation of evidence within occupational therapy in stroke rehabilitation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18(1), 11-25. <https://doi.org/10.3109/11038120903563785>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2021). *Det kvalitative forskningsintervju* (T. M. Anderssen & J. Rygge, Overs.; 3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Lambeek, L. C., van Mechelen, W., Knol, D. L., Loisel, P. & Anema, J. R. (2010). Randomised controlled trial of integrated care to reduce disability from chronic low back pain in working and private life. *BMJ*, 340, 1035. <https://doi.org/10.1136/bmj.c1035>
- Lauvås, K. & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid : perspektiv og strategi* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Lerdal, A. & Karlsson, B. (2009). Bruk av fokusgruppeintervju. *Sykepleien forskning (Oslo)*, (3), 172-175. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2008.0036>
- López-Martínez, A. E., Ramírez-Maestre, C., Serrano-Ibáñez, E. R., Ruiz-Párraga, G. T., Peters, M. L. & Esteve, R. (2020). Using vignettes to assess the contribution of goal adjustment in the adaptation to chronic musculoskeletal pain. *Quality of Life Research*, 29(8), 2137-2148. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02487-5>
- Malterud, K., Siersma, V. D. & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753-1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- Matre, D. (2019). *Muskel- og skjelettplager, smerter og arbeid*. Statens Arbeidsmiljøinstitutt. <https://stami.no/smerter-og-arbeid-sasp-congress/>
- Melin, J., Nordin, Å., Feldthusen, C. & Danielsson, L. (2021). Goal-setting in physiotherapy: exploring a person-centered perspective. *Physiotherapy Theory and Practice*, 37(8), 863-880. <https://doi.org/10.1080/09593985.2019.1655822>
- Mills, S., Torrance, N. & Smith, B. H. (2016). Identification and management of chronic pain in primary care: a review. *Current psychiatry reports*, 18(2), 1-9. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0659-9>

- Miranda, J., Underwood, D., Kuepfer-Thomas, M., Coulson, D., Park, A. C., Butler, S. J., Goldstein, R., Brooks, D., Everall, A. C. & Guilcher, S. J. T. (2020). Exploring transitions in care from pulmonary rehabilitation to home for persons with chronic obstructive pulmonary disease: A descriptive qualitative study. *Health Expectations*, 23(2), 414-422. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/hex.13012>
- Mæland, J. G. (2021). *Forebyggende helsearbeid : folkehelsearbeid i teori og praksis* (5. utg.). Universitetsforlaget.
- Mæland, J. G., Hatland, A. & Pedersen, A. W. (2022). *Folketrygden*. <https://snl.no/folketrygden>
- Nielsen, C. S., Steingrimsdottir, O. A., Skurtveit, S. O. & Handal, M. (2018). *Langvarig smerte*. Folkehelseinstituttet <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/smerte/>
- Norsk senter for forskningsdata. (2022). *Om NSD - Norsk senter for forskningsdata*. Norsk senter for forskningsdata. <https://www.nsd.no/om-nsd-norsk-senter-for-forskningsdata/>
- Pran, F. (2007). *ICF - et felles språk for funksjon*. Fysioterapeuten https://www.fysioterapeuten.no/files/archive/518/5228/version/3/file/0707_Fagartikkel.pdf
- Ramírez-Maestre, C., Esteve, R., López-Martínez, A. E., Serrano-Ibáñez, E. R., Ruiz-Párraga, G. T. & Peters, M. (2018). Goal Adjustment and Well-Being: The Role of Optimism in Patients with Chronic Pain. *Annals of Behavioral Medicine*, 53(7), 597-607. <https://doi.org/10.1093/abm/kay070>
- Rasmussen, B. & Uhrenfeldt, L. (2016). Establishing well-being after hip fracture: a systematic review and meta-synthesis. *Disability and Rehabilitation*, 38(26), 2515-2529. <https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1138552>
- Rossettini, G., Latini, T. M., Palese, A., Jack, S. M., Ristori, D., Gonzatto, S. & Testa, M. (2020). Determinants of patient satisfaction in outpatient musculoskeletal physiotherapy: a systematic, qualitative meta-summary, and meta-synthesis. *Disability and Rehabilitation*, 42(4), 460-472. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1501102>
- Santa Barbara, M. T., Cortazzo, M., Emerick, T., Furnier, J., Duff, J., Shapiro, S., Zigler, C. K., Badway, A. & Sowa, G. (2020). Descriptive Analysis of an Interdisciplinary Musculoskeletal Program. *PM&R*, 12(7), 639-646. <https://doi.org/10.1002/pmrj.12288>
- Skatteboe, S., Røe, C., Fagerland, M. W. & Granan, L.-P. (2017). Expectations of pain and functioning in patients with musculoskeletal disorders: a cross-sectional study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 18(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s12891-016-1386-z>
- Slater, H., Jordan, J. E., O'Sullivan, P. B., Schütze, R., Goucke, R., Chua, J., Browne, A., Horgan, B., De Morgan, S. & Briggs, A. M. (2022). "Listen to me, learn from me": a priority setting partnership for shaping interdisciplinary pain training to strengthen chronic pain care. *The Journal of Pain*, 163(11), 1145-1163. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002647>
- Smith, B. E., Littlewood, C. & May, S. (2014). An update of stabilisation exercises for low back pain: a systematic review with meta-analysis. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 15, 416. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-15-416>
- Stubhaug, A. & Ljosa, T. M. (2021). *Smerte- et symptom, en sykdom og en diagnose*. Oslo Universitetssykehus. <https://oslo-universitetssykehus.no/smerte-et-symptom-en-sykdom-og-en-diagnose>

- Svartdal, F. (2019). *Forventninger (psykologi)*. Store Norske Leksikon.
<https://snl.no/forventning - psykologi>
- Tang, N. K. (2018). Cognitive behavioural therapy in pain and psychological disorders: Towards a hybrid future. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 87, 281-289.
- Tracy, S. J. (2010). Qualitative Quality: Eight “Big-Tent” Criteria for Excellent Qualitative Research. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837-851.
<https://doi.org/10.1177/1077800410383121>
- Varsi, C., Ledel Solem, I. K., Eide, H., Børøsund, E., Kristjansdottir, O. B., Heldal, K., Waxenberg, L. B., Weiss, K. E., Schreurs, K. M. G., Morrison, E. J., Stubhaug, A. & Solberg Nes, L. (2021). Health care providers’ experiences of pain management and attitudes towards digitally supported self-management interventions for chronic pain: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 21(1).
<https://doi.org/10.1186/s12913-021-06278-7>
- Vedel, I. & Khanassov, V. (2015). Transitional Care for Patients With Congestive Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Annals of Family Medicine*, 13(6), 562-571. <https://doi.org/10.1370/afm.1844>
- Veehof, M. M., Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T. & Schreurs, K. M. G. (2016). Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 45(1), 5-31.
<https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1098724>
- Whitehead, L., Jacob, E., Towell, A., Abu-Qamar, M. E. & Cole-Heath, A. (2018). The role of the family in supporting the self-management of chronic conditions: A qualitative systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 22-30.
<https://doi.org/10.1111/jocn.13775>
- Wijma, A. J., Bletterman, A. N., Clark, J. R., Vervoort, S. C. J. M., Beetsma, A., Keizer, D., Nijs, J. & Van Wilgen, C. P. (2017). Patient-centeredness in physiotherapy: What does it entail? A systematic review of qualitative studies. *Physiotherapy Theory and Practice*, 33(11), 825-840. <https://doi.org/10.1080/09593985.2017.1357151>
- World Health Organization. (2021). *Rehabilitation*. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>

Vedlegg

Vedlegg 1: NSD godkjenning

3/27/23, 1:35 PM

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



[Meldeskjema](#) / [Fra rehabilitering til hverdagen etterpå -masterprosjekt Mari E. Bråten](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer
662976

Vurderingstype
Standard

Dato
07.01.2023

Prosjekttittel

Fra rehabilitering til hverdagen etterpå -masterprosjekt Mari E. Bråten

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) / Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Prosjektansvarlig

Lene Aasdahl

Student

Mari Ellingsen Bråten

Prosjektperiode

12.09.2022 - 31.12.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige
Særlige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)
Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 31.12.2023.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

Personverntjenester har vurdert endringen registrert i meldeskjemaet.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg. Behandlingen kan fortsette.

Endringen innebærer at det er lagt til et nytt utvalg (utvalg 2) som skal delta på individuelle intervjuer.

Det vil innhentes samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a. Behandlingen av særlige kategorier av personopplysninger er basert på uttrykkelig samtykke fra den registrerte, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a og art. 9 nr. 2 a.

Vi vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

3/27/23, 1:35 PM

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til videre med prosjektet!

Vedlegg 2: Informasjons- og samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Fra rehabilitering til hverdagen etterpå?”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få innblikk i tanker pasienter med smerteproblematikk har om overgangen fra rehabilitering til hverdagslivet etterpå. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er å undersøke hvilke erfaringer mennesker med smerteproblematikk i nakke, skuldre og rygg har fra poliklinisk behandlingstilbud, og forventningene fra overgangen mellom tilbud og hverdagslivet. Forskningsprosjektet er et masterstudentprosjekt.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved NTNU er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får denne henvendelsen fordi du deltar i et rehabiliteringsprogram for langvarig smerteproblematikk. Ved å samle denne informasjonen fra personer som har deltatt i rehabilitering ønsker vi å kunne utvikle bedre rehabiliteringstilbudene for pasienter i din situasjon.

Hva innebærer det for deg å delta?

Deltakelsen innebærer å delta i et individuelt forskningsintervju med forsker. I tillegg er det et kort spørreskjema i forkant av intervjuet som gjennomgås sammen. Spørreskjemaet innhenter opplysninger om alder, bo- og arbeidssituasjon, oppstart av smerteproblematikk og tidligere behandling for smerteproblematikken. Opplysningene som samles inn, vil omhandle dine erfaringer knyttet til deltakelse i rehabilitering og overgangen til hjemmesituasjon etterpå. Det vil bli tatt opptak av intervjuet og intervjuer vil kunne ta notater underveis i samtalen.

Det er frivillig å delta

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

Det er ingen risiko ved å delta i forskningen. Å være med vil ikke gi deg noen direkte fordeler, utenom at du bidrar til utvikling av ny kunnskap.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenning opplysninger. Det er kun de to masterstudentene og veiledere i tilknytning prosjektet som har tilgang på lagret datamateriale. Data vil oppbevares sikkert etter NTNU sine retningslinjer.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes 31.12.23. Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger slettes.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Norges teknisk- naturvitenskapelige universitet (NTNU) og prosjektleder Lene Aasdahl har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- Norges teknisk- naturvitenskapelige universitet ved Mari Ellingsen Bråten, telefon 98872089, epost: maeb@stud.ntnu.no eller Lene Aasdahl, telefon 93224342, epost: lene.aasdahl@ntnu.no
- Vårt personvernombud: Thomas Helgesen, epost: thomas.helgesen@ntnu.no

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

- Personverntjenester på epost personverntjenester@sikt.no eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Lene Aasdahl
(Forsker/veileder)

Mari Ellingsen Bråten

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *fra rehabilitering til hverdagen etterpå*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i et individuelt intervju
- svare på et kort spørreskjema

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Spørreskjema

SPØRRESKJEMA

Alder: 18-29 30-39 40-49 50-59 60-69 70-79 80+

Kjønn: Kvinne Mann Annet

Bosituasjon: Bor alene Gift/Samboer Samboer med barn Med barn

Jobbstatus: Fulltid Deltid Sykemeldt Ufør Annet

Oppstart smerteproblematikk: 0-12 mnd. 1-2 år 3-5 år 5-10 år 10år +

Tidligere behandling for smerteproblematikk:

Poliklinisk rehabilitering Døgnrehabilitering Kirurgiske inngrep

Annet:

Kommentar _____

Vedlegg 4: Intervjuguide

Intervjuguide

Uformell prat.

Bakgrunn for intervjuet: Masterstudent i folkehelse ved NTNU i Trondheim

Formålet er å høre om hvilke forventninger du har om overgangen fra rehabiliteringstilbudet du har deltatt i, til hverdagslivet etterpå.

Samtykkeskjema.

Jeg har taushetsplikt og vil anonymisere det som kommer fram så godt som mulig.

Ingen riktige eller gale svar, er ute etter dine erfaringer, tanker og forventninger.

Ikke en del av behandlingstilbudet.

Samtalen blir tatt opp, start opptaket.

Innledende spørsmål:

Før vi starter med spørsmålene, vil jeg spørre om vi kan gå gjennom dette spørreskjemaet for å få litt bakgrunnsinformasjon.

Hovedspørsmål:

Kan du fortelle om hvordan du har opplevd behandlingstilbudet.

- Hva har fungert?
- Hva har ikke fungert for deg?
- Hva har du lært? Hva har vært fokuset underveis i behandlingen?
- Hvordan har det vært å delta i tilbudet som del av en gruppe?

Kan du fortelle litt om hvilke verktøy eller strategier du tar med deg inn i hverdagen?

- Beskrive hvordan de skal tas i bruk

Hvordan har du forberedt deg på å avslutte rehabiliteringen?

- Har du tenkt på dette underveis, eller har det blitt diskutert underveis i behandlingsforløpet?

Hva tenker du om at du nå skal være hjemme uten å følge et opplegg?

- Positive og negative tanker/følelser
- Har du forberedt deg på overgangen?

Kan du fortelle litt om endringer i hverdagen du skal gjøre i etterkant av opplegget?

- Endringer i forhold til hva hverdagen består av?
- Hvordan påvirker smertene deg i hverdagslivet? — hvordan ønsker du å arbeide med det nå i etterkant?
- Arbeid; må du gjøre endringer i arbeidsforhold eller arbeidsoppgaver?
- Familie, venner, hobbyer, oppfølging av helsevesenet, smertenivå
- Oppfølging videre?

Hva tenker du skal til for at overgangen fra rehabilitering til hverdagslivet blir best mulig?

- Hvilke tanker har du angående utforming og innhold i tilbudet som kunne vært annerledes?
- Viktige støttespillere? (underveis og etterpå)

Avsluttende spørsmål:

Noe du hadde håpet jeg skulle spørre om, eller tanker du ønsker å legge til før vi avslutter?

Har du spørsmål til prosjektet du ønsker å stille?

Tusen takk for deltakelsen!

Stopp opptak.

Ønske lykke til videre.

