

Lene Hubak Fleischer

Tørre å spørre eller våge å overse?

En tverrsnittstudie om avtalefysioterapeuters kartlegging av pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter og mulige traumatiske livserfaringer i primærhelsetjenesten.



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2021 Lene Hubak Fleischer

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Bakgrunn: En biopsykososial forståelsesmodell setter økte krav til kartlegging grunnet kompleksiteten knyttet til langvarige muskelskjelettsmerter. I Norge har 30% av befolkningen langvarige smerter, og muskelskjelettsmerter er den vanligste typen. Langvarige muskelskjelettsmerter er knyttet til ulike grader av kompleksitet og komorbiditet. Traumatiske livserfaringer har høy forekomst og store helsemessige konsekvenser, men er underidentifisert og underdiagnostisert i helsevesenet. Det er høy samforekomst av traumatiske livserfaringer og langvarige muskelskjelettsmerter.

Hensikt: Studiens hensikt er å belyse avtalefysioterapeuters kartlegging av pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter og mulige traumatiske livserfaringer, med spesielt fokus på forhold knyttet til kartlegging av traumatiske livserfaringer.

Metode: Studien er en kvantitativ tverrsnittstudie med bruk av spørreskjema. Det ble inkludert 107 tilfeldig utvalgte respondenter fordelt på tre subgrupper; allmennfysioterapeuter, manuellterapeuter og psykomotoriske fysioterapeuter. Spørreskjemaet besto av avkryssningsspørsmål for kartleggingsområder, samt utsagnsspørsmål forankret i studiens tematikk. Det ble utført både univariate og bivariate analyser i fortolkningsarbeidet, samt konfunderanalyser.

Resultater: Resultatene i studien viser at avtalefysioterapeutene kartla flere aspekter av det som kan ansees som komplekse og relevante forhold rundt langvarige muskelskjelettsmerter og mulige traumatiske livserfaringer. Funnene antyder at ulike kategorier av avtalefysioterapeuter har ulike kartleggingsrutiner. Psykomotoriske fysioterapeuter kartla grundigst rundt psykososiale faktorer i forhold til de andre avtalefysioterapeutene. Dette gjaldt spesielt i kategoriene traumatiske livserfaringer og psykososiale forhold i oppvekst. Manuellterapeutene benyttet seg av kartleggingsskjema i større grad enn de andre avtalefysioterapeutene når det gjaldt å identifisere psykososiale faktorer. De fleste avtalefysioterapeutene kartla gjennom samtale med pasienten. Det var også ulikheter mellom kategorier av avtalefysioterapeuter når det gjaldt hvilke forhold som påvirket avtalefysioterapeuters valg om å inkludere traumatiske livserfaringer i kartleggingen. Både faglige og organisatoriske faktorer ble trukket frem.

Konklusjon: Studiens resultater indikerer at de fleste avtalefysioterapeutene kartla relevante psykososiale faktorer som inngår i kompleksiteten knyttet til langvarige muskelskjelettsmerter og traumatiske livserfaringer. Funnene antyder at flere av avtalefysioterapeutene hadde et ønske om å inkludere traumatiske livserfaringer i kartleggingen, selv om resultatene sett i sammenheng med teorien indikerer at fåtallet kartla adekvat for dette. Det teoretiske grunnlaget i studien fremhever at traumatiske livserfaringer bør vurderes som en del av den psykososiale kartleggingen for pasienter med langvarig muskelskjelettsmerter, men at en forsvarlig traumekartlegging skjer i en traumeinformert praksis. Dette har konsekvenser for fysioterapi som praksisfelt. Det anbefales at det forskes videre på fysioterapi i relasjon til traumatiske livserfaringer.

Nøkkelord: langvarige muskelskjelettsmerter, traumatiske livserfaringer, kartlegging, avtalefysioterapeut, primærhelsetjeneste

Abstract

Title: Dare to enquire or chance to overlook? A cross-sectional study on physiotherapists' assessment procedures for patients with persistent musculoskeletal pain and possible traumatic life experiences in primary health care.

Background: The biopsychosocial model places increased demands on the assessment procedures due to the complexity associated with persistent musculoskeletal pain.

In Norway, 30% of the population has persistent pain, and musculoskeletal pain is the most common type. Persistent musculoskeletal pain is associated with varying degrees of complexity and comorbidity. Traumatic life experiences have high prevalence and major health consequences, but they are underidentified and underdiagnosed in the health care system. There is a high co-occurrence of traumatic life experiences and persistent musculoskeletal pain.

Purpose: The purpose of the study is to explore physiotherapists' assessment procedures for patients with persistent musculoskeletal pain and possible traumatic life experiences in a primary care setting with an emphasis on aspects associated with the assessment of traumatic life experiences.

Method: The study is a quantitative cross-sectional survey study. The study included data from 107 randomly sampled respondents, and they were stratified into three subgroups: general physiotherapist, manual therapists and psychomotor physiotherapists. The survey included checkbox questions for areas of assessment, and likert scale questions for self-perceived competency. Both univariate and bivariate analyses were executed, in addition to confounder analysis.

Results: The results of this study show that physiotherapists assessed several aspects pertaining to the complexity associated with persistent musculoskeletal pain and possible traumatic life experiences. The findings suggest that different categories of physiotherapists have different assessment procedures. Psychomotor physiotherapists assessed more thoroughly associated with psychosocial factors compared to the other physiotherapists in this study. This was especially evident in the categories that were emphasized in this study; traumatic life experiences and psychosocial conditions growing up. The manual therapists used screening tools to a greater extent than the other physiotherapists when it came to identifying psychosocial factors. Collectively, most physiotherapists assessed through conversation with the patient. When it came to

the factors that influenced the physiotherapists' choice to include traumatic life experiences in the assessment, there were also differences between the physiotherapists. Both organizational and professional factors contributed.

Conclusion: The results of the study indicate that most physiotherapists assessed relevant psychosocial factors considered part of the complexity that surrounds persistent musculoskeletal pain and traumatic life experiences. The physiotherapists wanted to include traumatic life experiences in their assessments, although the results in relation to the theory may indicate that the minority assessed adequately at the time the study was conducted. The theoretical basis of the study suggests that traumatic life experiences should be considered as part of a psychosocial assessment for patients with persistent musculoskeletal pain, but that a sound trauma assessment takes place in a trauma-informed practice. This has consequences for physiotherapy as a field of practice. It is recommended that further research be conducted on physiotherapy in relation to traumatic life experiences.

Key words: Persistent musculoskeletal pain, traumatic life experiences, assessment, physiotherapist, primary healthcare

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Abstract	5
Innholdsfortegnelse	7
Oversikt over figurer og tabeller	10
Forord	11
1 Innledning	14
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	15
1.2 Studiens hensikt og avgrensning.....	17
1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål	17
1.4 Begrepsavklaringer	18
1.4.1 Avtalefysioterapeut	18
1.4.2 Kartleggingsrutiner	19
1.4.3 Traumatiske livserfaringer.....	20
1.4.4 Langvarige muskelskjelettsmerter	20
1.4.5 Den biopsykososiale modellen	21
1.5 For forståelse og epistemologisk utgangspunkt.....	21
2 Teori	23
2.1 Litteratursøk	23
2.2 Traumatiske livserfaringer og helsevesenet	24
2.3 Sammenhengen mellom traumatiske livserfaringer og langvarige muskelskjelettsmerter.....	25
2.4 Kartleggingsbehov ved langvarige muskelskjelettsmerter	26
3 Metode	29
3.1 Utvikling av spørreskjema	30
3.2 Pilotundersøkelse	32
3.3 Oversikt over variablene.....	34
3.3.1 Demografiske variabler.....	34
3.3.2 Forskningsspørsmål 1	34
3.3.3 Forskningsspørsmål 2	36
3.4 Utvalg og rekruttering	39
3.5 Datainnsamling	41

3.6	Analysér og fortolkningsarbeid.....	42
3.6.1	Univariate analyser	42
3.6.2	Bivariate analyser.....	43
3.6.3	Rekoding og reparasjon av variabler	45
3.7	Forskningsetiske vurderinger og personvern	46
3.8	Metodiske vurderinger	47
3.8.1	Ivaretagelse av validitet og reliabilitet.....	48
4	Resultat.....	52
4.1	Demografiske data.....	52
4.2	Hvilke kartleggingsrutiner har avtalefysioterapeuter for pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter?.....	53
4.4	Hvilke forhold påvirker avtalefysioterapeuters kartlegging av mulige traumatiske livserfaringer for pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter?	57
4.4.1	Hvor ofte kartlegges traumatiske livserfaringer i møte med pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter?.....	59
4.4.2	Hvor spesifikt kartlegges traumatiske livserfaringer i møte med pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter?	65
4.4.3	Hvilke årsaker kan ligge til grunn dersom avtalefysioterapeuter velger å ikke kartlegge mulige traumatiske livserfaringer hos pasienter med langvarig muskelskjelettsmerter?	68
5	Diskusjon.....	72
5.1	Hvilke kartleggingsrutiner har avtalefysioterapeuter for pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter?.....	72
5.2	Hvilke forhold påvirker avtalefysioterapeuters kartlegging av traumatiske livserfaringer for pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter?.....	77
5.2.1	Hva kan ligge til grunn for at avtalefysioterapeuter velger å ikke kartlegge traumer i møte med pasienter med langvarig muskelskjelettsmerter?.....	81
5.3	Studiens styrker og svakheter.....	83
6	Konklusjon	86
6.1	Praktiske implikasjoner og konsekvenser for praksisfeltet.....	86
6.2	Anbefaling til videre forskning.....	87

Referanser	89
Vedlegg.....	105
Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD.....	107
Vedlegg 2: Informasjonsskriv	109
Vedlegg 3: Spørreskjema.....	111
Vedlegg 4: Råtekst fra kommentarfelt.....	116
Vedlegg 5: Frekvenstabeller for forskningsspørsmål 1.....	121
Vedlegg 6: Konfunderanalyse mellom subgrupper	129
Vedlegg 7: Konfunderanalyse innad i subgrupper.....	135
Vedlegg 8: Samvariasjonsanalyse for forskningsspørsmål 2.....	138
Vedlegg 9: Frekvensanalyse for Påstand 1 og Påstand 6	141

Oversikt over figurer og tabeller

Figur 3-1 Utvalg og rekrutteringsprosess fordelt på de ulike subgruppene.	41
Figur 4-1 Prosentvis fordeling av kartleggingsområder der det benyttes skjema, for de ulike subgruppene.	54
Figur 4-2 Prosentvis fordeling av kartleggingsområder der det benyttes samtale, for de ulike subgruppene.	56
Figur 4-3 ALLMENN: Samvariasjon mellom påstand 1 og kartleggingsvariabel A (rs=0,370).....	60
Figur 4-4 MT: Samvariasjon mellom påstand 2 og kartleggingsvariabel A (rs=-0,386). ..	61
Figur 4-5 MT: Samvariasjon mellom påstand 3 og kartleggingsvariabel A (rs=-0,424). ..	62
Figur 4-6 MT: Samvariasjon mellom påstand 6 og kartleggingsvariabel A (rs=-0,449). ..	63
Figur 4-7 PMF: Samvariasjon mellom påstand 2 og kartleggingsvariabel A (rs=-0,381). ..	64
Figur 4-8 PMF: Samvariasjon mellom påstand 4 og kartleggingsvariabel A (rs=-0,480). ..	65
Figur 4-9 PMF: Samvariasjon mellom påstand 3 og kartleggingsvariabel B (rs=-0,444)..	68
Tabell 4-1 Demografiske data for subgruppene Allmenn, MT og PMF.....	53
Tabell 4-2 Korrelasjoner (Spearman rho) mellom kartleggingsvariabel A «Hvor ofte kartlegges traumatiske livserfaringer?» og utvalgte uavhengige variabler, for de ulike subgruppene.....	59
Tabell 4-3 Korrelasjoner (Spearman rho) mellom kartleggingsvariabel B «Hvor spesifikt kartlegges traumatiske livserfaringer?» og utvalgte uavhengige variabler, for de ulike subgruppene.....	66
Tabell 4-4 Oversiktstabell med gjennomsnittsverdier på utsagnsspørsmål om mulige årsaker til å ikke kartlegge traumatiske livserfaringer, for de ulike subgruppene.....	71

Forord

Selv om denne masteravhandlingen er et selvstendig arbeid, så er det med takknemlighet til, og støtte av, flere den nå er ferdigstilt. Jeg vil først nevne mine pasienter - fortid, nåtid og fremtid. Dere som virkelig sørger for at jeg på daglig basis lærer noe nytt. Takk til min tidligere veileder Kathe Lindbach, som i min spede begynnelse som psykomotorisk fysioterapeut for 20 år siden, fortalte meg at du skal alltid spørre. Har du forbehold eller bekymringer rundt det spørsmålet du skal stille, så skal du si noe om de forbeholdene eller bekymringene du har, også spør du uansett. Dette har ført til at jeg nå i to tiår har spurt og fått svar på spørsmål jeg tidligere ikke trodde jeg kunne stille. Takk til mine pasienter som har svart. Dere som har lyttet til mine forbehold og bekymringer rundt spørsmålene jeg allikevel har våget å stille, og som har gitt meg anledning til å lytte til og lære av det dere har våget å svare. Det har gitt meg en mulighet til å ikke bare bli kjent med dere, men også meg selv som fagperson og som medmenneske. Det har lært meg verdien av å våge å spørre. Verdien av å våge å få et svar du kanskje frykter, ikke er forberedt på eller ikke vet hvordan du skal forholde deg til. Min dypeste takknemlighet. Uten dere hadde denne masteravhandlingen verken blitt unnfanget eller forløst.

Takk til dere som har trådd til som veiledere ved USN. Spesielt takk til professor Leiv Sandvik som har vært med på hele den statistiske heisaturen dette ble. Takk for statistiske diskusjoner og digresjoner. Et sinn med like mange begeistring og assosiasjoner som mitt eget. Takk til førstelektor Turid-Iren Jacobsen som har bidratt med nødvendige begrensinger og kjærkomne berikelser når det har kommet til både prosessen og teksten. Og til slutt tusen takk til førsteamanuensis Gro Gade Haanes som mesterlig tok over stafettpinnen fra Turid-Iren og ble med på siste etappe.

Takk til førsteamanuensis Hilde Sylliaas for kjærkommen støtte i denne prosessen. Gleder meg til videre samarbeid!

Takk til familien min, som virker å ha en urokkelig tro på meg og alt jeg gjør. Dette har vært uvurderlig i de periodene jeg selv har mista troa, for dette har på ingen måte vært en enkel prosess å stå i eller en enkel periode å begi seg ut på denne prosessen. Om det

har vært trøst, kamplyst, ro til å sove på sofaen eller rom til å rote, virre og være i masterbobla - for så å bli parodiert på mesterlig vis - her har det vært støtte og latter på alle fronter. Jeg er dypt takknemlig og så utrolig heldig som har et liv som forgylles av dere.

Takk til gode fysioterapeutkollegaer, både kjente og ukjente. Dere som har bidratt i pilotfasen og formet spørreskjemaet med deres klokskap og erfaring. Dere som tok dere tid til å svare på spørreskjemaet og har delt deres kartleggingsrutiner og tanker rundt langvarige muskelskjelettsmerter og traumatiske livserfaringer. Dette har ført til at jeg nå kan presentere data og funn på et felt som er i stor endring. En studie som jeg håper kan bidra til at de historiene mennesker med traumatiske livserfaringer bærer på gjennom et smertefullt kroppslig vokabular, skal bli anerkjent og verdsatt i alle fysioterapipraksiser som en naturlig del av behandlingen av deres langvarige muskelskjelettsmerter.

Takk til Camilla Gaarden Sundsbak som er kollegaen over alle kollegaer. Min part og partner i min daglige praksis. Mitt daglige og faglige påfyll av inspirasjon og støtte.

Takk til Vibeke Tjugum. Vi starta sammen og huhei for en dannelsesreise det har vært. Glad det var akkurat deg som ble min master-medsammensvorne i utallige forelesninger, lunsjer og meldinger frem og tilbake i nå 3 år.

Jeg avslutter med å nevne at den 10.oktober 2020 var det nok en gang verdensdagen for psykisk helse. Temaet var «Spør mer». Organisasjonen Verdensdagen for psykisk helse (2020) skrev på sine sider «Et levd liv har mange historier, spør om dem», og jeg kan ikke annet enn å helhjerta stemme i. Måtte vi alle våge å spørre mer, se mer og lytte mer til dem vi er sammen med uansett hvilken sammenheng det er.

Langhus, 14.01.21

Lene Hubak Fleischer

1 Innledning

Forståelsen av langvarige muskelskjelettsmerter er i sterk endring fra en biomedisinsk til biopsykososal forståelsesmodell. Dette fører til at man forholder seg til flere og sammensatte årsaker til smerte, spesielt når plagene blir langvarige (Ihlebak og Lærum, 2010). Studier som fokuserer på pasienter med langvarige muskelskjelettplager i Norge understreker derfor betydningen av å utrede bredt, da langvarige muskelskjelettsmerter er knyttet til ulike grader av kompleksitet og komorbiditet (Reme et al, 2011, Woodhouse, 2018, Opseth, 2013). Denne kompleksiteten knyttet til langvarige smerter gjør at pasienten trenger en utredning og kartlegging som samsvarer med kompleksiteten til plagene. På denne måten kan forhold som har betydning for hver enkelt pasients helseforståelse og behandlingsforløp oppdages.

I Norge har 30% av befolkningen langvarige smerter, og muskelskjelettsmerter er den vanligste typen (Folkehelseinstituttet, 2018). Kostnadene er i milliard-klassen, der den største andelen av kostnader er knyttet til fravær fra arbeid. I 2014 hadde de årlige samfunnsøkonomiske kostnadene knyttet til muskelskjelettskader, sykdommer og plager steget til 184 milliarder kroner (Rådet for muskelskjeletthelse, 2020). De sosiale kostnadene knyttet til helsetap kan sjelden knyttes til tall, men langvarige smerter preger hverdag og liv til den rammede, deres familie, venner og kollegaer.

De færreste har en spesifikk diagnose knyttet til sine smerter, og mange får derfor kun symptomdiagnoser (Muskel og skjelett tiåret, 2013). Fysioterapeutene står i front når befolkningen opplever muskelskjelettsmerter og yter stor tillit i samfunnet (Kantar, 2019). Fysioterapeuter ansees som de viktigste i arbeidet med å redusere sykefraværet knyttet til muskelskjelettlidelser, og regnes på dette feltet som viktigere enn fastlegen (Kantar, 2019). Fysioterapeutene i primærhelsetjenesten har et selvstendig utrednings- og vurderingsansvar knyttet til de plagene pasientene oppsøker dem med. I 2018 ble det innført direkte adgang til fysioterapeuter med kommunale driftsavtaler. Pasienter kan da oppsøke avtalefysioterapeut uten henvisning fra fastlege, og allikevel få tilgang på refusjon fra HELFO. Dette betyr at en større andel pasienter kan oppsøke fysioterapeut med sine muskelskjelettsmerter uten å ha vært i kontakt med lege først. Dette fører til at fysioterapeuten bærer hele utrednings- og vurderingsansvaret knyttet til de plagene pasienten oppsøker dem med.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Helsevesenet i Norge er delt i somatikk og psykisk helsevern. I somatikken har omfanget og konsekvensene av langvarige muskelskjelettsmerter gjort at muskelskjelettsmerter klassifiseres som ett folkehelseproblem (Folkehelseinstituttet, 2018). Innen psykisk helsevern har omfanget og konsekvensene av traumatiske livserfaringer ført til at dette omtales som et stort og alvorlig folkehelseproblem (Thoresen og Hjemdal, 2014). Diskusjonene rundt å fremheve traumatiske livserfaringer i oppveksten som et alvorlig folkehelseproblem har gått i media, der Folkehelseinstituttet kritiseres for ikke å klassifisere det som et folkehelseproblem (Thorkildsen, 2015). Det er ønskelig å fremheve traumatiske livserfaringer som et folkehelseproblem da det er høyt forekommende i samfunnet, legger grunnlaget for fremtidig uhelse og øker faren for tidlig død (Felitti et al, 1998, Rod et al, 2020). Traumatiske livserfaringer øker risikoen for å utvikle de plagene som regnes som folkehelseproblemer av Folkehelseinstituttet i dag, bl.a. langvarige muskelskjelettsmerter (Kirkengen, 2007, Rueness et al, 2019).

Pasienter med traumatiske livserfaringer har ofte alvorligere symptomer og mer kompliserte sykdomsforløp enn pasienter uten slike erfaringer (Peters, 2019, Felitti et al, 1998). Det er også bekymringsverdig at effekten av behandling av andre plager og lidelser kan svekkes om pasientene har traumatiske livserfaringer (Peters, 2019, Andersen, Andersen, Vakkala & Elklit, 2012, Goldstein et al, 2019). Det er dessverre vanlig at traumatiske livserfaringer ikke anerkjennes i møte med helsevesenet, og pasienter blir ofte ikke spurt om sine traumeerfaringer (Peters, 2019). Mange pasienter har i tillegg manglende forståelse for at tidlige traumatiske erfaringer kan ha sammenheng med hvordan de har det i dag, noe som betyr at de ikke tematiserer traumatiske livserfaringer når de presenterer sine plager (Peters, 2019). Konsekvensene av å ikke bli spurt om traumatiske livserfaringer kan derfor bli alvorlige. Pasientene kan både få feil diagnose og feil behandling, der de blir gående i langvarige behandlingsforløp uten tilstrekkelig hjelp eller effekt. (Peters, 2019, Andersen et al, 2012).

Som psykomotorisk fysioterapeut møter jeg pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter og traumatiske livserfaringer som bærer på ulike erfaringer

knyttet til tidligere møter med fysioterapi. Pasientene som kommer til psykomotoriske fysioterapeuter har gjennomsnittlig hatt sine plager i over 9 år (Breitve, Hynninen & Kvåle, 2008). De har ulike behandlingsforløp hos fysioterapeut bak seg. Enkelte pasienter forteller om retraumatiseringer i møte med fysioterapi, der smertene og de kroppslige reaksjonene ikke har blitt forstått som traumeforsvar og reaksjoner på traumatisk stress. Andre pasienter forteller om behandlingsforløp som har pågått i årevis med symptomdempende og lindrende fokus, der de gradvis har mistet livskvalitet og funksjon. Langvarige behandlingsforløp der traumatiske livserfaringer ikke har blitt oppdaget eller integrert i behandlingstilnærmingen. Fysioterapeuters vansker med å adressere og integrere psykososiale aspekter inn i sine vurderinger og behandlingsforløp finner man i flere studier (Synnott et al, 2015, Singla et al, 2015, Zangoni & Thomson, 2017). Studier har også vist at fysioterapeuter opplevde at verken profesjonsutdanningen eller tilgjengelig fagutvikling gav dem verktøyene eller tryggheten til å adressere og behandle kompleksiteten i smerte (Synnott et al, 2015, Singla et al, 2015, Zangoni & Thomson, 2017). En studie avslørte at enkelte fysioterapeuter stigmatiserte adferd knyttet til psykososiale faktorer rundt korsryggssmerte, og ikke fullt ut aksepterte bidraget disse faktorene hadde inn i den enkeltes smertebilde (Synnott et al, 2015). I samme studien uttrykte flere fysioterapeuter et ønske om å i større grad kun forholde seg til de mekaniske aspektene rundt smerten.

Fysioterapi har en lang faghistorie der biomekanikken har vært førende i kroppsforståelsen (Nicholls & Gibson, 2010). Fagmiljøer innen fysioterapi har utfordret kroppssynet og identiteten denne faghistorien har skapt, og argumentert for en mer mangfoldig og integrert tilnærming til kroppen (Nicholls & Gibson, 2010). Dette er av stor betydning, da fysioterapeuters faglige forankring og kroppsforståelse har en klar innflytelse på hvilken informasjon de samler og anser som relevant i møte med pasientene (Thornquist, 2006, Gardner et al, 2017). Psykologiske faktorer er betydningsfulle ved utviklingen av langvarige muskelskjelettsmerter (Pincus, Burton, Vogel & Field, 2002). I en norsk studie fant man at de pasientene som regelmessig gikk til fysioterapi i primærhelsetjenesten ofte hadde høy belastning psykososialt (Opseth, 2013). O’Keeffe, George, O’Sullivan & O’Sullivan (2019) argumenterer med at det ikke

bør være psykologenes ansvar å oppdage psykologiske og psykososiale aspekter ved pasientenes smerteproblematikk når pasienten oppsøker fysioterapeut for sine plager. De hevder derfor at det å identifisere og integrere psykologiske og psykososiale faktorer i behandlingstilnærmingen bør inngå i all fysioterapi praksis (O’Keeffe et al, 2019).

1.2 Studiens hensikt og avgrensning

Studiens hensikt er å belyse avtalefysioterapeuters kartlegging av pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter og mulige traumatiske livserfaringer, med spesielt fokus på forhold knyttet til kartlegging av traumatiske livserfaringer. Studien tar for seg populasjonen av fysioterapeuter som har driftsavtaler med kommunene. Utvalget er begrenset til å inkludere 107 tilfeldig utvalgte avtalefysioterapeuter fra hele Norge. Studien baserer seg på kvantitative data fra spørreskjema. Spørreskjemaet er utviklet spesielt for denne studien. For å avgrense studiens omfang når det gjelder tema er det fokusert på hvilke kartleggingsrutiner avtalefysioterapeuter har for pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter, og hvilke forhold som kan påvirke avtalefysioterapeuters kartlegging av traumatiske livserfaringer hos denne pasientgruppen.

1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål

Med studiens hensikt var det ønskelig å undersøke hva avtalefysioterapeuter kartla, og hvordan kartlegging av pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter ble utført. Det ble derfor besluttet å fokusere på avtalefysioterapeuters kartleggingsrutiner. Det som er etablert som rutiner gjenspeiler en systematisk praksis og belyser hvilke valg avtalefysioterapeuter har tatt i sin yrkesutøvelse. Det var videre ønskelig å undersøke kartlegging av traumatiske livserfaringer nærmere, både som kartleggingsområde og når det gjaldt hvordan avtalefysioterapeuter forholdt seg til å kartlegge mulige traumatiske livserfaringer hos pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter. Det ble derfor valgt en overordnet problemstilling med mer spesifikke forskningsspørsmål som imøtekom studiens hensikt.

Hvordan foregår avtalefysioterapeuters kartlegging av pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter og mulige traumatiske livserfaringer?

For å belyse problemstillingen ble følgende to forskningsspørsmål valgt:

- Hvilke kartleggingsrutiner har avtalefysioterapeuter for pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter?
- Hvilke forhold påvirker avtalefysioterapeuters kartlegging av mulige traumatiske livserfaringer for pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter?

1.4 Begrepsavklaringer

I dette kapittelet vil begrepene som er brukt i studien presenteres. Begrepene er tilknyttet problemstillingen og forskningsspørsmålene, og omhandler fysioterapeuters virke i primærhelsetjenesten og kompleksiteten pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter oppsøker dem med. De vil avklares ut fra hvordan de forstås og benyttes i denne studien.

1.4.1 Avtalefysioterapeut

En avtalefysioterapeut er en selvstendig næringsdrivende fysioterapeut med kommunal driftsavtale i primærhelsetjenesten. Fysioterapeuter er autorisert helsepersonell, og fysioterapeutttittelen er en beskyttet tittel hjemlet i helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 1999). For å oppnå offentlig autorisering må søkeren ha bestått en bachelorgrad i fysioterapi. I Norge er dette et 3-årig utdanningsforløp med ett år påfølgende turnustjeneste. Med autorisering følger et selvstendig og personlig ansvar for å utøve arbeidsoppgaver forsvarlig (Norsk fysioterapeutforbund, 2015). Dette betyr at fysioterapeuten plikter å holde høy faglig og etisk standard og holde seg faglig oppdatert.

En avtalefysioterapeut skiller seg fra helprivate fysioterapeuter på flere måter. Et driftsavtale er en tildeling av offentlige midler, og dermed hjemlet i forvaltningsloven som et enkeltvedtak. Det ulovfestede kvalifikasjonsprinsippet skal ligge til grunn for å velge den søkeren som er best kvalifisert til å møte befolkningens behov. Målet er at kommunens befolkning skal tilbys best mulig tjeneste der utlysningsteksten til

driftsavtalen skal gjenspeile befolkningens behov. Dette for å kvalitetssikre at kommunens innbyggere har den kompetansen de trenger når det kommer til fysioterapitjenester. Oppsøker man en avtalefysioterapeut vil man derfor kun betale egenandel, da Helse og økonomiforvaltningen (HELFO) betaler refusjon til avtalefysioterapeuten ved at avtalefysioterapeuten registrerer sin kommunale driftsavtale hos HELFO og underskriver en oppgjørsavtale med forvaltningen. Avtalefysioterapeuters tjenester reguleres av gjeldende lover og forskrifter for autorisert helsepersonell, samt rammeavtalen ASA 4313 (2019-2020).

I denne studien vil tre kategorier avtalefysioterapeuter som jobber med langvarige muskelskjelettsmerter inkluderes; allmennfysioterapeuter, manuellterapeuter og psykomotoriske fysioterapeuter.

Allmennfysioterapeut er en fysioterapeut som har en bred kompetanse innen undersøkelse, behandling og forebygging av allmenne plager og lidelser. De kan være både på bachelor og masternivå (Norsk fysioterapeutforbund, 2020).

Manuellterapeut er en fysioterapeut med en kompetanse på masternivå innen undersøkelse, behandling og forebygging av problemer i nerve-, muskel- og skjelettsystemet. (Norsk fysioterapeutforbund, 2020).

Psykomotorisk fysioterapeut er en fysioterapeut med kompetanse på masternivå innen undersøkelse, behandling og forebygging av sammensatte plager og lidelser der kroppslige reaksjoner og tilstander sees i sammenheng med pasientens liv (Norsk fysioterapeutforbund, 2020).

1.4.2 Kartleggingsrutiner

I denne studien henviser kartleggingsrutiner til all rutinemessig kartlegging avtalefysioterapeuter gjør. Rutinemessig peker på det som fast, vanemessig eller automatisk gjennomføres. Dette gjelder både bruk av kartleggingsskjema, men også faste områder man undersøker og etterspør i anamnese og utover behandlingsforløpet som en del av samtalen. I praksis går behandling og undersøkelser som kartlegger over i hverandre. Behandling kan betraktes som en undersøkelsessituasjon, da den gir utgangspunkt for en kontinuerlig observasjon av pasientens reaksjoner og tilstander, noe som muliggjør en ytterligere fordykning i pasientens problemer og situasjon

(Thornquist, 2020). Kartleggingen bør derfor gå gjennom hele behandlingsforløpet, da det er lite nyttig å anse undersøkelse og behandling som to adskilte oppgaver (Thornquist, 2020). Kartlegging begrenser seg derfor ikke til oppstarten av behandlingsforløpet, men er en kontinuerlig prosess gjennom hele behandlingskontakten med pasienten.

1.4.3 Traumatiske livserfaringer

Traumatiske livserfaringer kan forstås som alle erfaringer som belastningsmessig overgår individets ressurser til å håndtere dem. Der hendelser skaper opplevelser som gir effekter i kropp og sinn. Det kan være enkeltstående eller gjentakende hendelser, store eller små, i lengre eller kortere perioder av individets liv. Ofte tenkes det på naturkatastrofer, krig, vold og overgrep når det kommer til traumatiske livserfaringer. Forskning viser at emosjonell og fysisk forsømmelse, samt konflikter og perioder med uro i hjemmesituasjonen kan være tilsvarende traumatiserende (Felitti et al, 1998, Rod et al, 2020).

1.4.4 Langvarige muskelskjelettsmerter

Langvarig muskelskjelettsmerte er vedvarende eller tilbakevendende smerte som oppleves knyttet til kroppens bevegelsesapparat med varighet over 3 måneder (Treede, 2015). Det er i denne studien ikke satt begrensninger på om smertene er såkalt spesifikke eller uspesifikke, utbredte eller lokaliserte. Kun varighet og at den er opplevelsesmessig knyttet til muskelskjelettsystemet er viktig. Kunnskap og forståelse av smerte er i kontinuerlig utvikling. Innen fysioterapi vektlegges nå en biopsykososial forståelsesmodell, der man forsøker å bevege seg bort fra en ren biomedisinsk forståelse. I en biomedisinsk forståelse ble all smerte sett i forhold til skade. Om pasienten hadde smerter og man ikke fant en skade, ble pasienten og smerten flyttet fra fysisk til psykisk. Smerte er komplekst og inngripende, og dypt personlig og individuelt. Smerte ansees som en beskyttende mekanisme (Hill, 2019), det er knyttet til individets antagelse og opplevelse av fare (Moseley, 2007) og formet av individets erfaringer (Linton, Flink & Vlaeyen, 2018). Man kan derfor ikke skille mellom såkalte fysiske eller psykiske smerter. Det at man beveger bort fra det å se på smerte som kun en representasjon for skade og vevsødeleggelse, gjør at man også må tenke annerledes

om smerte og varighet. Derfor er begrepet *langvarig* brukt om smerter med lang varighet fremfor *kronisk*. Kronisk var tidligere det etablerte begrepet å bruke når det gjaldt smerter av en viss varighet. Kronisk brukes ofte om noe man ikke bare har hatt lenge, men også skal ha lenge. Det er derfor ønskelig å slutte å bruke begrepet kronisk om langvarige smertetilstander. Da man kun vet hvor lenge de har vart, og ikke hvor lenge de vil vare.

1.4.5 Den biopsykososiale modellen

Den biopsykososiale modellen forsøker å integrere de komplekse interaksjonene mellom fysiologiske, psykologiske og sosiale faktorer i forståelsen og tilnærmingen til mennesket og sykdom (Gatchel, 2013). George Engel regnes som opphavsmannen til den biopsykososiale modellen, og publiserte i 1977 sin artikkel «The need for a new medical model: A challenge for biomedicine.» (Engel, 1977). I denne artikkelen problematiserer han den biomedisinske modellen, da han mener den utelukker sosiale, psykologiske og adferdsmessige aspekter av sykdom og uhelse. Engel (1977) trekker frem at siden sykdom har blitt definert i et somatisk rammeverk, har ikke helsepersonell forholdt seg til de psykososiale faktorene som har vært utenfor medisinsens ansvarsområde. Engel (1977) drøfter i sin artikkel denne reduksjonistiske og dualistiske holdningen som karakteriserer den biomedisinske modellen. Han beskriver at denne holdningen påvirker ikke bare helsevesenet, den har også vært med på å forme helsekulturen, og dermed helseforståelsen, i samfunnet (Engel, 1977). Gatchel (2013) mener at den biopsykososiale tilnærmingen representerer det mest heuristiske perspektivet for å forstå, vurdere og behandle langvarig smerte. Han understreker dog at en så omfattende konseptuell modell skaper en kompleksitet rundt tilnærmingen til langvarig smerte.

1.5 Forforståelse og epistemologisk utgangspunkt

Med denne studien går jeg fra min daglige rolle som kliniker, veileder og foreleser over i rollen som forsker. Dette er første gang jeg forsker på et område jeg kjenner godt og har arbeidet med i mange år. Min erfaring og faglige bakgrunn skaper forforståelsen som har formet mine antagelser om fenomenene som belyses i denne studien. Min forforståelse er forankret i at jeg er spesialist i psykomotorisk fysioterapi og har arbeidet

innen feltet i to tiår. Felles for alle mine arbeidsplasser har vært møtet med mennesker med sammensatte og belastede livs- og helsesituasjoner. Jeg har i mine ulike jobber både hatt selvstendige og tverrfaglige roller i mitt møte med pasientene. De siste årene har jeg jobbet som avtalefysioterapeut i primærhelsetjenesten. Her er det ingen tverrfaglige team, og man sitter alene med både kartlegging og vurdering knyttet til de pasientene som henvender seg til klinikken. I forskning skaper vår forforståelse grunnlaget for våre antagelser (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2016). I forskningsprosessen var det derfor ønskelig å etterstrebe et objektivt epistemologisk utgangspunkt. Objektivistisk epistemologi tar utgangspunkt i at det eksisterer en objektiv virkelighet som er uavhengig av noens bevissthet (Martinsen, 2010). En virkelighet der mennesket kan følge bestemte metoder for å oppnå kunnskap. På denne måten er man tro mot objektet, og den vurdering man kommer frem til er etterstrebet å være objektiv (Martinsen, 2010). Det å være objektiv betyr derfor ikke at man er nøytral, men at man forholder seg til fenomenene i kraft av deres egen eksistens og fremtreden.

2 Teori

Det teoretiske grunnlaget i denne studien presenteres gjennom å beskrive gjennomføringen av litteratursøket. Videre er det valgt å legge frem den relevante forskningen fra litteratursøket i tre temaer; *Traumatiske livserfaringer og helsevesenet, Sammenhengen mellom traumatiske livserfaringer og langvarige muskelskjelettsmerter* og *Kartleggingsbehov ved langvarige muskelskjelettsmerter*.

2.1 Litteratursøk

Det ble foretatt flere litteratursøk i prosessen med mastergradsavhandlingen. De første litteratursøkene var med på å spisse og avgrense problemstillingen.

Da problemstillingen var klar med tematiske avgrensninger ble det foretatt et nytt systematisk litteratursøk i PubMed, PsychInfo, Cochrane, PEDro og Google Scholar. «Physiotherapy», «physical therapy», «screening», «assessment», «PTSD», «trauma», «pain», «chronic pain» og «primary care» ble brukt som søkeord i ulike kombinasjoner. Dette for å dekke tema både rundt avtalefysioterapeuters kartlegging og forhold til kartlegging av muskelskjelettsmerter, og sammenhengene mellom traumatiske livserfaringer og langvarige muskelskjelettsmerter. Artiklene ble kritisk vurdert for kvalitet og relevans. Referanselister på relevante artikler ble videre undersøkt for ytterligere nyttige referanser for denne studien.

Mer usystematiske tilnærminger til litteratursøk ble også inkludert underveis i prosessen. Etterhvert som de relevante referansene ble lagt inn i referanseprogrammet Menderley, hjalp de automatiske søkemotorene i Menderley med å kontinuerlig opplyse om andre mulig relevante artikler vedrørende temaet i de lagrede referansene. Enkelte fagsider på Facebook knyttet til fysioterapi, traumatiske livserfaringer og langvarige muskelskjelettsmerter, supplerte også med kontinuerlige publiseringer av relevante artikler og oppdatert forskning. Dette førte til et omfattende litteratursøk som avdekket artikler og kilder som er presentert gjennom hele masteravhandlingen.

2.2 Traumatiske livserfaringer og helsevesenet

Traumatiske livserfaringer er underdiagnostiserte og underidentifiserte i helsevesenet (Ormhaug et al, 2012, Alexander, Welsh, & Glassmire, 2016, Liebschutz et al, 2007). Dette er viktig å vite, da det tydeliggjør at man ikke kan forvente en traumediagnose som beskriver eller bekrefter pasientens traumatiske livserfaringer når man møter pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter. Traumatiske livserfaringer er så hyppig forekommende at det kan anses som et folkehelseproblem (Thoresen & Hjemdal, 2014). Mange av disse livserfaringene holdes skjult, få oppsøker helsetjenester på bakgrunn av det de har opplevd, og en del forteller aldri til noen andre hva de har vært utsatt for (Thoresen & Hjemdal, 2014). Det tar gjennomsnittlig 17 år før mennesker forteller om seksuelle overgrep (Steine et al, 2016). Årsakene til å ikke fortelle er flere. Noen av årsakene som ble oppgitt i Steine et al (2017) studie var at de er redde for ikke å bli trodd, de husket ikke/fortrengte overgrepene, manglet ord/begreper for å fortelle og at det tok lang tid før de koblet overgrepene og plagene de utviklet i ettertid. Traumatiske livserfaringer er skadelige, selv om de ikke resulterer i en psykiatridiagnose. Dette fordi denne typen livserfaringer aktiverer biologisk stress, og gjerne uten at det bevisst oppleves som belastende (Ranjbar & Erb, 2019). Traumeminner kan også aktivere stressresponssystemet, og dette skjer uavhengig om man er oppmerksom på den utløsende stimulusen eller opplever frykt (LeDoux & Pine, 2016). Denne aktiveringen av biologisk stress og belastningen på stressresponssystemet, vil over tid føre til allostatisk overbelastning (Getz, Kirkengen & Ulvestad, 2011). Allostatisk overbelastning med sin tæring på kroppens ressurser vil være et utgangspunkt for uhelse og sykdomsutvikling (McEwen & Wingfield, 2003). I 1998 kom den banebrytende ACE-undersøkelsen (Felitti et al, 1998). ACE er forkortelsen for adverse childhood experiences. Der undersøkte de omfanget og konsekvensene av traumatiske livserfaringer i oppveksten. De fant ikke bare en årsakssammenheng mellom tidlige traumatiske livserfaringer og uhelse som voksen, men også at det var en akkumulert effekt av traumatiske livserfaringer når det kom til graden av uhelse. Siden har det kommet andre studier som bekrefter og utdyper den samme tematikken (Agorastos, Pervanidou, Chrousos, & Baker, 2019, Rod et al, 2020).

Diagnostisering innen traumefeltet er utfordrende. Traumatiske livserfaringer forekommer i alle livsfaser, og i mange former. I Norge er forekomsten av traumatiske livserfaringer høy, men livstidsforekomsten for diagnosen PTSD (posttraumatisk stresslidelse) er kun 4,3 % for kvinner, og 1,4 % for menn (Lassemo et al, 2017). PTSD beskriver kun den vedvarende stressresponsen etter et enkeltstående sjokktraume, og gir i utgangspunktet ikke rom for alle symptomene noen med vedvarende eller gjentakende traumatisering kan oppleve. Vanskelige kliniske og differensialdiagnostiske avveininger skal utføres i et felt som er i endring med tanke på diagnosesystemet som benyttes og kompleksiteten som må inkluderes (Nordanger, Braarud, Albæk & Johansen, 2011). Enkelte etterlyser en diagnose som rommer konsekvensene av traumatiske livserfaringer i oppveksten (Nordanger et al, 2011). Denne typen traumatisering kalles ofte utviklingstraumer. Dette er traumatisering som griper inn i vår utvikling (Van der Kolk, 2005) og kan ta plass allerede fra unnfangelse i mors liv (Schore, 2001). Nordanger et al (2011) mener at en diagnose som kobler pasientens symptomer til tidlige livserfaringer kan bidra til at traumatiske livserfaringer ikke oversees. Foreløpig foreligger ingen slike diagnoser.

2.3 Sammenhengen mellom traumatiske livserfaringer og langvarige muskelskjelettsmerter

Man finner høy forekomst av både traumatiske livserfaringer og PTSD i pasientgruppen som oppsøker hjelp i helsevesenet for langvarige muskelskjelettsmerter (Åkerblom, Perrin, Rivano Fischer & McCracken, 2017, Siqveland, Hussain, Lindstrøm, Ruud & Hauff, 2017). Forekomsten av PTSD hos pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter var 20,4 % i studier som så på egenrapporterte PTSD-symptomer (Siqveland et al, 2017). Traumatiske livserfaringer i oppveksten er assosiert med smertefulle medisinske tilstander (Sachs-Ericsson, Sheffler, Stanley, Piazza & Preacher, 2017). Langvarige rygg- og nakkesmerter, alvorlig hodepine og annen langvarig smerte ble trukket frem, og de traumatiske livserfaringene i oppveksten som skilte seg ut var verbalt og seksuelt misbruk, en forelder med psykisk lidelse, og tidlig tap av forelder (Sachs-Ericsson et al, 2017). Traumatiske livserfaringer virker å påvirke langvarig smerte i samme mønster som psykiske lidelser, der intensjonelt påførte hendelser og handlinger var sterkest relatert til alvorlighet og intensitet av opplevd smerte (Siqveland, Ruud & Hauff, 2017).

I en nylig publisert studie på overleverne fra Utøya, fant forskerne at initiale smerter og kroppslige plager predikerte graden av senere psykologiske symptomer på traumatisering (Stensland, Thoresen, Jensen, Wentzel-Larsen & Dyb, 2020). Resultatene av traumatiske livserfaringer kalles tradisjonelt sett psykologiske traumer, derfor har kroppen blitt lite vektlagt som både symptombærer og formidler av traumatiske livserfaringer. Forskerne fra Utøya-studien har uttrykt overraskelse over sine funn, fordi all internasjonal forskning har til nå vektlagt det å fokusere på psykiske vansker tidlig (Thommassen & Rognerud, 2020). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) mener at lærdommen fra Utøya-studien er at kroppslige plager kan være tegn på traumatiske livserfaringer, og de kroppslige plagene bør behandles for å ikke forsterke langvarige psykiske plager. Selv i situasjoner der de traumatiske livserfaringene ikke er kjent, bør betydelige kroppslige plager gi en pekepinn på at individet ikke har det bra og kan ha erfart noe vondt (NKVTS, 2020).

Det er postulert at flere faktorer kan bidra inn i den høye samforekomsten av PTSD og langvarige smerter. I modeller som utforsker gjensidig utvikling og opprettholdelse av symptomer, har man sett på bl.a. oppmerksomhet bias, angst sensitivitet, unnvikende håndtering, traumepåminnere, depresjon og inaktivitet. Men foreløpig foreligger det for lite forskning og kunnskap til at man kan med sikkerhet kan bekrefte eller avkrefte disse hypotesene (Beck & Clapp, 2011). En systematisk oversikt utført av Brennstuhl, Tarquinio, & Montel (2014) som så på sameksistensen av PTSD og langvarig smerte konkluderte med at symptomene til PTSD og langvarige smerter fremstår med en gjensidig avhengighet. De hevder dette støtter konseptet om at det er en reaktiv lidelse, og argumenterer med at hvis man skal klare nøste opp i de komplekse sammenhengene mellom posttraumatiske symptomer og langvarige smerter, så bør man starte med de traumatiske livserfaringene individet har reagert på (Brennstuhl et al, 2014).

2.4 Kartleggingsbehov ved langvarige muskelskjelettsmerter

Per i dag foreligger ingen konsensus på hvordan en kartlegging for pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter skal foregå og hva den skal inneholde. Ifølge Wijma, van Wilgen, Meeus & Nijs (2016) foreligger heller ingen klare retningslinjer på hva en

psykososial kartlegging for langvarige muskelskjelettsmerter skal inneholde, eller hvordan den skal administreres. Flere forskningsstudier viser at fysioterapeuter sliter med en biopsykososial kartlegging av plagene pasientene oppsøker dem med (Singla et al, 2016, Synnott et al, 2015). Singla et al (2016) fant at fysioterapeuter hadde en redusert forståelse for psykososiale faktorer, og de var usikre på hvordan de skulle kartlegge og vurdere psykososiale aspekter ved pasientenes plager. Psykososiale faktorer som er utilstrekkelig adressert eller ignorert i en standard fysioterapipraksis, kan resultere i suboptimal behandling (Main & George, 2011). Det er derfor nødvendig at psykososiale faktorer adresseres og inkluderes i behandlingsforløpene i en standard fysioterapipraksis (Main & George, 2011). Det er sterk evidens for at psykososiale faktorer har større innvirkning på funksjon, enn biomekaniske og biomedisinske faktorer (Overmeer, Linton & Boersma, 2004). Dette tydeliggjør ytterligere betydningen av å kartlegge og vektlegge relevante psykososiale faktorer i møte med pasienter med langvarig smerte og funksjonsfall. O’Keeffe, George, O’Sullivan & O’Sullivan (2019) understreker at psykososiale faktorer ikke kan skilles fra biologiske når det kommer til smerte, og en tilnærming til smerte derfor må integrere alle disse faktorene. ifølge Meints & Edwards (2018) fremhever at psykologiske, sosiale og kontekstuelle faktorer må vurderes som både potensielle risikofaktorer og beskyttende faktorer, i tillegg til hvordan de bidrar til dynamikken som opprettholder langvarige smerter. Ranjbar & Erb (2019) argumenterer for at når en psykososial kartlegging tyder på belastning, bør traumatiske livserfaringer kartlegges. Men forskningen fra Stensland et al (2020), kan tyde på at om smerten er betydelig nok bør traumatiske livserfaringer kartlegges også da. Mange traumatiske livserfaringer er ikke lagret i hukommelsen som episodiske minner som skaper historier som kan fortelles med ord. Anerkjent traumelitteratur beskriver at mange av disse livserfaringene bæres i kroppen, som somatiske minner og ordløse bruddstykker av historie i form av kroppslige symptomer og reaksjoner (Levine, 1997, Rothchild, 2000, Van der kolk, 2014). En kartlegging som inkluderer traumatiske livserfaringer setter derfor krav til fysioterapeutens forståelse og kompetanse. Der både det som fortelles med ord, og det som formidles med kroppslige uttrykk, må utforskes og kartlegges sammen med pasienten på en traumeinformert måte. Ranjbar & Erb (2019) mener at en traumeinformert tilnærming, med kunnskap om betydningen av traumatiske livserfaringer i oppveksten, bør være en del av en alminnelig biopsykososial

tilnærming for helsepersonell. Olson (2019) har foreslått fire aspekter ved det å praktisere traumeinformert: 1) Innse med kunnskap i nevrobiologi, psykologi og tilknytningsteori, at pasientens adferd og preferanser kan representere en tilpasning til traumatiske livserfaringer. Tilhelning av traumer skjer i relasjon, så det å skape en god relasjon med pasienten er svært betydningsfullt. 2) Gjenkjenn traumereaksjoner når de oppstår i pasienten. 3) Responder på pasientens traumereaksjoner. 4) Unngå retraumatisering ved å etablere og opprettholde trygghet i både behandlingsrommet og relasjonen (Olson, 2019). En god relasjon mellom terapeut og pasient er essensielt når kartlegging av sårbare områder skal foretas og pasientens behov skal møtes for å skreddersy et behandlingsforløp, ifølge Brown, King & Wissow (2017). Innen fysioterapi har relasjonens rolle hittil fått lite oppmerksomhet (Besley & Kayes, 2010). Jacobs & Silvernail (2011) tar til orde for at paradigmeskiftet fra biomedisinsk til biopsykososial modell ikke bare endrer måten vi forstår smerte, men også hvilken relasjonell rolle man har som fysioterapeut. De argumenterer med at fysioterapeuters tidligere rolle som «operator» bør endres til «interactor». De mener med dette at fysioterapeuten ikke bare kan være en «operator» og se på pasienten som ett passivt objekt der de skal utføre sine terapeutiske og manuelle teknikker. Fysioterapeuten bør være en «interactor», der behandlingskonteksten inkluderer forhold knyttet til terapeutisk tilnærming, terapeuten selv, pasienten og miljøet de befinner seg i (Jacobs & Silvernail, 2011). En terapeut som er i kontinuerlig interaksjon med komplekse forhold som gjensidig påvirker hverandre.

Alle disse utfordringene knyttet til langvarige muskelskjelettsmerter, traumatiske livserfaringer og kartleggingsbehov førte til denne studiens problemstilling: «Hvordan foregår avtalefysioterapeuters kartlegging av pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter og mulige traumatiske livserfaringer?»

3 Metode

For å utforske problemstillingen ble det valgt en kvantitativ tilnærming i form av en tverrsnittsundersøkelse med bruk av nettbasert spørreskjema. Tverrsnittstudier egner seg godt når man skal se forekomst og samvariasjon, og samtidig ønsker å kunne generalisere funnene, slik at man kan få oversikt over et fenomen i befolkningen (Jacobsen, 2015). Kvantitativ metode er forankret i positivismen. Positivismen ønsker å forene systematisk innhentede erfaringer til et helhetsbilde. Positivismen benyttes ofte i naturvitenskapelig og kvantitativ forskning, og er beskrivende i sitt ønske om å forklare de fenomenene som undersøkes (Bjørndalen & Hofoss, 2015). I denne studien vil avtalefysioterapeuters kartlegging være fenomenet som undersøkes.

Avtalefysioterapeuters erfaringer og rutiner rundt kartlegging av pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter er systematisk innhentet ved bruk av spørreskjema, og analysert for å avdekke funn som belyser et helhetsbilde rundt avtalefysioterapeuters kartleggingspraksis. I spørreskjemaet ble det besluttet å inkludere et åpent kommentarfelt på alle spørsmål. Dette fører til at studien også inkluderer kvalitative data. Disse kvalitative dataene ble ikke analysert, men brukt som råtekst for å gi flere av funnene en menneskelig stemme. Kommentarfeltene gir således et innblikk i respondentenes erfaringsnære betraktninger. Studien har dermed også en tilhørighet i pragmatismen. I pragmatismen må positivismens objektive funn, sannheter og bastante årsakssammenhenger, gi plass til erfaringene, sannsynlighetene og de mulige sammenhengene som ikke sier noe sikkert om årsak. De statistiske analysene på de kvantitative dataene er også utført med viten om at man kun finner sannsynligheter og ikke nødvendigvis sannheter, og at sammenhenger ikke automatisk betyr årsakssammenheng. Der positivismen er opptatt av å forstå og forklare fenomener med objektivitet og nøytralitet (Jacobsen, 2018), er pragmatismen rettet mot at all viten er feilbarlig (Morgan, 2007). Det at viten ansees som feilbarlig har skapt rom for refleksjon rundt funnene i studien, der det har vært en kontinuerlig bevegelse mellom teori og data. Denne refleksjonen har ført til at man kan se på kunnskapens overførbarhet, fremfor kun generaliserbarhet. Der positivismen ønsker å generalisere kunnskapen til å gjelde alle, ser pragmatismen på hva av kunnskapen som kan ha overføringsverdi for praksis (Morgan, 2007). Dette nytteperspektivet er betydningsfullt i en

masteravhandling der rammene for arbeidet gjør at det er med usikkerhet man kan generalisere.

3.1 Utvikling av spørreskjema

Spørreskjema betraktes som det viktigste måleverktøyet i kvantitative studier (Eberhard-Gran, 2017). Da det ikke forelå noe standardisert og validert spørreskjema innen dette feltet, ble ett spørreskjema utviklet spesielt for denne studien.

Spørreskjemaet ble gruppert etter de ulike emneområdene, slik at det skulle være enkelt å navigere som nettbasert spørreskjema. Det ble etterstrebet at alle spørsmålene målrettet skulle innhente spesifikk informasjon som var nødvendig for studien, slik at respondentene skulle slippe å bruke tid på overflødige eller uklare spørsmål.

Spørreskjemaet ble utviklet i fem deler med følgende rekkefølge:

- 1) Bekreftelse av samtykke
- 2) Demografiske data
- 3) Avkryssningsspørsmål for kartleggingsområder via skjema og samtale
- 4) Utsagnsspørsmål med påstander om opplevd kompetanse rundt kartlegging av traumatiske livserfaringer

Ved nettbaserte spørreskjema får ikke respondenten signert med underskrift for å **bekreftede samtykke**. Det ble derfor besluttet å legge inn et eksplisitt Ja/Nei – spørsmål på samtykke som første del av spørreskjemaet. Dette hadde to funksjoner. Det første var at de som ikke ønsket å delta kunne gå inn å trykke «nei» til samtykke. Dermed slapp de videre påminnelser om å delta, da spørreskjemaet var registrert som levert. Det andre var å etterspørre om respondenten var innforstått med hva deltagelsen i studien innebar basert på informasjonsskrivet, og om de samtykket til å delta i studien slik den var beskrevet. Dette for å sikre at deltagelsen var frivillig og informert. Flere hensyn som ble tatt angående informert og frivillig samtykke er utdypet nærmere i kapittel 3.7 *Forskningsetiske vurderinger og personvern*.

Grunnleggende **demografiske data** som alder, kjønn, faglig tilhørighet, og erfaring som fysioterapeut og avtalefysioterapeut ble inkludert. I studien var det ønskelig å undersøke hva som kunne påvirke avtalefysioterapeuters kartlegging av traumatiske

livserfaringer, og demografiske data ble derfor etterspurt for å se om demografiske variabler påvirket kartlegging. Demografiske data ble også inkludert for å redusere konfundere i øvrige analyser. Konfundere er forstyrrende variabler som kan tenkes å påvirke samvariasjoner og fortolkningsarbeid knyttet til datamaterialet (Thoresen, 2018).

I **avkrysningsspørsmålene** ble det inkludert ulike kartleggingsområder knyttet til anamneseopplysninger, samt andre relevante områder i pasientens liv som kan være av betydning for kompleksiteten rundt langvarige muskelskjelettsmerter.

Utsagnsspørsmålene tok utgangspunkt i erfaringer, antagelser og holdninger som kan tenkes å påvirke fysioterapeuters kartlegging av traumatiske livserfaringer.

Utsagnsspørsmålene var formet som påstander om forskjellige aspekter ved opplevd kompetanse rundt traumatiske livserfaringer og kartlegging av disse livserfaringene.

Likertskala ble anvendt som gradering på påstandene fra *helt enig* til *helt uenig*. Bruk av likertskala gir oss gradert innsikt i respondentens holdninger eller opplevelser (Eberhard-Gran, 2017), men det sørger også for at variabelen som måles får et ordinalt målenivå. Et ordinalnivå gjør at verdiene på variabelen kan rangeres, og kan dermed gi ytterligere nyanser i samvariasjonsanalysene i etterkant (Thrane, 2018). Det ble besluttet å inkludere et «nøytral»-alternativ som midtpunkt på likertskalaen, slik at respondentene ikke ble presset til å ta et verdimesig standpunkt til en påstand de verken var enig eller uenig i. Det anbefales ved bruk av likertskala med «nøytral» som alternativ at man også inkluderer et «vet ikke»-alternativ (Lam, Allen & Green, 2010). Dette gjøres for å skille mellom de respondentene som er informert, men ikke har et verdimesig standpunkt i enig eller uenig, og de respondentene som ikke vet nok til å ta stilling til påstanden.

Avslutningsvis ble det inkludert kommentarfelt på både avkrysningsspørsmålene og utsagnsspørsmålene, slik at respondentene kunne bidra med ytterligere svaralternativer og kommentarer på undersøkelsen. Kommentarfeltet benyttes ofte av de som er mest og minst fornøyd i undersøkelser, og flertallet av respondenter anser muligheten til å kommentere i undersøkelser som nyttig (Riiskjær, Ammentorp & Kofoed, 2012). Ved å

inkludere kommentarfelt sikres det at svaralternativene er dekkende. Muligheten for å kommentere gjør at man også kan få kvalitative data knyttet til spørsmålene som stilles.

Rekkefølgen i spørreskjemaet ble valgt ut fra et ønske om å både skape god flyt i utfyllingen, men også med tanke på rekkefølgeeffekter. Rekkefølgeeffekten handler om at respondenten blir påvirket av sine egne tidligere svar i spørreskjemaet (Eberhard-Gran, 2015). Det ble vurdert flere ulike rekkefølger, men det ble besluttet at det var ønskelig å ha de generelle avkrysningsspørsmålene om kartlegging først. Så de mer spesifikke utsagnsspørsmålene der man skulle ta stilling til påstander rundt opplevd kompetanse. På denne måten ble respondentene i minst mulig grad påvirket av opplevelsene som ble etterspurt i utsagnsspørsmålene når de krysset av de generelle spørsmålene. Samtidig som det var ønskelig at deres svar i de generelle avkrysningsspørsmålene påvirket svarene de gav i utsagnsspørsmålene.

3.2 Pilotundersøkelse

Det er viktig å gjøre en pilotundersøkelse for å kvalitetssikre både spørreskjema og den praktiske gjennomføring av datainnsamlingen (Eberhard-Gran, 2017). Hensikten med en slik pretest er å oppdage eventuelle feil og mangler, og identifisere mulige problemer. Spørreskjemaet ble utviklet for å svare på problemstillingen i denne studien og var derfor ikke et standardisert og validert spørreskjema. Pilotundersøkelsen ble brukt som en valideringsprosess, der man kunne ta stilling til om spørsmålene som ble stilt ble forstått på den måten de var ment, og skaffet tilveie den informasjonen som var gyldig og relevant for denne studien. Da utvalget var et stratifisert utvalg med allmennfysioterapeuter, manuellterapeuter og psykomotoriske fysioterapeuter, ble to avtalefysioterapeuter fra hver av disse subgruppene spurt om å pilotteste spørreskjemaet. Pilot-respondentene var et bekvemmelighetsutvalg av avtalefysioterapeuter jeg kjente til fra ulike faglige sammenhenger og samarbeid. Alle var mennesker med egenkompetanse både innen sine respektive fagfelt, og innen forskning. Dette var for å ytterligere kvalitetssikre; 1) at spørsmålene var forståelige for alle faggrupper, 2) at spørreskjemaet var tilpasset respondentenes begrepsbruk, samt 3) å sikre innspill fra de ulike faggruppene til nyttige korrigeringer og suppleringer når det gjaldt innholdet i spørreskjemaet.

Pilot-respondentene bidro både med forslag til konkrete endringer, samtidig som innspillene skapte refleksjoner som førte til ytterligere endringer og klargjøringer i ettertid. Informasjonsskrivet ble oppfattet som forståelig og med tilstrekkelig informasjon for å delta på en frivillig og informert måte. I spørreskjemaet ble repeterende informasjon om respondentens rettigheter fjernet, da det allerede var opplyst om i informasjonsskrivet. Ordlyden på spørsmålene om hvor lenge respondentene hadde praktisert ble endret og forenklet, slik at det fremsto tydeligere at det var hele år det var ønskelig at det skulle besvares med. Kategoriene *rus og stimulantia* og *tro og religion* ble inkludert som kartleggingsalternativ i avkryssningsspørsmålene etter forslag fra pilot-respondentene. Videre ble begrepet *kartleggingsrutiner* tydeliggjort ved å understreke at det gjaldt kartlegging gjennom hele behandlingsforløpet. *Langvarige muskelskjelettsmerter* ble understreket i teksten i alle spørsmålene, etter tilbakemelding fra én av pilotrespondentene som opplevde at dette ikke kom tydelig nok frem. Det ble reflektert rundt ulike verdier på likertskalaene etter tilbakemelding fra én av pilot-respondentene. Det ble besluttet å inkludere både ett *nøytral-* og ett *vet ikke-*alternativ. Formuleringen i utsagnsspørsmålene ble beholdt slik de opprinnelig var, da repetisjonen i ordlyden gjorde at pilot-respondentene opplevde at det var enkelt å forstå betydningen av påstandene. Pilottesten gav også et estimert tidsbruk på utfyllingen av spørreskjemaet, samt avslørte en risiko i utsendingen der en av pilotene fikk epostinvitasjonen til studien i søppelfolderen. Utfyllingen av spørreskjemaene avdekket videre en mulighet når det gjaldt å opprette en ny variabel knyttet til kartlegging av traumatiske livserfaringer. Noen av pilot-respondentene som hadde krysset av for at de rutinemessig kartla traumatiske livserfaringer, hadde også svart på utsagnsspørsmål knyttet til årsaker til at de valgte å ikke kartlegge slike livserfaringer. Samtaler med disse pilot-respondentene avslørte at de vanligvis kartla, men noen ganger gjorde de ikke det. Årsakene representerte derfor kun de enkeltstående gangene de ikke kartla. Dette gjorde at det kunne opprettes en variabel til når det gjaldt kartlegging av traumatiske livserfaringer som handlet om hvorvidt avtalefysioterapeuten kartla alltid, vanligvis eller aldri.

3.3 Oversikt over variablene

Variablene var en videre operasjonalisering av begrepene som ble utarbeidet til spørreskjemaet. Ulike deler av spørreskjemaet korresponderer med ulike forskningsspørsmål. Variablene tilknyttet forskningsspørsmålene vil i dette kapitlet presenteres hver for seg. I forskningsspørsmålet som inkluderer samvariasjonsanalyse vil variablene presenteres som avhengige og uavhengige variabler. Den uavhengige variabelen er den som antas å statistisk påvirke den avhengige (Thrane, 2018). Den uavhengige variabelen blir derfor ofte referert til som forklaringsvariabelen. Den som forklarer variasjonen i den avhengige variabelen, som er den vi ønsker å undersøke.

3.3.1 Demografiske variabler

<i>Demografiske variabler</i>	<i>Målenivå</i>
Alder	Kontinuerlig (rekodet som ordinal for samvariasjonsanalysen)
Kjønn (kvinne/mann/annet)	Nominal
Faglig tilhørighet (allmennfysioterapeut/manuellterapeut/ psykomotorisk fysioterapeut)	Nominal (benyttet som stratifiserende variabel ved hjelp av «split file» i SPSS for alle analyser)
Praksislengde som fysioterapeut	Kontinuerlig (rekodet som ordinal for samvariasjonsanalysen)
Praksislengde som avtalefysioterapeut	Kontinuerlig (rekodet som ordinal for samvariasjonsanalysen)

3.3.2 Forskningsspørsmål 1

«Hvilke kartleggingsrutiner har avtalefysioterapeuter for pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter?»

<i>Avkrysningsvariabler for «kartlegging ved bruk av skjema»</i>	<i>Målenivå</i>
Traumatiske livserfaringer	Nominal (kategorisk)

Nåværende stress-symptomer tilknyttet traumatiske livserfaringer	Nominal (kategorisk)
Psykososiale faktorer	Nominal (kategorisk)
Angst/katastrofering	Nominal (kategorisk)
Depresjon	Nominal (kategorisk)
Livskvalitet	Nominal (kategorisk)
Kroppssopplevelse	Nominal (kategorisk)
Dissosiasjon	Nominal (kategorisk)
Rus og stimulantia	Nominal (kategorisk)
Søvn	Nominal (kategorisk)
Bruker ikke skjema	Nominal (kategorisk)

Disse variablene var avkryssningsspørsmål og er derfor registrert som ja/nei i SPSS.

<i>Avkryssningsvariabler for «kartlegging ved bruk av samtale»</i>	<i>Målenivå</i>
Traumehistorie: spør spesifikt om traumatiske livserfaringer (f.eks ACE-kategorier)	Nominal (kategorisk)
Traumehistorie: spør generelt om de har opplevd traumer	Nominal (kategorisk)
Nåværende stress-symptomer tilknyttet traumatiske livserfaringer	Nominal (kategorisk)
Sosialt nettverk og relasjoner (venner og familie)	Nominal (kategorisk)
Psykisk helse (angst/depresjon)	Nominal (kategorisk)
Psykiatri (psykose/affektiv-lidelse)	Nominal (kategorisk)
Følelser/affektbevissthet	Nominal (kategorisk)
Jobb (psykososiale forhold)	Nominal (kategorisk)
Oppvekstforhold (psykososiale)	Nominal (kategorisk)
Rus og stimulantia	Nominal (kategorisk)
Tro og religion	Nominal (kategorisk)

Naturlige funksjoner (søvn/fordøyelse/seksualfunksjon)	Nominal (kategorisk)
Kartlegger ikke rutinemessig	Nominal (kategorisk)

Disse variablene var avkrysningsspørsmål og er derfor registrert som ja/nei i SPSS.

3.3.3 Forskningsspørsmål 2

«Hvilke forhold påvirker avtalefysioterapeuters kartlegging av mulige traumatiske livserfaringer for pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter?»

Første del av dette forskningsspørsmålet involverte samvariasjonsanalyse og hypotese-testing. Variablene ble derfor delt i avhengige og uavhengige variabler. Det var to bolker med utsagnsspørsmål i spørreskjemaet. Utsagnsspørsmålene som representerte påstander som kunne tenkes å påvirke kartlegging av traumatiske livserfaringer er referert til som påstandsvariabler. Påstandsvariablene var sammen med de demografiske variablene de uavhengige variablene i hypotese-testingen og samvariasjonsanalysen. Siste del inkluderte utsagnsspørsmålene som representerte mulige årsaker for valget om å ikke kartlegge traumatiske livserfaringer hos pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter. Disse variablene er referert til som utsagnsvariabler. De inngikk ikke i de bivariate analysene, og ble kun presentert med beskrivende statistikk. De faller derfor ikke inn i kategoriseringen av avhengige og uavhengige variabler.

Avhengige variabler

De avhengige variablene i dette forskningsspørsmålet var kartleggingsvariablene A og B. De ble opprettet som følge av svarene som ble gitt i avkrysningsspørsmålene om kartlegging av traumatiske livserfaringer.

<i>Kartleggingsvariabler</i>	<i>Målenivå</i>
A: Hvor ofte kartlegges traumatiske livserfaringer? (alltid/vanligvis/aldri)	Ordinal (kategorisk)
B: Hvor spesifikt kartlegges traumatiske livserfaringer? (spesifikt/generelt/aldri)	Ordinal (kategorisk)

Uavhengige variabler

De uavhengige variablene i dette forskningsspørsmålet var både de demografiske variablene presentert i kapittel 3.3.1. og påstandsvariablene.

<i>Påstandsvariabler</i>	<i>Målenivå</i>
<i>Påstand 1 «Jeg anser pasientens traumatiske livserfaringer og nåværende stressreaksjoner og tilstander tilknyttet disse livserfaringer som relevant for behandlingen når pasienter oppsøker meg med langvarige muskelskjelettsmerter»</i>	Ordinal (kategorisk)
<i>Påstand 2 «Jeg tenker min faggruppe har en rolle å spille i det å avdekke traumatiske livserfaringer og nåværende stressreaksjoner og tilstander tilknyttet disse livserfaringene hos pasientene»</i>	Ordinal (kategorisk)
<i>Påstand 3 «Jeg opplever at jeg har tilstrekkelig kompetanse i bruk av screeningverktøy for å avdekke traumatiske livserfaringer og nåværende stressreaksjoner og tilstander tilknyttet disse livserfaringene hos pasientene»</i>	Ordinal (kategorisk)
<i>Påstand 4 «Jeg opplever at jeg har tilstrekkelig kompetanse under anamneseopptak til å avdekke traumatiske livserfaringer og nåværende stressreaksjoner og tilstander tilknyttet disse livserfaringene hos pasientene»</i>	Ordinal (kategorisk)
<i>Påstand 5 «Jeg opplever at jeg har tilstrekkelig kompetanse under den kliniske undersøkelsen til å avdekke traumatiske livserfaringer og nåværende</i>	Ordinal (kategorisk)

<i>stressreaksjoner og tilstander tilknyttet disse livserfaringene hos pasientene»</i>	
<i>Påstand 6 «Jeg ønsker mer kompetanse om det å avdekke traumatiske livserfaringer og nåværende stressreaksjoner og tilstander tilknyttet disse livserfaringene hos pasientene»</i>	Ordinal (kategorisk)

Disse variablene var likertskala (helt enig/litt enig/nøytral/litt uenig/helt uenig).

Utsagnsvariabler

<i>Utsagnsvariabler</i>	<i>Målenivå</i>
Jeg møter ikke pasienter med traumer i min praksis	Ordinal (kategorisk)
Jeg tenker pasienten får fortelle hva som er relevant for dem	Ordinal (kategorisk)
Jeg mener at det ikke er min oppgave å kartlegge traumer	Ordinal (kategorisk)
Jeg føler ubehag ved å spørre pasienten om noe som kan være så vanskelig/vondt for dem	Ordinal (kategorisk)
Jeg er redd for å trigge en alvorlig reaksjon til pasienten	Ordinal (kategorisk)
Jeg opplever jeg ikke har kompetanse til å kartlegge traumer	Ordinal (kategorisk)
Jeg føler jeg ikke har kompetanse til å ivareta pasienten om de skulle få reaksjoner på en kartlegging	Ordinal (kategorisk)
Jeg har ikke kjennskap til kartleggingsverktøy som jeg kan bruke i min praksis	Ordinal (kategorisk)

Disse variablene var likertskala (helt enig/litt enig/nøytral/litt uenig/helt uenig).

3.4 Utvalg og rekruttering

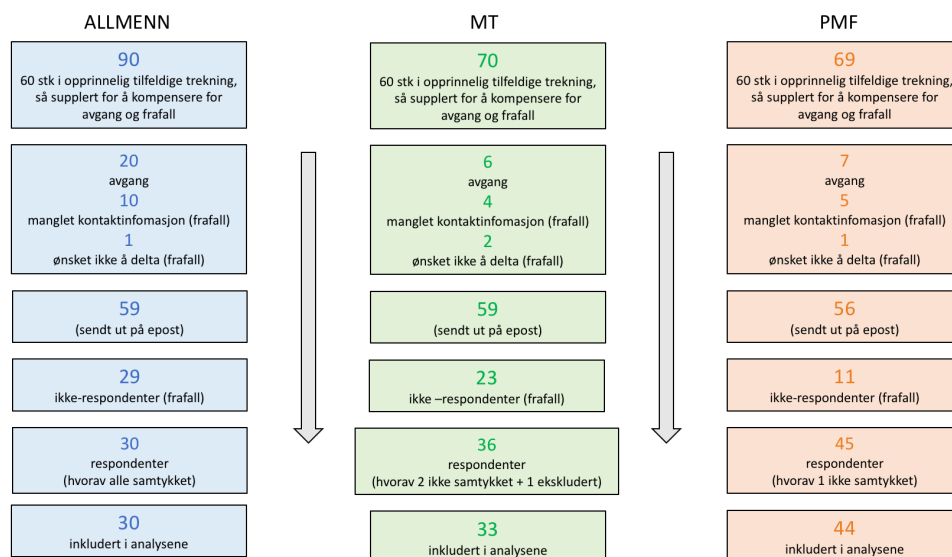
Målgruppen i denne studien var avtalefysioterapeuter. Inklusjonskriterier for avtalefysioterapeutene var; 1) de hadde helt eller delvis driftstilskudd, 2) de behandlet pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter og 3) de hadde faglig tilhørighet i enten allmennfysioterapi, manuellterapi eller psykomotorisk fysioterapi. Alle andre fysioterapeuter ble ekskludert.

HELFO har samlet oversikt over hele populasjonen av avtalefysioterapeuter i Norge, da alle fysioterapeuter med avtale må registrere sine driftsavtaler hos HELFO for at de skal kunne utløse refusjon. HELFOs datasystemer kunne ikke sortere ut de fysioterapeutene som hadde driftsavtaler fra de fysioterapeutene som kun hadde midlertidig refusjonsrett. De hadde heller ikke mulighet til å utlevere kontaktinformasjon på navnene. De tilgjengelige registerdataene over alle fysioterapeuter som hadde utløst refusjon perioden 01.01.18 – 31.07.19, ble utlevert fra HELFO via excel-skjema. Registerdataene fra HELFO viste at det var 2792 fysioterapeuter som var kun omtalt som «fysioterapeut». I denne gruppen var alle fysioterapeuter som hadde utløst refusjon som ikke var manuellterapeuter eller psykomotoriske fysioterapeuter. Dette inkluderte dermed ikke bare allmennfysioterapeuter, men også fysioterapeuter med spesialisert kompetanse innen andre fagretninger som f.eks; nevrologi, kvinnehelse, hjerte-lunge-rehabilitering og ortopedi. Videre var 558 fysioterapeuter omtalt som «manuellterapeut» og 325 var omtalt som «psykomotoriker» (psykomotorisk fysioterapeut). Alle fysioterapeuter som hadde utløst refusjoner i 2018/2019 ble sortert inn i lister i excel-skjemaet under kategoriene «fysioterapeut», «manuellterapeut» og «psykomotoriker». En randomisert nummegerator (random.org) ble benyttet for å få et tilfeldig utvalg. Det ble så foretatt ulike nettsøk for å finne kontaktinformasjon til de som var tilfeldig trukket i de ulike subgruppene. Disse ble så kontaktet slik at man kunne avklare om de tilhørte populasjonen av avtalefysioterapeuter og tilfredsstilte inklusjonskriteriene. Det ble etterspurt epostadresse til de som tilfredsstilte inklusjonskriteriene slik at invitasjon til deltagelse i studien kunne sendes.

Utvalget ble stratifisert ved at den demografiske variabelen *faglig tilhørighet* ble delt i subgrupper. Dette førte til at det ble tre subgrupper; allmennfysioterapeuter (*Allmenn*),

manuellterapeuter (MT) og psykomotoriske fysioterapeuter (PMF). Stratifisering av utvalg bør benyttes for å unngå konfundering der enkeltstående variabler kan forstyrre fortolkningen i samvariasjonsanalysene (Vedø & Solheim, 2004, Thoresen, 2018). Faglig tilhørighet innen fysioterapi handler ofte om den faglige forankringen og kroppssynet de ulike fysioterapeutene har. Dette er faktorer som bidrar til hvilken informasjon fysioterapeuter samler og anser som relevant (Thornquist, 2006, Gardner et al, 2017). I en studie som ser på avtalefysioterapeuters kartlegging kan derfor manglende stratifisering av variabelen *faglig tilhørighet* føre til forstyrrelser og feiltolkninger i samvariasjonsanalysene.

Det var ønskelig med 25 – 30 respondenter i hver subgruppe for å få en akseptabel teststyrke i de statistiske analysene. Teststyrken handler om sannsynligheten for at testen som anvendes finner en forskjell ved hypotese-testingen i analysene, om en slik forskjell er tilstede (Pallant, 2016). På bakgrunn av dette ble det estimert med tilfeldig trekking på 60 allmennfysioterapeuter, 60 manuellterapeuter og 60 psykomotoriske fysioterapeuter. Dette for å ta høyde for avgang og frafall. Avgangen i studien var knyttet til de fysioterapeutene som var tilfeldig trukket, men som viste seg å ikke tilhøre populasjonen som skulle undersøkes. Enkelte var det ikke mulig å oppdrive kontaktinformasjon til. Det er derfor knyttet noe usikkerhet til om alle disse i utgangspunktet passet inn i inklusjonskriteriene, og derfor mer korrekt burde vært registrert som avgang. Frafall ble brukt om de som tilfredsstilte inklusjonskriteriene, men som av ulike grunner ikke besvarte spørreskjemaet. Det ble underveis i datainnsamlingen foretatt en supplerings gjennom nok en tilfeldig trekking for å justere for avgang og frafall. Studiens respondenter omfattet tilslutt 30 allmennfysioterapeuter, 33 manuellterapeuter og 44 psykomotoriske fysioterapeuter (figur 3-1). Et fåtall svarte at de ikke ønsket å delta i studien. En i subgruppen MT hadde også en psykomotorisk videreutdanning. Denne respondentens data ble derfor ekskludert fra analysene.



Figur 3-1 Utvalg og rekrutteringsprosess fordelt på de ulike subgruppene.

3.5 Datainnsamling

Datainnsamlingen ble gjennomført høsten 2019 fra september til medio desember, etter godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste, NSD (Prosjektnummer 722625). Datainnsamlingen foregikk via *Nettskjema*-tjenesten ved Universitetet i Oslo. Epostadressene til utvalget ble lagt inn i tjenesten, og spørreskjemaet ble sendt som en link sammen med en invitasjon og informasjonsskrivet via *Nettskjema*. Når de inviterte svarte ble dette registrert på epostlista i tjenesten, slik at det ble lett å følge opp de som ikke hadde svart med påminnelser. Det å ha mulighet til å følge opp med påminnelser om deltagelse er viktig for å minske frafallet som ofte er knyttet til elektroniske spørreskjemaer (Eberhard-Gran, 2017).

I pilotundersøkelsen ble det avdekket en risiko knyttet til utsendingen via epost der en av pilot-responentenes invitasjon havnet i søppelfolderen. Dette førte til at pilot-responenten ikke så invitasjonen, men måtte lete etter invitasjonen ved å bruke søkefunksjonen i epostprogrammet. På bakgrunn av dette ble de som ikke hadde svart etter én påminnelse kontaktet med forespørsel om de kunne huske å ha mottatt invitasjon til studien. Dette gjaldt kun de der det forelå øvrig kontaktmuligheter utover epost. Det var kun én av de som ble kontaktet som kunne bekrefte at de fant invitasjonen i søppelfolderen.

Dataene som ble mottatt ble kryptert automatisk og knyttet til respondentene med en anonymiserende tallkode. Nettskjema har også kodebokfunksjon, så alle dataene ble automatisk plottet i et filformat som enkelt lot seg overføre til SPSS.

3.6 Analyser og fortolkningsarbeid

Dataene ble bearbeidet og analysert ved hjelp av IBM SPSS 26. Det ble foretatt statistiske analyser med både beskrivende statistikk, samvariasjonsanalyser og hypotese-testing, samt konfunderanalyser, for å avdekke fenomener og funn i datamaterialet. Det ble ikke utført noen analyser eller gjort noe fortolkningsarbeid på det respondentene fylte ut i kommentarfeltet. Disse kvalitative dataene ble derfor kun brukt som råtekst. Kommentarene er ment å representere respondentenes stemme under de temaene som omhandler det de har uttalt seg om.

3.6.1 Univariante analyser

Kategoriske data (kjønn) ble analysert med frekvensanalyse, og presentert med antall og prosent. Kontinuerlige data (alder, praksislengde som fysioterapeut, praksislengde som avtalefysioterapeut) ble analysert med deskriptiv statistikk og presentert som gjennomsnitt og standardavvik i tabell. I forskningsspørsmål 1, som omhandlet hva avtalefysioterapeuter kartla, ble frekvensanalyser gjennomført på de relevante nominale avkrysningsvariablene i spørreskjemaet. Verdiene frekvensanalysen avdekket ble så presentert prosentvis i et stolpediagram. For å svare på siste del av forskningsspørsmål 2, som omhandlet hvilke forhold som kunne påvirke avtalefysioterapeuters valg om å ikke kartlegge traumatiske livserfaringer, ble det benyttet deskriptive analyser der de ordinale variablene på likertskalaen ble fortolket som verdi. *Helt enig* fikk verdi 1, og så økende verdi opp til *helt uenig* som fikk verdi 5. Verdiene på utsagnsspørsmålene kunne dermed presenteres med gjennomsnitt i tabell. Det å fortolke ordinale variabler som kontinuerlige variabler har sine tilhengere og motstandere (Norman, 2010). Norman (2010) drøftet i sin velrennomerte studie at det å foreta denne fortolkningen gjør at man kan benytte seg av parametriske tester. Norman (2010) konkluderer med at parametriske tester er egnede måleverktøy for likert-type data. Dette gjelder også når dataene ikke er normalfordelte, og selv i små

utvalg. Normans (2010) oppsummering av 80 år med statistiske analyser knyttet til denne problematikken har preget valget om å benytte parametriske tilnærminger på flere av dataene som omhandler likert-type skalaer, samt å presentere likert-skalaene med verdier i de sammenhengene der dette egner seg.

3.6.2 Bivariate analyser

For å avdekke samvariasjon mellom ordinale variabler i forskningsspørsmål 2 ble det benyttet Spearman rho. Dette er en korrelasjonskoeffisient som beskriver assosiasjonen mellom to variabler. Den er godt egnet for å beskrive styrke og retning på samvariasjon mellom to ordinale variabler, og er basert på rang-ordningen på de to variablene (Pallant, 2016). For den nominale variabelen, *kjønn*, ble det brukt krysstabeller med kji-kvadrat for å hypotese-teste om det var forskjeller hos denne variabelen når den ble evaluert opp mot kartleggingsvariablene. Fishers eksakte test ble brukt i krysstabellens hypotese-testing, da antallet data i enkelte av krysstabellens celler var under 5 (Pallant, 2016).

Konfunderanalyse

Kontroll av konfundere er viktig i studier som ser på sammenhenger (Bjørndal & Hofoss, 2015). I min studie inkluderte konfunderanalysen to utfordringer i datamaterialet. Den ene utfordringen gjaldt mulige forskjeller i demografiske variabler mellom subgruppene. Her ble det undersøkt om det var forskjeller mellom subgruppene når det gjaldt demografiske variabler, og om de kunne påvirke påstandsvariablene og kartleggingsvariablene og dermed skape forskjeller mellom subgruppene utover den stratifiserende variabelen *faglig tilhørighet*. Den andre utfordringen gjaldt om de demografiske variablene påvirket de andre variablene inkludert i samvariasjonsanalysene for hver enkelt subgruppe, for på den måten å forstyrre sammenhengene det var ønskelig å undersøke i forskningsspørsmål 2. Det ble derfor gjennomført grunnleggende analyser for å oppdage forskjeller i demografiske data mellom de tre ulike subgruppene, samt undersøkt mulig assosiasjoner mellom de demografiske variablene og variablene inkludert i de bivariate analysene for hver enkelt subgruppe i forskningsspørsmål 2. Dette for å identifisere mulige konfundere som kunne påvirke de statistiske samvariasjonsanalysene i første del av forskningsspørsmål

2, og dermed skape spuriøse sammenhenger. Spuriøse sammenhenger er falske sammenhenger (Thrane, 2018). Dette skjer når samvariasjonsanalyser mellom to variabler avdekker assosiasjoner som ikke skyldes de inkluderte variablene, men bakenforliggende variabler. Disse bakenforliggende variablene kalles konfundere. De kan forstyrre analysene og kan medføre at man drar feilaktige konklusjoner. En konfunder-variabel er en variabel som er assosiert med både den uavhengige og avhengige variabelen (Bjørndal & Hofoss, 2015). Hvis en variabel kun påvirker den uavhengige variabelen, og ikke den avhengige variabelen, eller motsatt, kan den ikke bidra til å skape en spuriøs sammenheng (Bjørndal & Hofoss, 2015). I min studie ble grunnlaget for kontroll av konfundere lagt i utarbeidingen av spørreskjemaet ved at demografiske variabler ble inkludert. Videre ble kontroll av konfundere innlemmet i studiedesignet ved at det ble foretatt en stratifisering inn i subgrupper på den demografiske variabelen *faglig tilhørighet*. Stratifisering er en enkel måte å korrigere for konfundering ved at verdiene i den konfunderende variabelen fordeles inn i subgrupper. På denne måten unngår man at variabelen varierer i subgruppen, og påvirker de uavhengige og avhengige variablene. For de demografiske variablene, som var kontinuerlige, ble det gjennomført Oneway anova med post hoc tukey for å avdekke signifikante forskjeller mellom de tre subgruppene. Denne testen egner seg godt for å sammenligne gjennomsnitt i to eller flere grupper (Pallant, 2016). Post hoc Tukey ble brukt for å bekrefte eventuelle signifikante parvise forskjeller mellom subgruppene. For den variabelen der signifikante forskjeller ble funnet mellom subgruppene ble det sjekket for assosiasjon opp mot både avhengig og uavhengige variabler ved hjelp av Spearman rho. Dette for å avdekke om den kunne være en bakenforliggende variabel som konfunderte eventuelle assosiasjoner mellom de øvrige uavhengige variablene og de avhengige variablene på den måten skapte spuriøse sammenhenger.

Den demografiske variabelen *kjønn* er en nominal variabel. Den ble evaluert opp mot subgruppene ved at det ble benyttet krysstabell med kji-kvadrat test og Fishers eksakte test for å se om det var signifikante forskjeller når det gjaldt kjønnsfordelingen mellom subgruppene. Da det var signifikante forskjeller, ble variabelen *kjønn* videre evaluert opp mot både påstandsvariablene (de uavhengige variablene) og kartleggingsvariablene (de avhengige variablene) ved å benytte krysstabell med kji-kvadrat test og Fishers eksakte test for å se om det var signifikante forskjeller mellom kjønnene når det gjaldt

de inkluderte variablene. Fishers eksakte test egner seg godt til hypotesetesting når det gjelder om man kan beholde eller forkaste nullhypotesen (Pallant, 2016). For variabelen *kjønn* var nullhypotesen at det ikke var forskjell mellom kjønn for de ulike påstandsvariablene og kartleggingsvariablene den ble evaluert opp mot.

Grafiske fremstillinger av samvariasjon

Det ble besluttet å fremstille de signifikante funnene i samvariasjonsanalysen grafisk. Dette etter anbefaling av statistisk veileder, professor i biostatistikk, Leiv Sandvik og med bakgrunn i Normans (2010) artikkel om at likert-type skalaer kan fortolkes som kontinuerlige variabler. En grafisk fremstilling gir god oversikt over variablenes assosiasjoner, og gav utgangspunkt for å trekke frem nyanser i samvariasjonene. Det ble benyttet stolpediagram der y-aksen representerte de uavhengige påstandsvariablenes gjennomsnitt. Påstandsvariabelen fikk stigende verdi i henhold til rangordningen på likertskalaen, og kunne dermed presenteres som en kontinuerlige variabel. X-aksen representerte svarkategoriene i de avhengige kartleggingsvariablene, og ble dermed beholdt som ordinal variabel i stolpediagrammet.

3.6.3 Rekoding og reparasjon av variabler

Da spørreskjemaet etterspurte kontinuerlige data i delen som omhandlet demografiske opplysninger, ble disse variablene rekodet til ordinale variabler for samvariasjonsanalyser, slik at Spearman rho kunne benyttes til å beregne styrke og retning på korrelasjonene. Kartlegging av traumatiske livserfaringer var i spørreskjemaet avkrysnings-spørsmål. Her ble det opprettet to ordinale variabler basert på respondentenes svar i spørreskjemaet. Den ene variabelen (kartleggingsvariabel A) tok utgangspunkt i avkrysnings-spørsmålene sammen med likertskala-spørsmålene med årsaker til ikke å kartlegge traumatiske livserfaringer, og handlet om respondentene kartla traumatiske livserfaringer alltid, vanligvis eller aldri. Den andre variabelen (kartleggingsvariabel B) tok utgangspunkt i kun avkrysnings-spørsmålene, og var knyttet til om respondentene kartla traumatiske livserfaringer spesifikt, generelt eller aldri.

To av respondentene hadde brukt det åpne kommentarfeltet til å skrive hva de kartla uten å krysse av for det i skjemaet. Datasettet til disse respondentene ble reparert

under oversyn av veileder ved at det ble krysset av for de kartleggingsområdene de hadde beskrevet i kommentarfeltet.

3.7 Forskningsetiske vurderinger og personvern

Helsinkideklarasjonen understreker at behovet for kunnskap gjennom forskning aldri kan brukes som argument for at de som bidrar til forskningen skal utsettes for unødvendig eller ufrivillig ubehag og risiko (Førde, 2014). Det er tre grunnleggende krav knyttet til forholdet mellom forsker og dem det forskes på; informert samtykke, krav på privatliv og krav på å bli korrekt gjengitt (Jacobsen, 2018).

Informert samtykke forutsetter at den som bidrar deltar frivillig, og at de har tilstrekkelig og forståelig informasjon om mulige konsekvenser av deres deltagelse (Jacobsen, 2018). REKs mal for informasjonsskriv ble benyttet som utgangspunkt og tilpasset med et innhold som; 1) adresserte studiens fokus og hensikt, 2) presenterte hva det innebar å delta i prosjektet og 3) listet opp de ansvarlige for studien og hvor de kunne kontaktes. For å sikre en frivillig deltagelse ble det eksplisitt understreket at det var frivillig å delta, samt opplyst om hvilke rettigheter man hadde som respondent også etter et eventuelt samtykke.

Det ble ikke etterspurt sensitive eller identifiserende opplysninger i spørreskjemaet. Personopplysninger og datamaterialet var aldri koblet sammen. I oppfølgingen av spørreskjemaet ble Nettskjemas funksjonalitet benyttet, noe som betydde at forsker kun så personopplysninger (epost) på de som ikke hadde svart. Nettskjema-tjenesten ivaretok på denne måten anonymitet, og håndterte både innholdet i spørreskjemaet og prosessen rundt innsending på en lovmessig og forsvarlig måte i tråd med bestemmelsene i personopplysningsloven (Universitetet i Oslo, 2019). Siden utsendelsesmetoden innebar bruk av epost-adresse ble prosjektet meldt til, og godkjent av, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste, NSD (Prosjektnummer 722625). Studien innhentet ikke helseinformasjon eller opplysninger som ble karakterisert som sensitive, og var dermed ikke søknadspliktig i Regional etisk komite (REK, 2016).

Når det gjelder krav til riktig presentasjon av data er det viktig å bruke dataene i den sammenhengen de har oppstått og med den intensjonen de ble gitt. Tydelighet og åpenhet har derfor preget alt fra ordlyden og formuleringene på spørreskjemaet til bearbeidingen og presentasjonen av datamaterialet. Der variabler har hatt behov for reparasjon, har dette blitt gjort i samråd med veileder og med eksplisitte beskrivelser på hva som har blitt foretatt. I det positivistiske forskningsidealet skal forskningen og forskeren være nøytral og verdifri (Jacobsen, 2015). Dette blir kun et ideal man kan etterstrebe og bevisstgjøre seg på som forsker, for i det man velger en problemstilling benytter man ofte sine egne erfaringer og verdier som sjelden er nøytrale. Det ble derfor brukt mye tid på formuleringen i problemstillingen og forskningsspørsmålene, for å i størst mulig grad gjennomføre en studie der datamaterialet ble innhentet, bearbeidet og presentert under disse forskningsetiske verdiene og vurderingene.

3.8 Metodiske vurderinger

I dette kapittelet vil de største metodiske utfordringene presenteres før det redegjøres for vurderinger rundt validitet og reliabilitet.

De metodiske utfordringene var i stor grad knyttet til begrensningene i registerdataene fra HELFO, og bruken av et spørreskjema som ikke var standardisert og validert. Da utgangspunktet for rekruttering var registerdata fra HELFO, var begrensningene i registeret også begrensninger i studien. Registeret hadde ikke informasjon knyttet til hvem som hadde driftsavtaler, og kontaktinformasjon var heller ikke inkludert. Det ble derfor brukt mye tid på å finne kontaktinformasjon til hver enkelt fysioterapeut som ble tilfeldig valgt, for så å finne ut om de passet inn i inklusjonskriteriene til denne studien. Dette var en tidkrevende prosess, som satte begrensninger på hvor mange respondenter det var mulig å inkludere, gitt studiens rammer. Det hadde vært ønskelig med tanke på feilmarginer å få opp mot 80-100 respondenter i hver subgruppe for å øke påliteligheten i resultatene. For å bøte på feilmarginen knyttet til et lite utvalg, ble det valgt en datainnsamling der det var mulig å følge opp utvalget, slik at svarprosenten kunne bli høyest mulig. Det skjuler seg sikkert flere årsaker bak de som ikke responderte på spørreundersøkelsen. Noen av grunnene fikk jeg av de jeg snakket med på telefonen, da jeg fulgte opp de som ikke hadde svart for å forsikre meg om at de hadde mottatt

spørreskjemaet. En av grunnene som ble oppgitt var at studien ikke var relevant for dem. En annen var at de skulle se om de fikk tid. Man kan derfor anta at blant ikke-responentene var det både de som ikke prioriterte å delta i undersøkelsen og de som opplevde at studiens formål og tema ikke var relevant for dem.

Det å undersøke om utvalget var representativt for populasjonen ble også vanskeliggjort pga. begrensede registerdata. Da det ikke fins noen oversikt over populasjonens demografi når det kommer til kjønn, alder og praksisår, var det vanskelig å si noe om alle subgruppene når det kom til representativitet. Det ble foretatt en telling i HELFOs registerdata på fornavn for de to minste gruppene (*MT* og *PMF*) som antydte at disse gruppene var kjønnsmessig forholdsvis representative for det vi kan anta at populasjonen er ut ifra registeret.

Det ble utviklet et eget spørreskjema til studien da det ikke fantes noe tilsvarende som allerede var standardisert og validert. For å bøte på mangelen av standardisering og validering, ble det gjort et eget litteratursøk på både utvikling av spørreskjema generelt, og det spesifikke innholdet knyttet til kartleggingsspørsmålene. Videre ble spørreskjemaet og datainnsamlingsprosedyren pretestet igjennom en pilotundersøkelse for å avdekke og korrigere eventuelle svakheter ved spørreskjemaet.

3.8.1 Ivaretagelse av validitet og reliabilitet

Indre validitet

Den indre validiteten handler om hvorvidt studiens måleverktøy med gyldighet kan si noe om hva som er problemstillingen (Jacobsen, 2018). Begrepsvaliditet er her viktig, da begrepene som benyttes må representere de fenomenene som skal undersøkes. For å bedre begrepsvaliditeten ble det gjennomført en pilotundersøkelse, og operasjonaliseringen av variablene ble vektlagt. Begrepsvaliditet handler om hvorvidt man kan måle det teoretiske begrepet man forsøker å måle (Thrane, 2018). Konfundere kan være en annen trussel for indre validitet, da de forstyrrer måleresultatene (Jacobsen, 2018). Det ble derfor benyttet et stratifisert utvalg, samt etterspurt demografiske data som kunne tenkes å forstyrre analysene, og dermed gyldigheten av

studiens funn. Selv om man tilrettelegger for kontroll av konfundere, og sjekker datamateriale og analyser for mulige konfundere, er det allikevel ikke slik at man kan være 100% sikker på at alle konfundere er identifisert og håndtert. Uidentifiserte konfundere vil alltid være en usikkerhet i en studie som ser på sammenhenger (Jacobsen, 2018).

Videre ble bearbeidingsfeil som kunne true den indre validiteten redusert ved at det ble benyttet elektronisk kodebok knyttet til *Nettskjema*-tjenesten. Dette førte til at dataene enkelt ble overført fra datainnsamlingen i *Nettskjema* til dataanalysene i *SPSS*. Det ble gjort ytterligere tiltak for å sikre begrepsvaliditet og indre validitet ved at begrepsbruk ble kontrollert opp mot annen teori og forskning innen temaet.

Ytre validitet

Den ytre validiteten omhandler studiens relevans, og om studiens funn er gyldig og relevant for populasjonen vi undersøker, og ikke bare utvalget som har bidratt med sine data (Jacobsen, 2018). For å begrense utvalgsfeil ble det benyttet en randomiseringsgenerator slik at studiens respondenter besto av et tilfeldig utvalg fra hele den teoretiske populasjonen. På tross av at det ble foretatt et tilfeldig utvalg, kan man allikevel oppleve at det blir skjevhet i utvalget. Dette er knyttet til svarprosent, og frafall av respondenter i utvalget. I denne studien var svarprosentene forholdsvis høye til å være ett nettbasert spørreskjema, men det var forskjeller i svarprosentene mellom subgruppene. 51% av allmennfysioterapeutene, 61% av manuellterapeutene og 80% av de psykomotoriske fysioterapeutene svarte på undersøkelsen. Jacobsen (2018) konkluderer med at det generelt er tre grunner til at enkelte i utvalget ikke svarer på undersøkelser; 1) de er ikke interessert i problemstillingen, 2) de har ikke kunnskap om problemstillingen og 3) de ønsker ikke å uttale seg om problemstillingen. Som en del av oppfølgingen i datainnsamlingen ble det snakket med flere av de som ikke svarte på undersøkelsen. Grunner som ble oppgitt var at de ikke hadde tid, og det at studien ikke var relevant for dem. Hvis man ser spørreskjemaets fokus opp mot Jacobsens (2018) årsaker, kan man anta at studiens resultater innebærer noe skjevhet i positiv retning knyttet til kartlegging. Der det kanskje kan tenkes at de som har svart, kartlegger mer rutinemessig og er mer opptatt av kartleggingstematikken angående langvarige muskelskjelettsmerter og traumatiske livserfaringer, enn de som ikke har svart. Det er

mulig at dette er grunnen til at en større andel psykomotoriske fysioterapeuter har svart, da de utdanningsmessig har mer faglig tyngde innen de delene av studien som omhandler traumatiske livserfaringer. På den andre siden så kan respondentene hos allmennfysioterapeutene og manuellterapeutene representere de avtalefysioterapeutene som var mest interessert i, og følte de hadde kunnskap om, kartleggingstematikken knyttet til langvarige muskelskjelettsmerter og traumatiske livserfaringer, jmf. Jacobsens (2018) årsaker. Forskjellene i svarprosenten hos de ulike subgruppene kan dermed på ulike måter bidra til usikkerhet både når det gjelder representativitet innad i subgruppene og skjevhet mellom subgruppene. Denne utfordringen vedrørende skjevhet og representativitet i utvalget, preget valget om å benytte en anonym tverrsnittsundersøkelse med bruk av nettbasert spørreskjema som gikk ut til et tilfeldig utvalg av alle landets avtalefysioterapeuter. Tanken var at denne typen anonymitet sørget for at flere følte seg trygge på å svare ærlig, og på den måten bidro til at studiens funn ble mer representative for hva avtalefysioterapeuter faktisk kartla. Det ble videre vurdert om det var et representativt utvalg på de parametrene der det var mulig å sammenligne utvalget og den teoretiske populasjonen. Her var det begrensinger knyttet til registerdata, som skapte begrensninger i konklusjonen om utvalget var representativt for populasjonen. Det ble også etterstrebet validitet gjennom å se egne funn opp mot annen tilsvarende og relevant forskning og teori.

Reliabilitet

Med reliabilitet menes i hvilken grad andre forskere kan anvende måleverktøy, begrepsapparat og analysen av data på samme måte, og komme frem til samme svar (Jacobsen, 2018). Reliabiliteten omhandler dermed pålitelighet og nøyaktighet, reproduserbarhet og repetertbarhet. Det ble sikret at alle respondenter fikk samme type informasjon, og at data ble innhentet under forhold som ble etterstrebet å være tilsvarende for alle. Data ble overført ved hjelp av elektronisk kodebok med et filformat som lot seg legge rett inn i SPSS, uten at grunnleggende data måtte plottes manuelt. Testene ble gjennomført flere ganger, og med oppsyn og veiledning av professor i biostatistikk, Leiv Sandvik. Signifikans og p-verdier regnes som reliable mål på hypotesetesting. Det er allikevel viktig at de signifikante funnene regnes som sannsynligheter og ikke sannheter. Flere mener nå at p-verdi ikke bør brukes alene som

et reliabelt mål på statistisk signifikante funn (Solla, Tran, Bertoncelli, Musoff & Bertoncelli, 2018). I min studie har derfor funn som er statistisk signifikante i samvariasjonsanalysene bli ytterligere presentert med grafiske fremstillinger og konfidensintervall.

4 Resultat

I dette kapittelet blir de demografiske variablene presentert og avklart med hensyn til forekomst og mulig rolle som konfundere for de øvrige analysene. Funnene som er relevante for forskningsspørsmålene presenteres i de respektive underkapitler som tabeller og grafer, og resultatene beskrives. Noen analyser og spss-tabeller foreligger i vedleggsdelen av studien, og henvises til i beskrivelsene med sideanvisning. Dette gjelder spesielt de grunnleggende konfunderanalysene. Enkelte av de kvalitative dataene som kommentarfeltene bidro med, er presentert som råtekst. Bidragene er benyttet for å belyse og gi stemme til respondentenes tanker og opplevelser tilknyttet forskningsspørsmålene er presentert i dette kapittelet. Det var flest psykomotoriske fysioterapeuter som benyttet seg av kommentarfeltene (vedlegg 4, s. 116).

4.1 Demografiske data

107 avtalefysioterapeuter ble inkludert i studien; 30 allmennfysioterapeuter (*Allmenn*), 33 manuellterapeuter (*MT*) og 44 psykomotoriske fysioterapeuter (*PMF*) (tabell 4-1).

I subgruppen *Allmenn* var det 16 kvinner (53,3 %), 13 menn (43,3%) og én person som krysset av for «Annet» (3,3%). I subgruppen *MT* var det 11 kvinner (33,3%) og 22 menn (66,7%). I subgruppen *PMF* var det 42 kvinner (95,5%) og 2 menn (4,5%).

Gjennomsnittsalderen var 50,8 år for *Allmenn*, 47 år for *MT* og 51,1 år for *PMF*.

Gjennomsnittlig praksislengde som fysioterapeut var 25,2 år for *Allmenn*, 22 år for *MT* og 24,9 år for *PMF*. Gjennomsnittlig *praksislengde som avtalefysioterapeut* var 18,7 år for *Allmenn*, 16,9 år for *MT* og 13,2 år for *PMF*.

Det ble funnet signifikante forskjeller mellom subgruppene når de gjaldt variablene *praksislengde som avtalefysioterapeut* (vedleggstabell 6-1, s. 129) og *kjønn* (vedleggstabell 6-4, s. 132). Disse forskjellene ble det tatt hensyn til i analysene, og analyseresultatene presenteres i kapittel 4.3.

Tabell 4-1 Demografiske data for subgruppene Allmenn, MT og PMF.

	Allmenn (n = 30)	MT (n = 33)	PMF (n = 44)
Kjønn *			
Kvinner (antall/prosent)	16 (53,3%)	11 (33,3%)	42 (95,5%)
Menn (antall/prosent)	13 (43,3%)	22 (66,7%)	2 (4,5%)
Annet (antall/prosent)	1 (3,3%)	0	0
Alder			
Gjennomsnitt (SD)	50,8 (SD 9,4)	47,0 (SD 8,3)	51,1 (SD 10,3)
Praksislengde som fysioterapeut			
Gjennomsnitt (SD)	25,2 (SD 9,9)	22,0 (SD 8,3)	24,9 (SD 9,6)
Praksislengde som avtalefysioterapeut **			
Gjennomsnitt (SD)	18,7 (SD 10,6)	16,9 (SD 9,3)	13,2 (SD 9,5)

* Signifikant forskjell mellom subgruppene i kjønnsfordeling ($p < 0,001$) Fisher eksakte test

** Signifikant forskjell mellom allmenn og pmf i praksislengde som avtalefysioterapeut ($p = 0,048$) One way anova med post hoc tukey

4.2 Hvilke kartleggingsrutiner har avtalefysioterapeuter for pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter?

I spørreskjemaet ble avtalefysioterapeutene spurt om sine kartleggingsrutiner.

Allmennfysioterapeuter, manuellterapeuter og psykomotoriske fysioterapeuter krysset av på hva de kartla ved bruk av skjema og hva de kartla gjennom samtale.

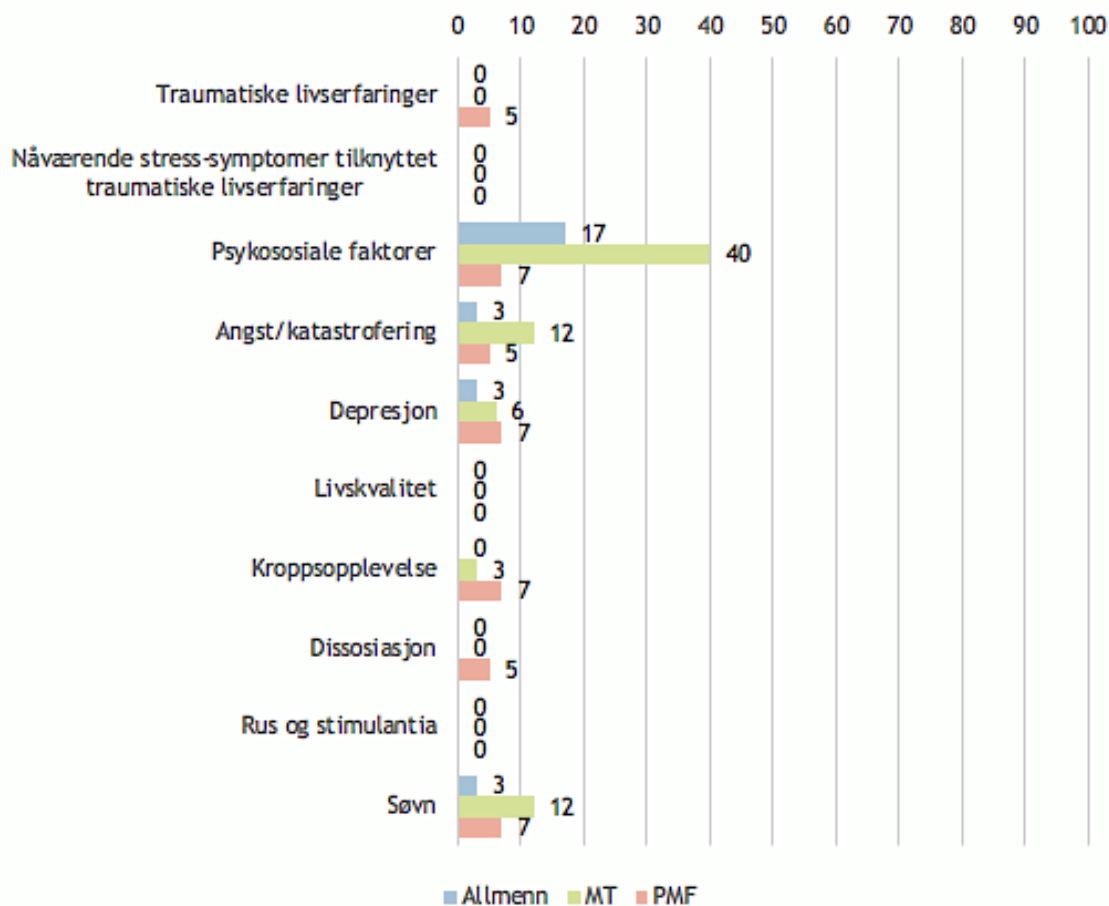
Kartlegging med bruk av skjema

Det ble registrert at 80% av allmenn fysioterapeutene, 83 % av de psykomotoriske fysioterapeutene og 55% av manuellterapeutene ikke brukte skjema til kartlegging. Det ble spurt om flere kategorier, og fåtallet av allmennfysioterapeuter og psykomotoriske fysioterapeuter brukte skjema for å kartlegge forhold rundt pasientene (figur 4-1).

Manuellterapeutene hadde mest skjemabruk, og *psykososiale faktorer* ble kartlagt hyppigst. Det var 40 % av manuellterapeutene som benyttet seg av ulike typer skjema når det gjaldt kartlegging av *psykososiale faktorer*.

En psykomotorisk fysioterapeut skrev i kommentarfeltet knyttet til det å kartlegge med skjema: «Pasienter opplever jeg i starten er svært pålogget med «sansehjernen» i

startfasen av en pasient terapeut relasjon og meddeler at skjemaregistrering de har opplevd hos psykolog, reagerer de negativt på. Skjema skaper ikke relasjon. Tenkehjerne, følelseshjerne og sansehjerne og samspillet der er viktigst for meg. Da skjer det endring når trygghet kan etableres og kontakt oppnås. Fint samspill. Om en sammen vil utforske grad av belastning gjennom kartlegging med skjema, kommer det i annen runde.»



Figur 4-1 Prosentvis fordeling av kartleggingsområder der det benyttes skjema, for de ulike subgruppene.

Kartlegging gjennom samtale

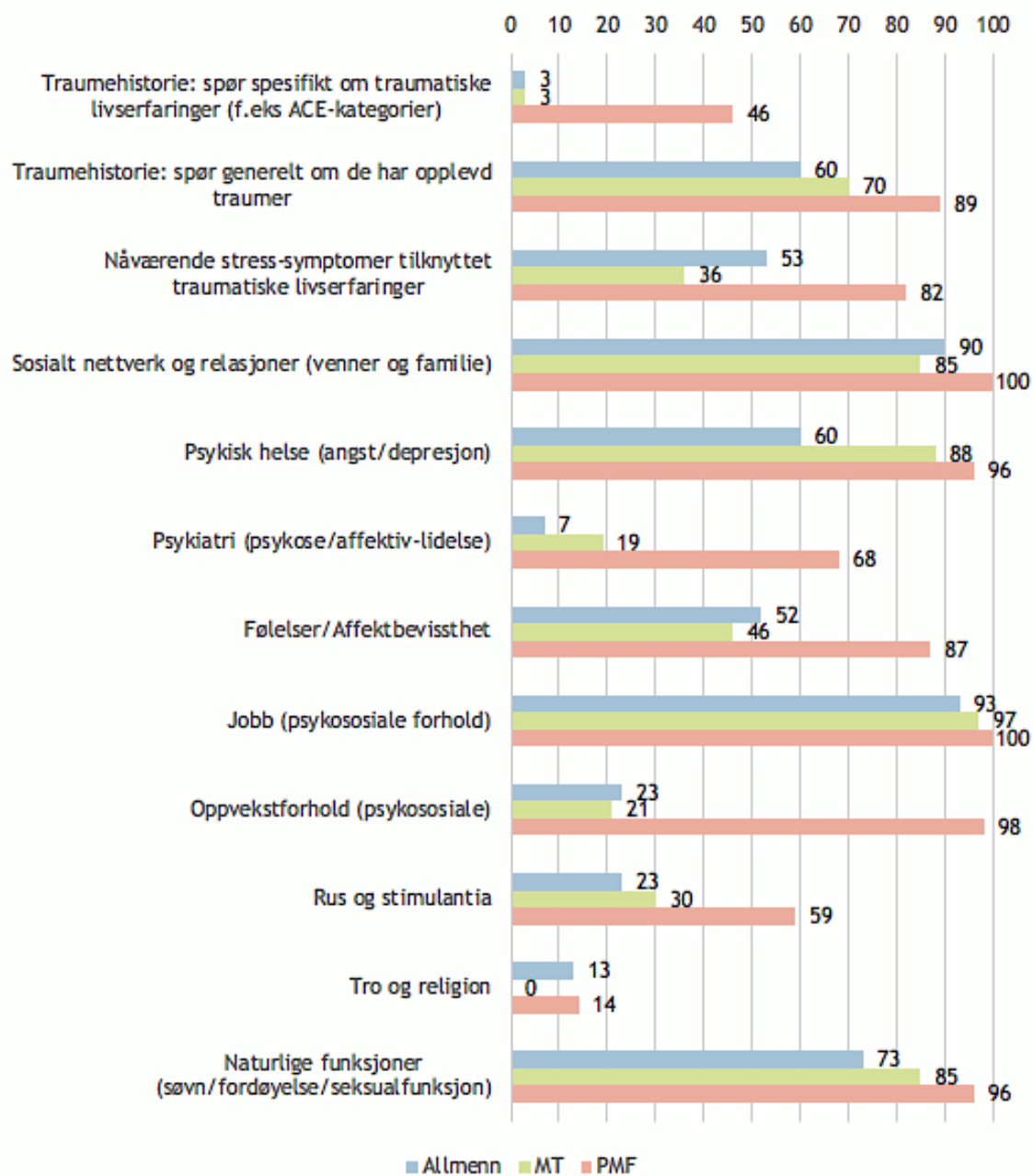
I kategoriene *sosialt nettverk og relasjoner* og *psykososiale forhold på jobb* var det små forskjeller i prosentandeler på hva som ble kartlagt av de ulike subgruppene. I disse kategoriene kartla en stor andel av avtalefysioterapeutene i alle subgruppene (figur 4-2).

I andre kategorier var det store forskjeller mellom subgruppene. I kartleggingsområdet rundt *psykiatri* var det 61 prosentpoeng forskjell mellom subgruppen der flest kartla (*PMF*) og subgruppen der færrest kartla (*Allmenn*). Når det gjaldt kartleggingsområdet *følelser/affektbevissthet* var det 41 prosentpoeng forskjell, der flest innen subgruppen *PMF* kartla (87%), mens det var færrest innen subgruppen *MT* (46%). I

kartleggingsområdet *psykososiale oppvekstforhold* var det 77 prosentpoeng forskjell, der flest innen subgruppen *PMF* kartla (98%), mens det var færrest innen subgruppen *MT* (21%). I kartleggingsområdet *rus og stimulantia* var det 36 prosentpoeng forskjell mellom subgruppene, der flest kartla i subgruppen *PMF* (59%), og færrest i subgruppen *Allmenn* (23%). Spesifikk kartlegging rundt traume viste 44 prosentpoeng forskjell mellom subgruppene, der flest kartla i subgruppen *PMF* (46%), mens færrest kartla i subgruppene *Allmenn* (3%) og *MT* (3%). Generell kartlegging rundt traume viste 29 prosentpoeng forskjell, der flest kartla i subgruppen *PMF* (89%), og færrest i subgruppen *Allmenn* (60%).

PMF var den subgruppen der flest kartla i alle kategorier. I subgruppen *PMF* kartla 100% kartleggingsområdene *sosialt nettverk og relasjoner* og *psykososiale forhold på jobb*. I subgruppen *PMF* spurte over 95% rutinemessige om forhold knyttet til psykisk helse, oppvekstforhold og naturlige funksjoner. 17 % av subgruppen *Allmenn* og 6 % av subgruppen *MT* krysset av for at de ikke kartlegger rutinemessig i møte med pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter (vedlegg 5, s.121)

En psykomotorisk fysioterapeut utdypet i kommentarfeltet: «*Jeg er opptatt av å få informasjon om alle punktene, men lar pasienten fortelle, eller spør underveis i behandlingen.*» En av manuellterapeutene skrev: «*Ved å spørre om hva pasienten selv mener/ tror er årsak til sine plager vil noen ganger gi svar som gjør at områder jeg ikke har krysset av på blir besvart uten at jeg direkte spør.*» En av allmennfysioterapeutene skrev: «*Mangler kjennskap til screening-verktøyene men opplever ofte at pasienter åpner seg og forteller om traumer og psykiske problemer under anamnesen. Muligens fordi jeg har en del egne erfaringer og ofte stiller direkte spørsmål om psykisk helse og tidligere opplevelser. Jeg er bevisst på hvordan traumer og vanskelige psykososiale forhold kan fastholde pasienter i smertetilstander.*»



Figur 4-2 Prosentvis fordeling av kartleggingsområder der det benyttes samtale, for de ulike subgruppene.

4.4 Hvilke forhold påvirker avtalefysioterapeuters kartlegging av mulige traumatiske livserfaringer for pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter?

Spørreskjemaet gav mulighet for å opprette to variabler som beskrev kartlegging av traumatiske livserfaringer:

Kartleggingsvariabel A: *Hvor ofte kartlegges traumatiske livserfaringer?*

(alltid/vanligvis/aldri)

Kartleggingsvariabel B: *Hvor spesifikt kartlegges traumatiske livserfaringer?*

(spesifikt/generelt/aldri)

Disse variablene har fått hver sin underoverskrift i dette kapittelet. Det ble beregnet korrelasjonskoeffisienter mellom uavhengige variabler (demografiske variabler og påstandsvariabler) og avhengige variabler (kartleggingsvariablene), ved å gjennomføre samvariasjonsanalyser som kunne avdekke sammenhenger mellom de ulike variablene. Spearman rho ble benyttet som korrelasjonskoeffisient.

Funnene er fremstilt i tabeller som korrelasjonskoeffisienter. Retningen på korrelasjonskoeffisienten beskrives med + eller -, mens korrelasjonskoeffisientens styrke kan variere mellom 0 til 1. Cohen-klassifiseringen er den vanligste klassifiseringen av korrelasjonsstyrke (Cohen, 1998). Cohen (1988) benytter en inndeling hvor 0,10 til 0,29 indikerer liten styrke, 0,30 til 0,49 indikerer moderat styrke og 0,50 til 1,0 indikerer en sterk styrke. Gignac & Szodorai (2016) ønsker en oppdatering av disse inndelingene når det kommer til kvantitative analyser og foreslår at alle korrelasjonskoeffisienter over 0,30 kategoriseres som sterke. Alle signifikante korrelasjonskoeffisienter i min studie er over 0,30, noe som antyder at de er moderate eller sterke, alt ettersom hvilken klassifisering man benytter. For å få oversikt over signifikante samvariasjoner er disse beskrevet ytterligere ved å grafisk fremstille assosiasjonen mellom de uavhengige variablene og kartleggingsvariablene som stolpediagram. De uavhengige påstandsvariablene er fremstilt ved å bruke gjennomsnittet av verdien som respondentene oppgav på likertskala, der *helt enig* korresponderer med verdien 1 og *helt uenig* korresponderer med verdien 5. Verdien 3 var *nøytral*. Lave gjennomsnittsverdier (under 3) representerer høy grad av enighet, og høye

gjennomsnittsverdier (over 3) representerer høy grad av uenighet. De avhengige kartleggingsvariablene er beholdt som ordinale.

Konfunderanalyser

Det ble avdekket signifikante forskjeller mellom subgruppene *Allmenn* og *PMF*, for to av de demografiske variablene (vedlegg 6, s. 129). De demografiske variablene utgjorde sammen med påstandsvariablene de uavhengige variablene som ble evaluert opp mot kartleggingsvariablene i samvariasjonsanalysene. Dette betyr at eventuelle forskjeller i de demografiske variablene mellom subgruppene kunne påvirke funnene mellom subgruppene utover den stratifiserende variabelen *faglig tilhørighet*.

Det ble funnet forskjeller mellom subgruppene *Allmenn* og *PMF* for den demografiske variabelen *praksislengde som avtalefysioterapeut* (vedleggstabell 6-1, s. 129).

Forskjellen var signifikant ($p=0,048$) mellom subgruppene *PMF* (13,2 år) og *Allmenn* (18,7 år). Videre analyser avdekket at variabelen *praksislengde som avtalefysioterapeut* kun var signifikant assosiert med én av de uavhengige variablene i samvariasjonsanalysene, *påstand 6* ($r_s=0,436$), og dette gjaldt kun for subgruppen *Allmenn* (vedleggstabell 6-2 og 6-3, s. 130-131). *Påstand 6* var utsagnet «Jeg ønsker mer kompetanse om det å avdekke traumatiske livserfaringer og nåværende stressreaksjoner og tilstander tilknyttet disse livserfaringene hos pasientene.» Variabelen *praksislengde som avtalefysioterapeut* var forøvrig ikke signifikant assosiert med de avhengige variablene i samvariasjonsanalysene for noen av subgruppene. Denne variabelen kan derfor ikke ansees som en mulig konfunderende variabel i samvariasjonene presentert i tabell 4-2 og tabell 4-3.

Det ble påvist signifikante forskjeller mellom subgrupper for den demografiske variabelen *kjønn* (vedleggstabell 6-4, s. 132). Analyser avdekket at det var ingen signifikante funn for variabelen *kjønn* når den ble evaluert opp mot påstandsvariablene eller kartleggingsvariablene (vedleggstabell 6-6, s. 134). Disse analysene avdekket også at *kjønn* ikke signifikant påvirket kartleggingen av traumatiske livserfaringer for noen av subgruppene.

I de grunnleggende konfunderanalysene innad i subgruppene (vedlegg 7, s. 135), ble de demografiske variablene evaluert opp mot alle påstandsvariablene og kartleggingsvariablene. Ingen av de demografiske variablene var assosiert med både påstandsvariabler og kartleggingsvariabler, og kan derfor ikke ansees som mulig konfunderende variabler.

4.4.1 Hvor ofte kartlegges traumatiske livserfaringer i møte med pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter?

Samvariasjonsanalyser (tabell 4-2) viste at ingen demografiske variabler var assosiert med kartleggingsvariabel A «Hvor ofte kartlegges traumatiske livserfaringer?». Påstand 5 «Jeg opplever at jeg har tilstrekkelig kompetanse under den kliniske undersøkelsen til å avdekke traumatiske livserfaringer og nåværende stressreaksjoner og tilstander tilknyttet disse livserfaringene hos pasientene», var heller ikke assosiert med kartleggingsvariabel A for noen av subgruppene. Dette innebærer at disse variablene ikke påvirket respondentene i subgruppene når det kom til hvor ofte de kartla traumatiske livserfaringer.

Tabell 4-2 Korrelasjoner (Spearman rho) mellom kartleggingsvariabel A «Hvor ofte kartlegges traumatiske livserfaringer?» og utvalgte uavhengige variabler, for de ulike subgruppene

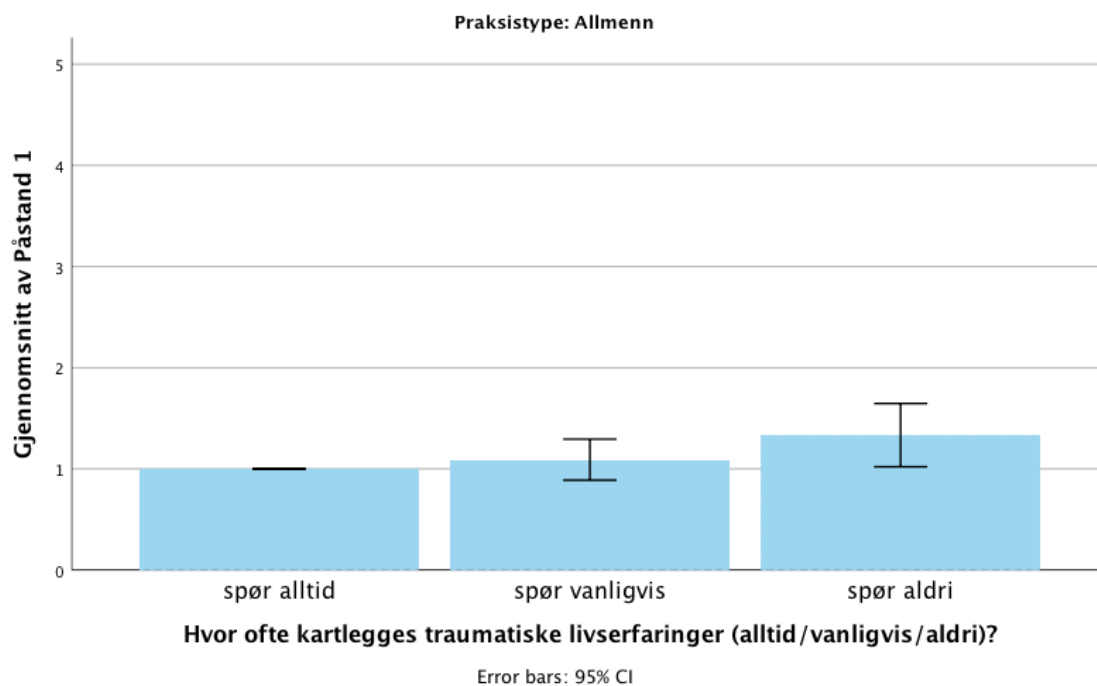
Uavhengige variabler	Subgruppe (faglig tilhørighet)		
	Allmenn	MT	PMF
Alder	.072	.023	-.067
Praksislengde som fysioterapeut	-.001	-.055	-.115
Praksislengde som avtalefysioterapeut	.053	-.128	-.114
Påstand 1 (traumets relevans)	-.370	-.106	*
Påstand 2 (faggruppens rolle)	-.319	-.386	-.381
Påstand 3 (tilstrekkelig kompetanse i screening)	-.350	-.424	-.252
Påstand 4 (tilstrekkelig kompetanse i anamnese)	.057	.020	-.480
Påstand 5 (tilstrekkelig kompetanse i u.s.)	-.006	-.055	-.289
Påstand 6 (ønsker mer kompetanse)	.070	-.397	.098

* Alle i subgruppen PMF svarte det samme. Da kan korrelasjon ikke beregnes. (signifikante korrelasjonskoeffisienter uthevet med sterkere farge og fet skrift)

Allmennfysioterapeuter (Allmenn)

I subgruppen *Allmenn* var kun én uavhengig variabel signifikant assosiert med kartleggingsvariabel A «Hvor ofte kartlegges traumatiske livserfaringer?». Dette var

påstand 1 «Jeg anser pasientens traumatiske livserfaringer og nåværende stressreaksjoner og tilstander tilknyttet disse livserfaringene som relevant for behandlingen når pasienter oppsøker meg med langvarige muskelskjelettsmerter». Denne samvariasjonen er presentert i figur 4-3, og tyder på at jo mer relevant allmennfysioterapeutene anså traumatiske livserfaringer å være for behandlingen av langvarige muskelskjelettsmerter, jo mer sannsynlig var det at de kartla traumatiske livserfaringer hos pasientene med langvarige muskelskjelettsmerter. Som fremgår av figur 4-3 er sumskårene lave uansett hvor ofte det ble kartlagt. Dette var påstandsspørsmålet der bortimot alle respondenter i alle subgruppene i studien krysset av for ulike grader av enig (vedlegg 9, s. 141). Kun én respondent i subgruppen *MT* krysset av for nøytral. Dette viser at nesten alle respondentene anså traumatiske livserfaringer som relevant for behandlingen for pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter, men det var kun i subgruppen *Allmenn* det var en korrelasjon mellom *påstand 1* og kartleggingsvariabel *A*.



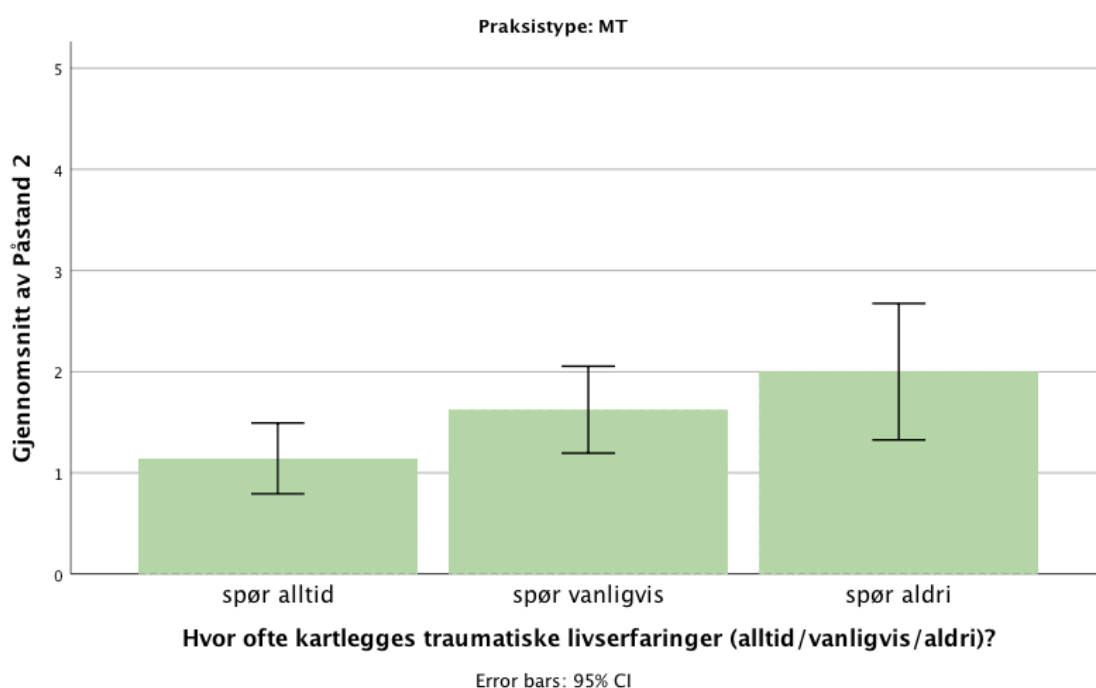
(Helt enig=1 Litt enig=2 Nøytral=3 Litt uenig=4 Helt uenig= 5)

Figur 4-3 ALLMENN: Samvariasjon mellom *påstand 1* og kartleggingsvariabel *A* ($r_s=0,370$).

Manuellterapeuter (MT)

I subgruppen *MT* var tre uavhengige variabler signifikant assosiert med *kartleggingsvariabel A* «Hvor ofte kartlegges traumatiske livserfaringer?».

Den første var *påstand 2* «Jeg tenker min faggruppe har en rolle å spille i det å avdekke traumatiske livserfaringer og nåværende stressreaksjoner og tilstander tilknyttet disse livserfaringene hos pasientene.». Samvariasjonen er presentert i figur 4-4, og tyder på at jo mer opptatt manuellterapeutene var av at deres faggruppe hadde en rolle i det å avdekke traumatiske livserfaringer, jo mer sannsynlig var det at de kartla for traumatiske livserfaringer hos pasientene med langvarige muskelskjelettsmerter.

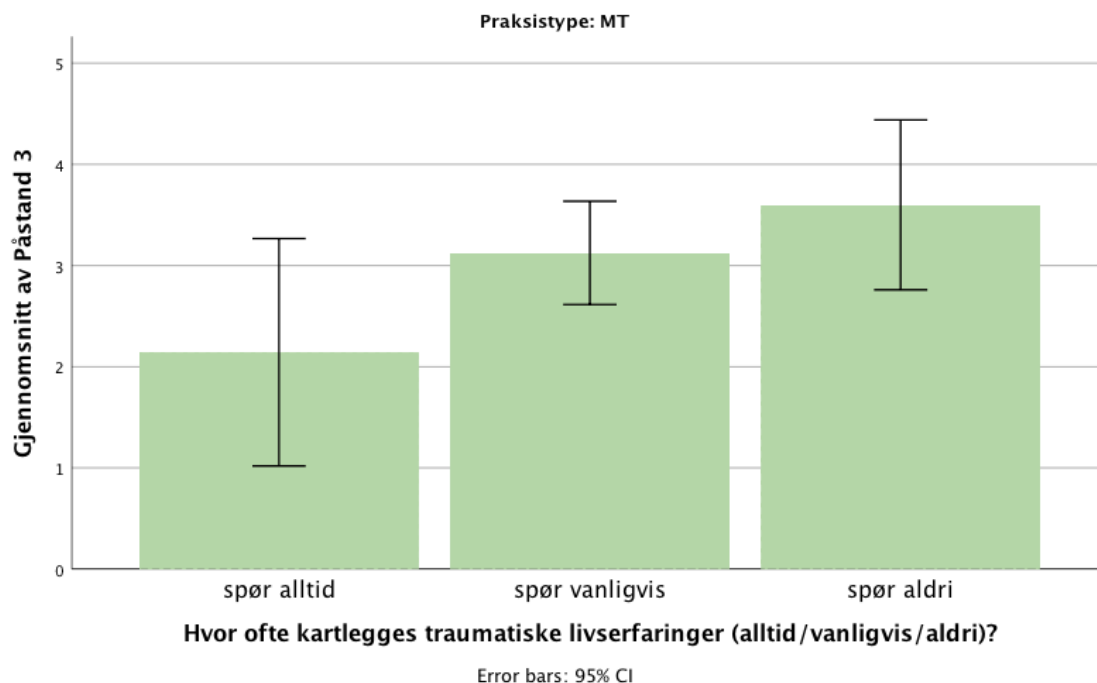


(Helt enig=1 Litt enig=2 Nøytral=3 Litt uenig=4 Helt uenig= 5)

Figur 4-4 MT: Samvariasjon mellom påstand 2 og kartleggingsvariabel A ($rs=-0,386$).

Den andre uavhengige variabelen som var signifikante assosiert med *kartleggingsvariabel A*, var *påstand 3* «Jeg opplever at jeg har tilstrekkelig kompetanse i bruk av screeningverktøy for å avdekke traumatiske livserfaringer og nåværende stressreaksjoner og tilstander tilknyttet disse livserfaringene hos pasientene.». Samvariasjonen er presentert i figur 4-5, og indikerer at jo mer manuellterapeutene opplevde at de hadde tilstrekkelig kompetanse i bruk av screeningverktøy, jo større sannsynlighet var det for at de kartla traumatiske livserfaringer hos pasienter med

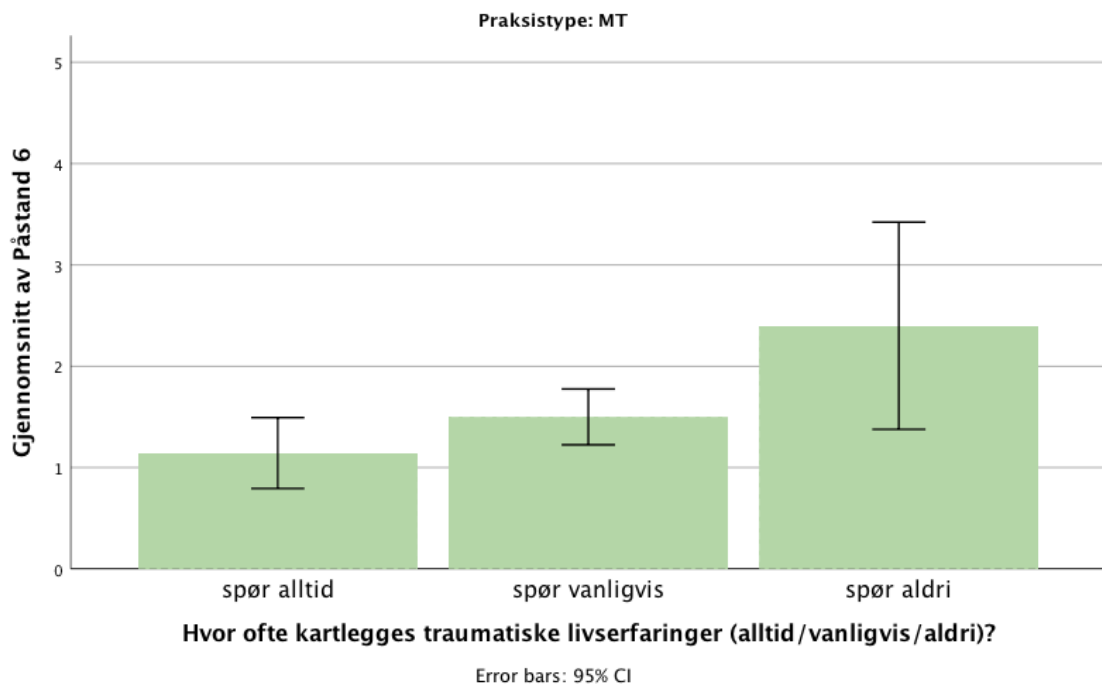
langvarige muskelskjelettsmerter. Den grafiske fremstillingen avdekker også at for de manuellterapeutene som kartla *vanligvis* eller *aldri* så var gjennomsnittet av verdien over 3, noe som antyder at gjennomsnittet i subgruppen *MT* har kryssert av at de er uenig i påstanden om at de har tilstrekkelig kompetanse i bruk av screeningverktøy.



(Helt enig=1 Litt enig=2 Nøytral=3 Litt uenig=4 Helt uenig= 5)

Figur 4-5 *MT*: Samvariasjon mellom påstand 3 og kartleggingsvariabel A ($rs=-0,424$).

Den tredje uavhengige variabelen som var signifikant assosiert med *kartleggingsvariabel A* var *påstand 6* «Jeg ønsker mer kompetanse om det å avdekke traumatiske livserfaringer og nåværende stressreaksjoner og tilstander tilknyttet disse livserfaringene hos pasientene.» Samvariasjonen er presentert i figur 4-6, og antyder at jo mer manuellterapeutene ønsket kompetanse om det å avdekke traumatiske livserfaringer, jo mer sannsynlig var det at de kartla for traumatiske livserfaringer hos pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter. Ønsket om mer kompetanse i det å avdekke traumatiske livserfaringer var noe som ble vektlagt som viktig for alle subgruppene (vedlegg 9, s. 141), men det var kun i subgruppen *MT* denne påstanden var signifikant assosiert med kartlegging av traumatiske livserfaringer.



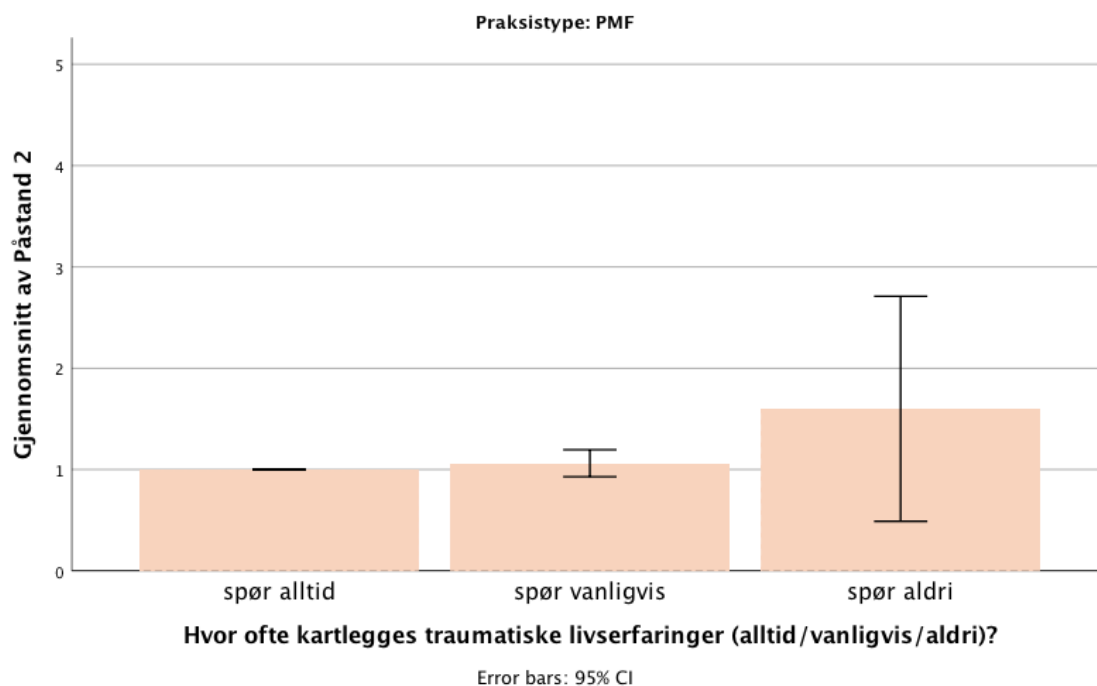
(Helt enig=1 Litt enig=2 Nøytral=3 Litt uenig=4 Helt uenig= 5)

Figur 4-6 MT: Samvariasjon mellom påstand 6 og kartleggingsvariabel A ($r_s=-0,449$).

Psykomotoriske fysioterapeuter (PMF)

I subgruppen PMF var to uavhengige variabler signifikant assosiert med kartleggingsvariabel A «Hvor ofte kartlegges traumatiske livserfaringer?».

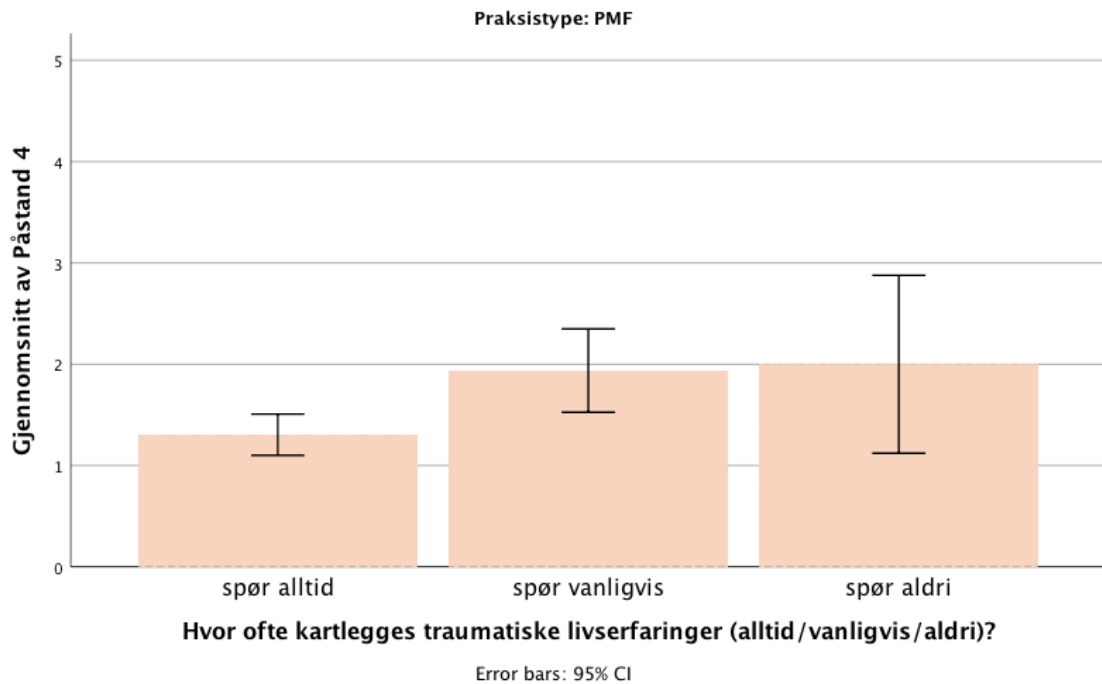
Den første var påstand 2 «Jeg tenker min faggruppe har en rolle å spille i det å avdekke traumatiske livserfaringer og nåværende stressreaksjoner og tilstander tilknyttet disse livserfaringene hos pasientene.». Samvariasjonen er presentert i figur 4-7, og indikerer at jo mer de psykomotoriske fysioterapeutene vektla at deres faggruppe hadde en rolle i det å avdekke traumatiske livserfaringer, jo mer sannsynlig var det at de kartla traumatiske livserfaringer hos pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter. Konfidensintervallet er stort i kategorien «spør aldri» fordi det var ett fåtall av psykomotoriske fysioterapeuter som aldri kartla traumatiske livserfaringer.



(Helt enig=1 Litt enig=2 Nøytral=3 Litt uenig=4 Helt uenig= 5)

Figur 4-7 PMF: Samvariasjon mellom påstand 2 og kartleggingsvariabel A ($r_s = -0,381$).

Den andre uavhengige variabelen som var signifikant assosiert med *kartleggingsvariabel A*, var *påstand 4* «Jeg opplever at jeg har tilstrekkelig kompetanse under anamneseopptak til å avdekke traumatiske livserfaringer og nåværende stressreaksjoner og tilstander tilknyttet disse livserfaringene hos pasientene.». Samvariasjonen er presentert i figur 4-8, og viser at jo tryggere de psykomotoriske fysioterapeutene var på sin kompetanse vedrørende anamneseopptak, jo mer sannsynlig var det at de kartla traumatiske livserfaringer hos pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter.



(Helt enig=1 Litt enig=2 Nøytral=3 Litt uenig=4 Helt uenig= 5)

Figur 4-8 PMF: Samvariasjon mellom påstand 4 og kartleggingsvariabel A ($r_s = -0,480$).

4.4.2 Hvor spesifikt kartlegges traumatiske livserfaringer i møte med pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter?

Samvariasjonsanalysene (tabell 4-3) avdekket at ingen demografiske variabler var assosiert med *kartleggingsvariabel B* «Hvor spesifikt kartlegges traumatiske livserfaringer?». *Påstand 5* «Jeg opplever at jeg har tilstrekkelig kompetanse under den kliniske undersøkelsen til å avdekke traumatiske livserfaringer og nåværende stressreaksjoner og tilstander tilknyttet disse livserfaringene hos pasientene», var heller ikke signifikant assosiert med *kartleggingsvariabel B* for noen av subgruppene. Dette betyr at disse uavhengige variablene ikke påvirket hvor spesifikt de ulike subgruppene kartla traumatiske livserfaringer. I dette kapittelet vil samvariasjonen kun presenteres grafisk der det ble avdekket nye assosiasjoner og sammenhenger for subgruppene. Dette gjaldt kun én uavhengig variabel, og for kun én subgruppe. I subgruppen *PMF* var *påstand 3* signifikant assosiert med *kartleggingsvariabel B*, og denne samvariasjonen presenteres sammen med funnene for psykomotoriske fysioterapeuter i dette kapittelet.

Tabell 4-3 Korrelasjoner (Spearman rho) mellom kartleggingsvariabel B «Hvor spesifikt kartlegges traumatiske livserfaringer?» og utvalgte uavhengige variabler, for de ulike subgruppene

Uavhengige variabler	Subgruppe (faglig tilhørighet)		
	Allmenn	MT	PMF
Alder	.147	.192	-.022
Praksislengde som fysioterapeut	.092	.051	-.009
Praksislengde som avtalefysioterapeut	.131	.043	-.083
Påstand 1 (traumets relevans)	-.363	.045	*
Påstand 2 (faggruppens rolle)	-.317	-.325	-.362
Påstand 3 (tilstrekkelig kompetanse i screening)	-.293	-.372	-.444
Påstand 4 (tilstrekkelig kompetanse i anamnese)	.104	.147	-.401
Påstand 5 (tilstrekkelig kompetanse i u.s.)	-.025	.118	-.180
Påstand 6 (ønsker mer kompetanse)	-.071	-.397	.042

*Alle i subgruppen PMF svarte det samme, da kan korrelasjon ikke beregnes (signifikante korrelasjonskoeffisienter uthevet med sterkere farge og fet skrift)

Allmennfysioterapeuter (Allmenn)

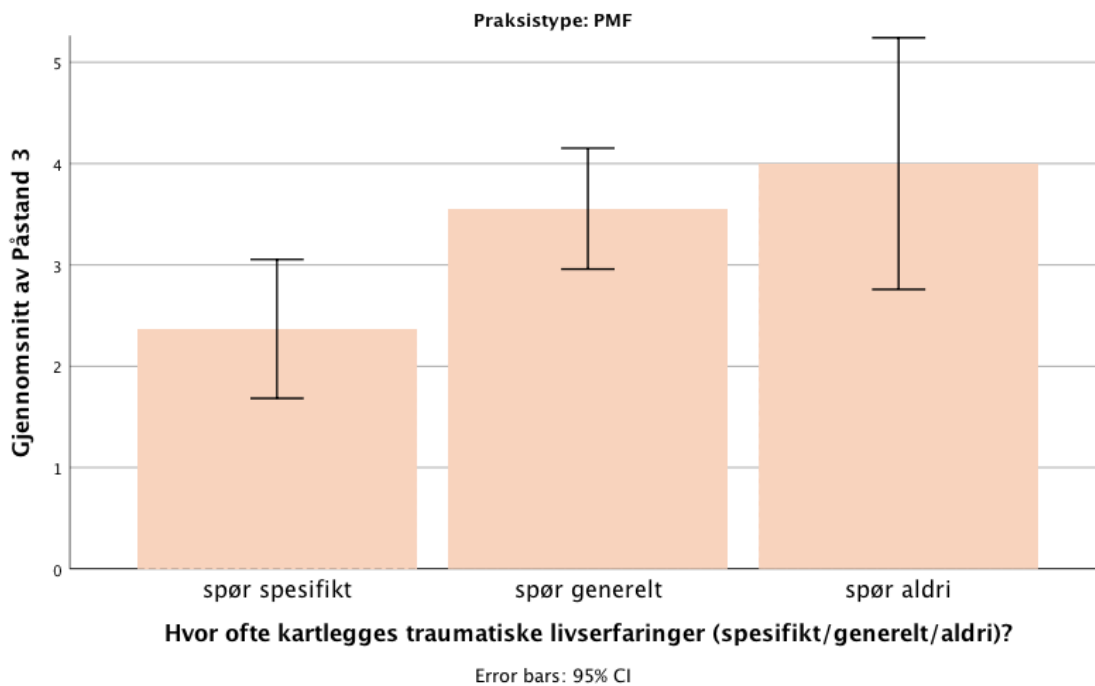
I subgruppen *Allmenn* var det én signifikant assosiasjon. Det var samme uavhengige variabel, *Påstand 1*, som i samvariasjonsanalysen for *kartleggingsvariabel A* og med samme retning på korrelasjonskoeffisienten ($r_s = -0,363$). Dette betyr at jo mer relevant allmennfysioterapeutene anså traumatiske livserfaringer å være for behandlingen av langvarige muskelskjelettsmerter, jo mer sannsynlig var det at de kartla spesifikt rundt traumatiske livserfaringer hos pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter.

Manuellterapeuter (MT)

I subgruppen *MT* var det to signifikante assosiasjoner for *kartleggingsvariabel B*. Retningen på korrelasjonskoeffisientene var den samme for begge de signifikante assosiasjonene; *påstand 3* ($r_s = -0,372$) og *påstand 6* ($r_s = -0,397$). Dette indikerer at jo mer manuellterapeutene opplevde at de hadde tilstrekkelig kompetanse i screeningverktøy (*påstand 3*), jo mer sannsynlig var det at de kartla traumatiske livserfaringer mer spesifikt. Korrelasjonskoeffisienten for *påstand 6* viser at jo mer manuellterapeutene ønsket ytterligere kompetanse i det å avdekke traumatiske livserfaringer, jo mer sannsynlig var det at de kartla traumatiske livserfaringer mer spesifikt.

Psykomotoriske fysioterapeuter (PMF)

For psykomotoriske fysioterapeuter var det tre signifikante assosiasjoner i samvariasjonsanalysene for *kartleggingsvariabel B*. To av variablene var de samme uavhengige variablene som ved samvariasjonsanalysene for *kartleggingsvariabel A*. Retningen på korrelasjonskoeffisienten samsvarte også for disse variablene, slik at *kartleggingsvariabel A* og *kartleggingsvariabel B* fikk samme signifikante assosiasjoner for *påstand 2* ($r_s=-0,362$) og *påstand 4* ($r_s=-0,401$). Disse korrelasjonskoeffisientene viser at jo mer opptatt psykomotoriske fysioterapeuter var av at deres faggruppe hadde en rolle i det å avdekke traumatiske livserfaringer (*påstand 2*) eller opplevde at de hadde tilstrekkelig kompetanse i anamneseopptak (*påstand 4*), jo større sannsynlighet var det for at de kartla spesifikt. Tabell 4 – 3 viser en ny signifikant assosiasjon for *kartleggingsvariabel B*. *Påstand 3* «Jeg opplever at jeg har tilstrekkelig kompetanse i bruk av screeningverktøy for å avdekke traumatiske livserfaringer og nåværende stressreaksjoner og tilstander tilknyttet disse livserfaringene hos pasientene.» ble signifikant i samvariasjonsanalysene. Samvariasjonen er presentert i figur 4-9, og viser at jo mer de psykomotoriske fysioterapeutene opplevde at de hadde tilstrekkelig kompetanse i bruk av screeningverktøy, jo større sannsynlighet var det at de kartla traumatiske livserfaringer spesifikt. Den grafiske fremstillingen avdekker også at for de psykomotoriske fysioterapeutene som kartla *generelt* eller *aldri* så var gjennomsnittet av verdien over 3, noe som antyder at gjennomsnittet i subgruppen *PMF* har kryssert av at de er uenig i påstanden om at de har tilstrekkelig kompetanse i bruk av screeningverktøy.



(Helt enig=1 Litt enig=2 Nøytral=3 Litt uenig=4 Helt uenig= 5)

Figur 4-9 PMF: Samvariasjon mellom påstand 3 og kartleggingsvariabel B ($r_s = -0,444$).

4.4.3 Hvilke årsaker kan ligge til grunn dersom avtalefysioterapeuter velger å ikke kartlegge mulige traumatiske livserfaringer hos pasienter med langvarig muskelskjelettsmerter?

Resultatene i spørreundersøkelsen tydet på det var to grupperinger blant respondentene som svarte på utsagnsspørsmålene knyttet til mulige årsaker for ikke å kartlegge traumatiske livserfaringer hos pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter. Disse funnet var knyttet til *kartleggingsvariabel A* som så på hvor ofte traumatiske livserfaringer ble kartlagt. De respondentene som hadde svart på utsagnsspørsmål knyttet til mulig årsaker for ikke å kartlegge, var de som *vanligvis* kartla og de som *aldri* kartla. I dette kapittelet vil kun svarene på utsagnsspørsmålene for respondentene som *aldri* kartla presenteres. Dette fordi det var ønskelig å se nærmere på mulige årsaker for de som aldri kartla. Dette gjaldt 11 allmennfysioterapeuter, 9 manuellterapeuter og 4 psykomotoriske fysioterapeuter. Utsagnsvariablene på årsaker er fremstilt i tabell 4-4 ved å bruke gjennomsnittet av verdien som respondentene oppgav på likertskala, der *helt enig* korresponderer med verdien 1 og *helt uenig* tilsvarer

verdien 5. Verdien 3 var *nøytral*. Lave gjennomsnittsverdier (under 3) representerer høy grad av enighet, og høye gjennomsnittsverdier (over 3) representerer høy grad av uenighet. For å representere årsakene som ble vektlagt i de ulike subgruppene, er utsagnvariablene med verdier under 3 er presentert. Alle utsagnene med tilhørende verdier er fremstilt i tabell 4-4.

Utsagnet med lavest gjennomsnitt, og dermed den årsaken som ble vektlagt mest, var i subgruppen *Allmenn*. Utsagnet «Jeg har ikke kjennskap til kartleggingsverktøy som jeg kan bruke i min praksis» fikk en gjennomsnittsverdi på 1,9, noe som indikerer at allmennfysioterapeutene fremhevet at de ikke hadde kjennskap til kartleggingsverktøy som en årsak til at de valgte å ikke kartlegge traumatiske livserfaringer. Dette utsagnet var også en av årsakene subgruppen *MT* (gjennomsnittsverdi på 2,4) og subgruppen *PMF* (gjennomsnittsverdi på 2,8) vektla i listen av utsagn. Dette tyder på at også for manuellterapeutene og de psykomotoriske fysioterapeutene var manglende kjennskap til kartleggingsverktøy en bidragende faktor til at de valgte å ikke kartlegge.

Utsagnet «Jeg opplever jeg ikke har kompetanse til å kartlegge traumer» fikk gjennomsnittsverdien 2,2 hos subgruppen *MT* og 2,3 hos subgruppen *Allmenn*. Dette indikerer at opplevd manglende kompetanse er en bidragende faktor til at allmennfysioterapeutene og manuellterapeutene valgte å ikke kartlegge traumatiske livserfaringer.

Utsagnet «Jeg føler jeg ikke har kompetanse til å ivareta pasienten om de skulle få reaksjoner på en kartlegging.» ble kun vektlagt hos subgruppen *Allmenn*. Dette indikerer at for allmennfysioterapeutene kan opplevd manglende kompetanse til å ivareta pasientene i en kartlegging, bidra til at de valgte å ikke kartlegge traumatiske livserfaringer.

Utsagnet «Jeg tenker pasienten får fortelle hva som er relevant for dem.» ble vektlagt av alle subgruppene som relevant for at de valgte å ikke kartlegge. Dette kan tyde på at allmennfysioterapeuter, manuellterapeuter og psykomotoriske fysioterapeuter alle er opptatte av at pasientene selv skal få fortelle hva som er relevant for sine langvarige

muskelskjelettsmerter, og at dette fører til at de ikke kartlegger traumatiske livserfaringer hvis ikke pasienten selv nevner dette i kartleggingen. En manuellterapeut skrev: *«Jeg synes at første gangs anamnese/ undersøkelse kan være for tidlig å spørre pasienten om disse tingene. Min opplevelse er at det er lettere å spørre når man har blitt noe mer kjent og ikke minst at pasienten har fått tillit til deg. Ofte kommer da også denne informasjonen uten at man behøver å spørre.»*

Tabell 4-4 viser at subgruppen *PMF* stort sett har høyere gjennomsnittsverdier enn de andre subgruppene. Dette indikerer at psykomotoriske fysioterapeuter var mindre enig med årsaks-utsagnene som var oppgitt, enn hva allmennfysioterapeutene og manuellterapeutene var. Flere av de psykomotoriske fysioterapeutene benyttet seg av kommentarfeltet på denne delen av spørreskjemaet, og der fremkom årsaker som ble vektlagt hos de enkelte. En psykomotorisk fysioterapeut utdypet i kommentarfeltet *«Kommer an på henvisningsgrunn, og jeg tenker av og til at det kan hende at det kommer noe etterhvert når de har blitt trygge. Det kommer også litt an på den enkelte pasient, om det er naturlig ut fra tematikk.»* En annen psykomotorisk fysioterapeut skrev: *«Det er et dilemma det at man arbeider alene. Ikke alltid enkelt å koble på dps og fastlege om det skulle oppstå behov for det. Blir ofte mye merarbeid ved avdekking av traumatiske opplevelser.»* En tredje psykomotorisk fysioterapeut kommenterte: *«Opplever at vi får avdekt traumer, men at det er viktig å ikke stresse det i første møte. Det kan bli for voldsomt for pasienten og føre til at pasienten kanskje ikke kommer tilbake. Viktig å være sensitiv for pasienten sin respons, ta signaler. Av og til kan en skjønne at det er "noe", men at relasjonen må bli tryggere før vi kan snakke om det.»*

Tabell 4-4 Oversiktstabell med gjennomsnittsverdier på utsagnsspørsmål om mulige årsaker til å ikke kartlegge traumatiske livserfaringer, for de ulike subgruppene.

Utsagnsvariabler	Allmenn (11/10)*	MT (9/8)**	PMF (4)
Jeg møter ikke pasienter med traumer i min praksis	3,7	4,1	5,0
Jeg tenker pasienten får fortelle hva som er relevant for dem	2,7	2,8	2,8
Jeg mener at det ikke er min oppgave å kartlegge traumer	3,7	3,6	4,0
Jeg føler ubehag ved å spørre pasienten om noe som kan være så vanskelig/vondt for dem	3,4	3,3	4,5
Jeg er redd for å trigge en alvorlig reaksjon til pasienten	3,6	4,0	4,0
Jeg opplever jeg ikke har kompetanse til å kartlegge traumer	2,3	2,2	3,5
Jeg føler jeg ikke har kompetanse til å ivareta pasienten om de skulle få reaksjoner på en kartlegging	2,9	3,0	3,3
Jeg har ikke kjennskap til kartleggingsverktøy som jeg kan bruke i min praksis	1,9	2,4	2,8

* Én i subgruppen allmenn hadde ikke svart på utsagnet «Jeg opplever jeg ikke har kompetanse til å kartlegge traumer».

** Én i subgruppen MT har ikke svart på utsagnet «Jeg er redd for å trigge en alvorlig reaksjon til pasienten».

(verdier under 3 er uthevet med sterkere farge og fet skrift)

5 Diskusjon

I dette kapittelet vil studiens resultater diskuteres opp mot forskning og teori, for å utgreie problemstillingen:

Hvordan foregår avtalefysioterapeuters kartlegging av pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter og mulige traumatiske livserfaringer?

Forskningsspørsmålene har vært fordypningen i problemstillingen og bidratt til å belyse hvordan avtalefysioterapeuters kartlegging foregår. Forskningsspørsmålene beholdes derfor som overskrifter for å skape struktur i argumentene og drøftingen rundt avtalefysioterapeuters kartlegging av pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter og mulige traumatiske livserfaringer. Studiens styrker og svakheter adresseres sist i kapittelet.

5.1 Hvilke kartleggingsrutiner har avtalefysioterapeuter for pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter?

Resultatene viste at fåtallet av allmennfysioterapeuter og psykomotoriske fysioterapeuter brukte skjema til å kartlegge. Dette stemmer overens med det Man, Kumar, Jones & Edwards (2019) fant i sin tverrsnittstudie. Der rapporterte fysioterapeutene at de opplevde moderat kompetanse innen en psykososial praksis, men mindre kompetanse på bruk av kartleggings-skjema. En av de psykomotoriske fysioterapeutene trakk frem i kommentarfeltet at skjemabruk kunne forstyrre relasjonsbygging og samspill i starten på et behandlingsforløp. Pasienters tidligere dårlige erfaring med skjemaregistrering hos psykolog påvirket denne psykomotoriske fysioterapeuten på en slik måte at det ble valgt å utforske en eventuell kartlegging med skjema først når relasjonen var etablert. En annen psykomotorisk fysioterapeut kommenterte at bruk av skjema til kartlegging ikke samsvarte med psykomotorisk grunnlagstenkning, da respondenten mente at skjema behandler pasienten og kroppen som et objekt. Dette kan være årsaker til at flere psykomotoriske fysioterapeuter valgte å ikke bruke skjema i sine kartleggingsrutiner. Manuellterapeutene kartla med bruk av skjema i større grad, og det var psykososiale faktorer som ble kartlagt hyppigst. Dette henger nok sammen med utviklingen av skjemaer som *Ørebro screeningskjema for muskelskjelettsmerter* og *Start Back Screening Tool* som begge klassifiserer psykososiale

risikofaktorer når det kommer til belastningsnivå og kronifiseringspotensiale hos pasienten. Keefe, Main & George (2018) nevner også at ved usikkerhet rundt betydningen av psykologiske symptomer, kan psykiatriske screeningverktøy benyttes for å støtte den kliniske resonneringen. Bruk av kartleggings skjema som supplement for fysioterapeuters egne vurderinger anbefales av flere studier (Beales et al, 2016, Keefe et al, 2018 og Haggman, Maher & Refshauge, 2004).

Resultatene viser at psykomotoriske fysioterapeuter kartla mest og flest områder når det kom til kartlegging gjennom samtale. En studie som så på hvilke pasienter som gikk til fysioterapeut i primærhelsetjenesten, fant at pasienter som oppsøker psykomotoriske fysioterapeuter hadde lengre varighet på plagene, flere smerteområder, høyere skåre på risiko for langvarige plager og høyere nivå av psykisk stress (Meisingset et al, 2018). Det at psykomotoriske fysioterapeuter møter en pasientgruppe med større belastning og sårbarhet, kan ha stor innvirkning på både hva de kartlegger og hvordan de kartlegger. Tidsbruk kan også bidra i kartleggingsforskjellene mellom allmennfysioterapeuter, manuellterapeuter og psykomotoriske fysioterapeuter. Psykomotoriske fysioterapeuter har fagtradisjoner med konsultasjoner på én times varighet, samt pasienter som trenger lengre behandlingsforløp. Flere studier trekker frem tidsbegrensninger som barriere for biopsykososial praksis og kartlegging (Holopainen et al, 2020, Man et al, 2019, Zangoni & Thompson, 2017, Driver, Opreescu & Lovell, 2020). Driver, Kean, Opreescu & Lovell (2016) fant i sin systematiske oversikt to barrierer for å inkludere psykologiske perspektiver knyttet til tid; 1) tidsbegrensninger i konsultasjonen pga. mange pasienter i løpet av en dag og 2) det opplevde behovet for å prioritere praktiske tiltak grunnet begrenset tid per konsultasjon.

Ett av områdene der det var størst forskjell mellom avtalefysioterapeutene var kartlegging av traumatiske livserfaringer. Innen disse kategoriene kartla de psykomotoriske fysioterapeutene både mer spesifikt og oftere enn allmennfysioterapeuter og manuellterapeuter. Psykomotoriske fysioterapeuter kartla i også i større grad innen psykiatri og oppvekstforhold, og de kartla mer rundt følelser og affektbevissthet, og bruk av rus og stimulantia. Det er sannsynlig at psykomotorisk

fysioterapis fagtradisjoner der fenomenologien (Merleau-Ponty, 1994) har hatt sterk påvirkning av kroppsforståelsen, også påvirker hva psykomotoriske fysioterapeuter kartlegger. Psykomotoriske fysioterapeuter skiller seg i så måte fra fysioterapeuter med en grunnleggende biomedisinsk og biomekanisk forståelse av kropp, og dette påvirker hva de samler av informasjon i pasientmøter (Thornquist, 2006). Psykomotoriske fysioterapeuters faglige forankring og forståelse av kroppen som erfarende og formidlende gjør at informasjon fra kroppen forfølges i samtalen, og informasjon fra samtalen forfølges i kroppsundersøkelsen. Dette fører til at aspekter fra kroppsundersøkelse, behandling og samtale bindes sammen og øker bredden og dybden på kartleggingen. Dette understrekes av en av de psykomotoriske fysioterapeutene som kommenterte at hun var opptatt av å få informasjon om alle kategoriene som var listet opp i spørreskjemaet, men at hun lot pasienten fortelle eller spurte underveis i behandlingen. En annen psykomotorisk fysioterapeut understreket sin faglige forankring igjennom å kommentere at alle kartleggingspunktene i spørreskjemaet ble inkludert slik hun samtalte og var i dialog med pasienten. Respondenten beskrev at hun søkte en varhet for når de ulike temaene skulle introduseres. Hun fortalte at hun tenker ikke "rutinemessig kartlegging", men en situasjonsbestemt praksis. Dette fordi mange pasienter har ikke språk for f.eks. traumer ved første møte. I en psykologisk informert praksis for pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter kan bruken av effektive samtalemetoder gi et godt utgangspunkt for å forbedre fysioterapeutens evne til å forstå og behandle pasienten (Keefe et al, 2018). Klok bruk av verbale og nonverbale ferdigheter kan hjelpe pasientene med å formidle sine egne historier, og kan identifisere områder som kan påvirke behandlingsforløp (Keefe et al, 2018). Fåtalet av allmennfysioterapeuter og manuellterapeuter spurte spesifikt om pasientenes traumatiske livserfaringer. Det var også kun en liten andel av allmennfysioterapeuter og manuellterapeuter som kartla psykososiale oppvekstforhold. Dette drøftes ytterligere i kapittel 5.2 som omhandler hvilke forhold som påvirker avtalefysioterapeuters kartlegging av traumatiske livserfaringer for pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter. Forekomsten av traumatiske livserfaringer i oppveksten (ACE) er så høyt forekommende og har så store konsekvenser for utviklingen av uhelse at Ranjbar & Erb (2019) argumenterer for at alt helsepersonell innen rehabilitering trenger kompetanse og ferdigheter for å adressere

traumatiske livserfaringer i oppvekst som en underliggende bidragsyter til den plagen behandlingen oppsøkes for. Assosiasjonen mellom traumatiske livserfaringer og langvarige muskelskjelettsmerter trekkes frem i flere studier (Afari et al, 2014, Burke, Finn, McGuire, & Roche, 2016, Siqveland et al, 2017, Brennstuhl et al, 2014). De påpeker at spesifikke traumatiske livserfaringer på ulikt vis knyttes til utvikling av ulike langvarige smertetilstander. Livserfaringene og smertene slik de presenteres i kroppen trenger derfor å kartlegges og knyttes sammen, så de blir tydelig og sammenhengende som meningsbærende, ansvarliggjørende og endringsmotiverende for pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter. Det å kartlegge spesifikt er derfor betydningsfullt når det kommer til traumatiske livserfaringer. Traumatiske livserfaringer er knyttet til aktivering av biologisk stress uten at individet trenger å få med seg sin egen stressrespons eller hva som har utløst den (Ranjbar & Erb, 2019, LeDoux & Pine, 2016). Dette kan føre til at pasienten selv ikke får med seg eller forstår konsekvensene av egne traumatiske livserfaringer, og dermed ikke ser livserfaringer i sammenheng med sine kroppslige plager (Peters, 2019). Man kan derfor anta at det ikke er tilstrekkelig å kartlegge generelt for traumer, men at man som fysioterapeut trenger kompetanse og ferdigheter til å spesifikt forfølge informasjon i samtale og kroppsundersøkelse for å adekvat adressere sammenhengene mellom traumatiske livserfaringer og langvarige muskelskjelettsmerter. Selv om fåtallet av allmennfysioterapeuter og manuellterapeuter kartla spesifikt for traumatiske livserfaringer, var det flere som generelt spurte om pasienten hadde opplevd traumer. Dette tyder på at flere allmennfysioterapeuter og manuellterapeuter ønsker informasjon om traumatiske livserfaringer når de møter pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter. Dette understrekes også av svarene på *Påstand 1* i denne studien «Jeg anser pasientens traumatiske livserfaringer og nåværende stressreaksjoner og tilstander tilknyttet disse livserfaringene som relevant for behandlingen når pasienter oppsøker meg med langvarige muskelskjelettsmerter.». Selv om denne variabelen kun var assosiert med kartleggingsvariablene for subgruppen *Allmenn*, krysset bortimot alle respondentene i alle subgruppene av for at de var ulike grader av enig i denne påstanden. Dette tyder på at avtalefysioterapeutene som deltok i denne studien opplevde at traumatiske livserfaringer var relevant når pasienter oppsøkte dem med langvarige

muskelskjelettsmerter, selv om de ikke nødvendigvis kartla disse livserfaringene i møte med pasientene.

Flere studier har understreket fysioterapeuters (Synnott et al, 2015, Singla et al, 2015 og Zangoni & Thompson, 2017) og manuellterapeuters (Oostendorp et al, 2015) manglende evne til å vurdere enkelte psykologiske og psykososiale faktorer.

Resultatene i denne studien antyder at en stor andel av allmennfysioterapeuter, manuellterapeuter og psykomotoriske fysioterapeuter kartla innen områdene sosialt nettverk og relasjoner, psykososiale forhold på jobben, samt angst og depresjon. Dette tyder på at norske fysioterapeuter kartlegger områder som ansees som betydningsfulle i en biopsykososial tilnærming når det kommer til langvarige smerter og mulige traumatiske livserfaringer. Denne studien så derimot ikke på fysioterapeuters vurderinger av kartleggingsområder, og hvordan dette implementeres i behandlingsforløpene. Haggman et al (2004) fant i sin studie at fysioterapeutene hadde vanskeligheter med å identifisere symptomer knyttet til depresjon, selv symptomer knyttet til alvorlig depresjon, på tross av at dette var en pasientgruppe de jevnlig møtte. De anbefalte derfor bruk av screeningskjema slik at fysioterapeutene oppdaget symptomer på depresjon som hadde betydning for både behandlingsforløp og eventuell videre henvisning. En studie som inkluderte svenske fysioterapeuter fant at fysioterapeutene var svært bevisst på viktigheten av psykososiale faktorer, men at de i liten grad var klar over hvilke faktorer som var viktige (Overmeer, Linton & Boersma, 2004). En annen studie fant at fysioterapeutene begrenset de psykososiale faktorene til å kun inkludere de som kunne forsinke tilhelingsprosesser eller bidra til kronifisering (Singla et al, 2015). Brunner et al (2018) fokuserte på fysioterapeuters evne til å vurdere psykologiske faktorer og hvor kompetent de følte seg i møte med pasienter med langvarige korsryggssmerter. De fant at fysioterapeuter ikke var spesielt treffsikre når det kom til å identifisere psykologiske faktorer, og at den egenopplevde kompetansen var lavest i møte med de pasientene som fremsto mest belastet. Ett av funnene fra Driver et al (2016) var at fysioterapeuter trengte og etterlyste kursing og veiledning for å erverve seg den kunnskapen de ikke hadde fått igjennom sin bachelor- eller masterutdanning. En av Connaughton & Gibson (2016) anbefalinger var at det burde prioriteres å ansette fysioterapeuter med kunnskap, ferdigheter og videreutdanning

innen psykisk helse. Dette for å veilede og undervise andre fysioterapeuter slik at flere fysioterapeuter benytter seg av en biopsykososial tilnærming, og utøver en praksis der alle aspekter er integrert i hele behandlingsforløpet. Ser man på den teoretiske populasjonen i HELFOs register (figur 3-1) er psykomotoriske fysioterapeuter i fåtall sammenlignet med andre avtalefysioterapeuter. De representerer også kun en liten brøkdel av antallet sammenlagt. Øyehaug, Paulsen, Vøllestad & Robinson (2019) fant i sin studie at psykomotoriske fysioterapeuter hadde størst press på tjenesten i form av lengst ventelister. Det er nok derfor ikke sannsynlig at man med nåværende bemanning kan henvende seg til de psykomotoriske fysioterapeutene for å veilede og undervise andre fysioterapeuter i tråd med Connaughton & Gibsons (2016) anbefalinger og Driver et als (2016) funn om at fysioterapeuter etterlyste kursing og veiledning. I denne studien fant jeg at ønsket om mer kompetanse i det å avdekke traumatiske livserfaringer var noe som ble vektlagt som viktig for alle subgruppene i møte med pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter. Om studiens funn er representativt for den øvrige populasjonen av avtalefysioterapeuter vil det å tilrettelegge for kompetanseheving på dette området, både være i tråd med forskningen, og avtalefysioterapeutenes ønsker.

5.2 Hvilke forhold påvirker avtalefysioterapeuters kartlegging av traumatiske livserfaringer for pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter?

I denne studien ble det ikke funnet noen assosiasjoner mellom kartlegging av traumatiske livserfaringer og de demografiske variablene inkludert i denne studien; kjønn, alder, praksislengde som fysioterapeut og praksislengde som avtalefysioterapeut. Dette samsvarer med funn Man et al (2019) har i sin tverrsnittstudie der de ikke fant noen assosiasjoner mellom demografiske variabler og en psykososial praksis. Man skulle kanskje tro at kjønn, alder, praksislengde som fysioterapeut og avtalefysioterapeut påvirker kartlegging av traumatiske livserfaringer, men resultatene i denne studien tyder på det motsatte, og bekrefter dermed Man et als (2019) funn.

De øvrige resultatene for dette forskningsspørsmålet viser at det er ulike forhold som påvirker de ulike avtalefysioterapeutene. Disse forholdene vil diskuteres under hver

påstand som i analysene ble funnet relevant for kartlegging av traumatiske livserfaringer.

Påstand: «Jeg anser pasientens traumatiske livserfaringer og nåværende stressreaksjoner og tilstander tilknyttet disse livserfaringer som relevant for behandlingen når pasienter oppsøker meg med langvarige muskelskjelettsmerter.»

For allmennfysioterapeutene ble påstanden om at de anså traumatiske livserfaringer som relevant for behandlingen vektlagt som betydningsfull for kartlegging av traumatiske livserfaringer. Dette ble kun funnet som en signifikant korrelasjon for allmennfysioterapeuter. Synnott et al (2015) fremhevet at en bevissthet om psykososiale bidragsfaktorer ikke nødvendigvis førte til en endring i hvordan fysioterapeutene møtte pasientene i klinikken. Hos allmennfysioterapeutene derimot tyder denne assosiasjonen på at en bevissthet rundt traumatiske livserfaringers relevans er med på å påvirke hva de kartlegger i klinikken.

Påstand: «Jeg tenker min faggruppe har en rolle å spille i det å avdekke traumatiske livserfaringer og nåværende stressreaksjoner og tilstander tilknyttet disse livserfaringene hos pasientene.»

For manuellterapeuter og psykomotoriske fysioterapeuter var denne påstanden om faggruppen de tilhørte hadde en rolle i det å avdekke traumatiske livserfaringer relevant for om de kartla traumatiske livserfaringer. Holopainen et al (2020) ønsker seg en diskusjon på fagroller når det kommer til fremtidig biopsykososial tilnærming og utdanning av fysioterapeuter innen et biopsykososialt rammeverk. Resultatene i denne studien kan tyde på at faggruppens identitet og ansvarsområde er betydningsfull når det kommer til kartlegging av traumatiske livserfaringer for manuellterapeuter og psykomotoriske fysioterapeuter. Her er det også interessant å se på fagorganisatoriske tradisjoner innad i Norsk fysioterapeutforbund for de ulike subgruppene.

Manuellterapeutene og de psykomotoriske fysioterapeutene har faghistorisk hatt egne faggrupper i organisasjonen, mens allmennfysioterapeutene har en breddekompetanse som hittil ikke har vært representert i en organisatorisk faggruppe. Man kan kanskje anta at dette påvirker allmennfysioterapeutene i denne påstanden. Der rollen de innehar ikke er like avgrenset som hos manuellterapeutene og de psykomotoriske

fysioterapeutene pga. bredden i kompetansen de besitter, og det at de ikke har tilhørighet til en egen faggruppe i organisasjonen. Driver et al (2016) trekker frem flere aspekter knyttet til dette med roller som er relevant for å implementere psykologiske tilnærminger for fysioterapeuter. Der pasientens og samfunnets opplevelse av fysioterapeutens rolle også spiller inn. Psykomotoriske fysioterapeuter og manuellterapeuter er begge retninger innen fysioterapi på masternivå, og med egne takster tilknyttet denne kompetansen. Det kan tenkes at den spesialiserte rollen disse fysioterapeutene har i samfunnet, støtter oppunder fysioterapeutenes egen identitet og rolle som noen som utreder mer komplekst tilknyttet langvarige muskelskjelettsmerter, og at dette påvirker kartleggingen av traumatiske livserfaringer.

Påstand: «Jeg opplever at jeg har tilstrekkelig kompetanse i bruk av screeningverktøy for å avdekke traumatiske livserfaringer og nåværende stressreaksjoner og tilstander tilknyttet disse livserfaringene hos pasientene.»

For manuellterapeuter og psykomotoriske fysioterapeuter var opplevd kompetanse i screeningverktøy vektlagt som betydningsfullt for ulike kartleggingsvariabler. For manuellterapeutene var både hvor ofte og hvor spesifikt de kartla traumatiske livserfaringer assosiert med kompetansen de opplevde i bruk av screeningverktøy. For psykomotoriske fysioterapeuter var kun opplevd kompetanse i screeningverktøy assosiert med hvor spesifikt de kartla, ikke hvor ofte. Det er spennende å se dette i lys av forrige forskningsspørsmål som så på avtalefysioterapeutenes kartleggingsrutiner, der kun en liten prosentandel av psykomotoriske fysioterapeuter benyttet seg av kartleggingsskjema. Det er mulig at en økt kjennskap og kompetanse til screeningverktøy stimulerte til økt kartlegging av traumatiske livserfaringer, på tross av de valgte å ikke benytte seg av kartleggingsskjema, men heller forfulgte kartleggingen i samtale. Det er også mulig at opplevd kompetanse i screeningverktøy gjenspeiler en generell kartleggingskompetanse hos psykomotoriske fysioterapeuter, og at dette bidro til at de kartla traumatiske livserfaringer mer spesifikt. Singla et al (2015) trekker frem at respondentene i deres studie uttrykte at kjennskap og tilgang på screeningverktøy som var enkle og relevante for deres praksis ville hjelpe deres vurderinger. Dette kan være relevant for manuellterapeutene og de psykomotoriske fysioterapeutene i denne studien også. Der de avtalefysioterapeutene som opplevde at de hadde tilstrekkelig

kompetanse i screeningverktøy, vurderte og vekta kartlegging av traumatiske livserfaringer høyere enn de som opplevde å ikke ha tilstrekkelig kompetanse.

Påstand: «Jeg opplever at jeg har tilstrekkelig kompetanse under anamneseopptak til å avdekke traumatiske livserfaringer og nåværende stressreaksjoner og tilstander tilknyttet disse livserfaringene hos pasientene.»

Tilstrekkelig opplevd kompetanse under anamneseopptak var en påstand som kun påvirket psykomotoriske fysioterapeuters kartlegging av traumatiske livserfaringer. Jo, tryggere de psykomotoriske fysioterapeutene var på sin kompetanse under anamneseopptak, jo mer sannsynlig var det at de både kartla og kartla mer spesifikt vedrørende traumatiske livserfaringer. Kompetanse rundt samtale, og verbale og nonverbale ferdigheter trekkes frem av Keefe et al (2018) som betydningsfullt for å hjelpe pasientene med å fortelle sine historier og identifisere faktorer som kan påvirke behandlingsforløp. Dette er også ferdigheter som styrker relasjonen mellom terapeut og pasient (Keefe et al, 2018). Flere psykomotoriske fysioterapeuter understreket fokuset de hadde på samtalen og relasjonen i kommentarfeltene til denne studien, så at dette er en påstand som vektlegges som betydningsfull for kartlegging er kanskje som forventet.

Påstand: «Jeg ønsker mer kompetanse om det å avdekke traumatiske livserfaringer og nåværende stressreaksjoner og tilstander tilknyttet disse livserfaringene hos pasientene.»

For manuellterapeutene var det å ønske mer kompetanse om å avdekke traumatiske livserfaringer assosiert med at de kartla disse livserfaringene. Dette tyder på at ønsket om å lære mer innen området påvirker kartleggingen positivt. Connaughton & Gibson (2016) så i sin studie på om fysioterapeuter hadde ferdigheter til å adressere det «psykologiske» i en biopsykososial tilnærming. Fysioterapeutene i undersøkelsen følte seg utilstrekkelig i sin tilnærming, men uttrykte også ønsket om å lære mer om fysioterapi og mental helse. Resultatene i min studie fant både at en stor andel av manuellterapeutene ønsket mer kompetanse om å avdekke traumatiske livserfaringer, men også at selve ønsket om å lære mer førte til at det var en større sannsynlighet for at de kartla traumatiske livserfaringer. Dette kan nok også gjenspeile at interessen for

traumatiske livserfaringer påvirker kartlegging av disse livserfaringene for manuellterapeutene.

5.2.1 Hva kan ligge til grunn for at avtalefysioterapeuter velger å ikke kartlegge traumer i møte med pasienter med langvarig muskelskjelettsmerter?

Opplevd manglende kompetanse og ikke kjennskap til kartleggingsverktøy ble trukket frem som de årsakene allmennfysioterapeuter og manuellterapeuter vektla mest i valget om å ikke kartlegge traumatiske livserfaringer hos pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter. Opplevd manglende kompetanse er noe som trekkes frem som en barriere i flere lignende studier som ser på implementering av psykososiale aspekter i fysioterapi praksis (Holopainen et al., 2020, Driver et al, 2016, Singla et al, 2015). I Singla et als (2015) studie trakk også en av respondentene fram at han kunne tenkt seg et kartleggingsverktøy han bare kunne gi til pasienten, så han slapp å spørre pasienten om psykososiale tema i undersøkelsen. Driver et al (2016) fant tre temaer som pekte seg ut knyttet til manglende kompetanse; 1) manglende undervisning og praksis, spesielt på grunnutdanningsnivå, 2) manglende kunnskap om hva man kunne gjøre og når man burde gjøre det og 3) manglende praktiske ferdigheter for å iverksette tiltak i praksis. Waksvik (2018) skriver at vold, overgrep og omsorgssvikt i barndommen er de største risikofaktorene for ulike typer uhelse, og et av våre største folkehelseproblemer. Psykologspesialist og forsker, Dag Øystein Nordanger, forteller i Waksviks artikkel (2018) at det er et paradoks at dette ikke gjenspeiles i utdanningene. Han mener at kunnskap om traumatiske livserfaringer i altfor liten grad er inkludert i grunnutdanningen innen helse- og sosialfagene, medisin og psykologi, og denne kunnskapen må inn i pensum (Waksvik, 2018). I 2019 ble traumatiske livserfaringer for første gang inkludert i retningslinjene for fysioterapiutdanningene i Norge (Kunnskapsdepartementet, 2019). Fysioterapistudentene som startet høsten 2020 blir det første kullet der traumatiske livserfaringer skal inkluderes i kunnskapsgrunnlaget. Læringsmålene er knyttet til både generell kompetanse og spesifikke ferdigheter. De skal uteksamineres med generell kunnskap om hvordan traumatiske livserfaringer påvirker kropp, bevegelse og funksjon, og spesifikke ferdigheter innen undersøkelse, vurdering, diagnostisering og tiltak

tilknyttet denne problematikken. I sin fagartikkel om fysioterapi praksis overfor sårbare brukergrupper trekker Sylliaas, Svendsen, Langaas & Eik (2020) frem de nye nasjonale retningslinjene for fysioterapiutdanningen, sammen med de nye felles retningslinjene for alle helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS). De problematiserer at selv om retningslinjene foreligger, så er det ikke konsensus på hvilke tema som skal inkluderes. Foreløpig foreligger verken læringsplaner eller pensumlister knyttet til de nye retningslinjene. I mai 2015 kom den første stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten; *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*, der det understrekes at «pasientens behov skal settes i sentrum for å utvikling og endring av helse- og omsorgstjenesten» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014-2015, s. 9). Helse- og omsorgsdepartementet (2014-2015, s. 14) beskriver videre at «Kompleksiteten og bredden i de oppgavene kommunene skal ivareta har økt gradvis over tid.», og at «Utviklingen stiller økte krav både til kapasitet og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det er ikke bare behov for personell med mer kompetanse, men delvis også med en annen kompetanse.». Det at traumatiske livserfaringer nå inkluderes på fysioterapiutdanningen gjenspeiler dette behovet om både mer og annen kompetanse i primærhelsetjenesten.

Det var kun en liten andel av de psykomotoriske fysioterapeutene som ikke kartla traumatiske livserfaringer. Årsakene de psykomotoriske fysioterapeutene oppgav var ønsket om å la pasienten få fortelle selv, og manglende kjennskap til kartleggingsverktøy. Dette var også årsaker som var av betydning for allmennfysioterapeutene og manuellterapeutene. Ønsket om å la pasienten fortelle selv hva som er relevant for plagen de oppsøker fysioterapeut med, forutsetter en kompetanse de færreste pasienter har når det kommer til traumatiske livserfaringer (Peters, 2019). Mange traumatiske livserfaringer er heller ikke lagret i hukommelsen som episodiske minner som skaper historier som kan fortelles, men formidles gjennom kroppslige reaksjoner og tilstander (Van der Kolk, 2014). Det å velge å ikke kartlegge fordi man ønsker at pasienten selv forteller om sine traumatiske livserfaringer, vil derfor kunne føre til at disse livserfaringene ikke kartlegges selv om de kan være av betydning for pasientens plager.

Man et al (2019) fant i sin studie at «fear of opening a psychological issue which I cannot deal with adequately» ikke var en barriere for å stille spørsmål av psykososial art. I denne studien ble en lignende årsak inkludert: «Jeg føler jeg ikke har kompetanse til å ivareta pasienten om de skulle få reaksjoner på en kartlegging». Resultatene viser at dette var en årsak kun gjennomsnittet av allmennfysioterapeuter hadde vektlagt i sitt valgt om å ikke kartlegge traumatiske livserfaringer. Gjennomsnittet av manuellterapeuter var nøytrale og psykomotoriske fysioterapeuter vektla ikke denne årsaken som betydningsfull når det kom til valget om å ikke kartlegge traumatiske livserfaringer.

En annen årsak ble trukket frem av en av de psykomotoriske fysioterapeutene i kommentarfeltet. Der ble betydningen og sårbarheten av det at man arbeider alene tematisert, og vanskelighetene med å eventuelt koble på DPS og fastlege om det skulle oppstå behov for det under kartleggingen av traumatiske livserfaringer. Dette samsvarer med funn fra tilsvarende studier, og faller inn under det som refereres til som organisatoriske eller kontekstuelle barrierer, der manglende tilgjengelig samarbeidspartnere og nettverk trekkes frem som et hinder for psykososial kartlegging (Singla et al, 2015, Driver et al, 2020). Driver et al (2020) fant at manglende assistanse var et hinder for å inkludere psykososiale strategier i pasientmøtene. I manglende assistanse var både manglende støtte fra fastlegen, begrensede henvisningsmuligheter og manglende tilgang på psykologiske helsetjenester inkludert.

5.3 Studiens styrker og svakheter

Det å undersøke et felt og en faggruppe der man som forsker har tilhørighet er en utfordring. En av de største ulempene med dette er at «man som insider kan ha utviklet blinde flekker» (Jacobsen, 2018, s. 57). Mitt utgangspunkt som spesialist i psykomotorisk fysioterapi, med flerårig utdanning innen kroppslig traumebehandling og to tiår innen fagfeltet som kliniker, veileder og underviser, har vært med på å påvirke hele studien. Fra å forme studiens hensikt og spørreskjemaets innhold, til mine forventninger og nysgjerrighet knyttet til hva de ulike respondentene i subgruppene ville svare. Dette kan føre til at jeg har hatt en forutinntatt holdning til hvordan ting er, samt kan overse andre faktorer innen området jeg nå har undersøkt. Jeg har derfor

benyttet meg av et stort og mangfoldig nettverk med fysioterapeuter fra ulike faglig tilhørighet for å bevisstgjøre meg på temaet fra ulike ståsteder. Flere år med veiledning og undervisning innen temaet for ulike kategorier fysioterapeuter har gitt meg noe innsikt i de ulike fysioterapeutenes holdninger og utfordringer når det kommer til denne studiens fokus. Videre var pilottesten med direkte tilbakemeldinger fra de inkluderte faggruppene viktig og betydningsfull for å balansere og utfylle egne erfaringer og holdninger. Jeg har videre bevisstgjort meg på hvilke måter jeg er forutinntatt både ved å se på mine egne antagelser, men også ved å kritisk forholde meg til det jeg selv har skrevet. Ytterligere korrigerende og «nøytralisering» har blitt etterstrebet igjennom samtaler og diskusjoner med utøvere av andre felt og faggrupper, samt grundige og kontinuerlige litteratursøk innen fagfeltet det ble forsket på. Det kan dog være overveiende positive argumenter for å undersøke et område man kjenner godt til; man orienterer seg lettere informasjonsmessig, man kjenner til organisering og kultur bedre, og man vil som insider kunne møte større åpenhet enn en utenforstående (Jacobsen, 2018).

Det at jeg fra før av har så stor kjennskap til feltet jeg skriver om, har ført til at jeg har designet en studie som jeg tror kan være av verdi for videre utvikling av kartleggingsrutiner innen fysioterapi. Dataene som denne studien har generert kommer fra et tilfeldig utvalg fysioterapeuter i hele Norge, og vil kunne brukes i flere sammenhenger enn denne masteravhandlingen for å belyse aspekter rundt avtalefysioterapeuters kartlegging av pasienter med langvarig muskelskjelettsmerte og mulige traumatiske livserfaringer.

Dette er en masterstudie og representerer derfor en læringsprosess. Det er enkelte formuleringer i både informasjonsskriv og spørreskjema jeg ville endret og andre formuleringer som ble overflødige der jeg i studien valgte å avgrense tematikken. På tidspunktet informasjonsskrivet og spørreskjemaet ble designet trodde jeg fokuset skulle være på traumatiske livserfaringer og nåværende stressreaksjoner og tilstander tilknyttet disse livserfaringene. Dette er derfor en formulering som er gjentatt i informasjonsskrivet og spørreskjemaet. I ettertid ser jeg at den teoretiske forankringen og studien ble mer spisset på kartlegging og begrepet «traumatiske livserfaringer». Derfor ville formuleringen «nåværende stressreaksjoner og tilstander tilknyttet disse

livserfaringene» blitt strøket om jeg skulle gjort dette arbeidet på nytt i dag. Jeg ser også at jeg har brukt begrepet «traumehistorie» i avkryssningsspørsmålene, men nå hadde jeg nok valgt å ensidig bruke traumatiske livserfaringer som begrep for å skape mer kontinuitet i begrepsbruken. Jeg ville også ønsket å inkludere flere organisatoriske og kontekstuelle barrierer i utsagnsspørsmålene i spørreskjemaet, som kliniske tidsbegrensninger og mangel på samarbeidspartnere. Dette ble dog trukket frem av respondentene som relevante forhold i kommentarfeltet, og ble på denne måten allikevel inkludert i datamaterialet som er presentert og diskutert i denne studien. Men jeg ser i ettertid at jeg gjerne ville inkludert disse forholdene i samvariasjonsanalysene også.

«Avdekke» ble brukt som begrep for det å identifisere traumatiske livserfaringer. Dette er et begrep som brukes hyppig i litteraturen knyttet til det å kartlegge traumer og traumatisering hos pasienter. En av respondentene bemerket denne begrepsbruken, og forsto det slik at pasientens traumatiske livserfaringer skulle avsløres av terapeuten. Begrepet ble derfor noe brutalt i en sammenheng som krever både varhet og respekt. Jeg ser at begrepet avdekke kan brukes og forstås på flere måter. I denne studiens spørreskjema var avdekke ment å skulle representere prosessen der man oppdager og belyser noe. Jeg ser at selv om litteraturen gjennomgående bruker avdekke som begrep når det kommer til kartlegging av traumer, vil jeg etter denne studien unngå å bruke dette i relasjon til det å oppdage, identifisere og utforske traumatiske livserfaringer.

6 Konklusjon

Studien har til hensikt å belyse avtalefysioterapeuters kartlegging gjennom å undersøke problemstillingen «Hvordan foregår avtalefysioterapeuters kartlegging av pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter og mulige traumatiske livserfaringer?».

Resultatene i studien indikerer at de fleste avtalefysioterapeutene kartla flere aspekter av det som kan ansees som komplekse og relevante forhold knyttet til langvarige muskelskjelettsmerter og mulige traumatiske livserfaringer. Funnene i denne studien viser at ulike avtalefysioterapeuter hadde ulike kartleggingsrutiner. De fleste avtalefysioterapeutene kartla gjennom samtale med pasienten. Psykomotoriske fysioterapeuter kartla grundigst rundt psykososiale faktorer i forhold til de andre avtalefysioterapeutene. Dette gjaldt spesielt i kategoriene som var et av temaene i denne studien; traumatiske livserfaringer og psykososiale forhold i oppvekst.

Manuellterapeutene benyttet seg av kartleggings skjema i større grad enn de andre avtalefysioterapeutene når det gjaldt å identifisere psykososiale faktorer. Flere forhold påvirket kartlegging av traumatiske livserfaringer; 1) om avtalefysioterapeuten anså traumatiske livserfaringer som relevant for behandlingen, 2) om avtalefysioterapeuten opplevde tilstrekkelig kompetanse i ulike aspekter av pasientmøtet, 3) avtalefysioterapeutens faglige tilhørighet og rolle, samt 4) det å ønske mer kompetanse om det å kartlegge traumatiske livserfaringer. Manglende opplevd kompetanse og manglende kjennskap til kartleggings skjema ble vektlagt sterkest som mulige årsaker til valget om å ikke kartlegge traumatiske livserfaringer. De demografiske variablene som var inkludert (kjønn, alder, praksislengde som fysioterapeut og praksislengde som avtalefysioterapeut) hadde ikke innvirkning på om avtalefysioterapeuter kartla traumatiske livserfaringer. Funnene antyder at flere av avtalefysioterapeutene hadde et ønske om å inkludere traumatiske livserfaringer i kartleggingen, selv om resultatene sett i sammenheng med teorien indikerer at fåtallet kartla adekvat for dette på tidspunktet studien ble gjennomført.

6.1 Praktiske implikasjoner og konsekvenser for praksisfeltet

Den teoretiske forankringen i denne studien fremhever at traumatiske livserfaringer bør vurderes som en del av den psykososiale kartleggingen for pasienter med langvarige

muskelskjelettsmerter, men at en forsvarlig traumekartlegging skjer i en traumeinformert praksis. En stor andel av respondentene i denne studien både anså traumatiske livserfaringer som relevant i møte med pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter, og etterspurte mer kompetanse rundt det å identifisere og adressere traumatiske livserfaringer i en kartlegging. Om resultatene i denne studien er representativ for landets nåværende avtalefysioterapeuter, trenger det å etableres tilgjengelig veiledning og undervisning for å løfte kompetansen til avtalefysioterapeutene i tråd med deres egne ønsker og pasientenes behov. Det vil være viktig for fysioterapeuter å oppleve at de har en kompetanse i tråd med hva forskningen og litteraturen fremhever som betydningsfullt, og hva som samsvarer med fysioterapeuters rolle i samfunnet. I 2019 ble traumatiske livserfaringer for første gang inkludert i retningslinjene for fysioterapiutdanningene i Norge. Fysioterapistudentene som startet høsten 2020 blir det første kullet der traumatiske livserfaringer skal inkluderes i kunnskapsgrunnlaget for deres bachelorgrad i fysioterapi. Når læringsplaner og pensumlister er utarbeidet og foreligger for bachelorstudentene, bør det også etableres muligheter for at dette kan skape et utgangspunkt for å oppdatere alle fysioterapeuter med en grunnleggende forståelse og kunnskap om traumatiske livserfaringer sett i sammenheng med helse, kropp og fysioterapi. Dette betyr at kroppslige sansninger, symptomer, spennings- og reaksjonsmønstre også må vurderes som reaksjoner og tilpasninger etter traumatiske livserfaringer i en kartlegging, og ikke bare sees på som biomekaniske og biomedisinske dysfunksjoner. Med betydningen traumatiske livserfaringer har for utviklingen av uhelse, og rollen kroppen bærer som formidler av våre livserfaringer, er det klart at fysioterapeuten med sin kunnskap om kroppen, sitt samfunnsmandat og sin rolle som autorisert helsepersonell vil være en svært viktig fagperson i både kartlegging og behandling av traumatiske livserfaringer og relatert uhelse.

6.2 Anbefaling til videre forskning

Det anbefales at det forskes videre på fysioterapi og traumatiske livserfaringer. Fysioterapeuter er i en særstilling med sin kroppslige innfallsvinkel og sin rolle i samfunnet som første stopp ved muskelskjelettsmerter. Studien fra Stensland et al (2020) fremhever betydningen av å både identifisere og behandle de kroppslige

symptomene og reaksjonene knyttet til traumatiske livserfaringer. Videre forskning på dette trengs for å utforske hva fysioterapeuter kan bidra med.

Referanser

- Afari, N., Ahumada, S. M., Wright, L. J., Mostoufi, S., Golnari, G., Reis, V., & Cuneo, J. G. (2014). Psychological trauma and functional somatic syndromes: A systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 76(1), 2–11. <https://doi.org/10.1097/PSY.000000000000010>
- Andersen, T. E., Andersen, P. G., Vakkala, M. A., & Elklit, A. (2012). The traumatised chronic pain patient - Prevalence of posttraumatic stress disorder - PTSD and pain sensitisation in two Scandinavian samples referred for pain rehabilitation. *Scandinavian Journal of Pain*, 3(1), 39–43. <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2011.10.001>
- Agorastos, A., Pervanidou, P., Chrousos, G. P., & Baker, D. G. (2019). Developmental trajectories of early life stress and trauma: A narrative review on neurobiological aspects beyond stress system dysregulation. *Frontiers in Psychiatry*. Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00118>
- Alexander, A. A., Welsh, E., & Glassmire, D. M. (2016). Underdiagnosing Posttraumatic Stress Disorder in a State Hospital. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 16(5), 448–459. <https://doi.org/10.1080/15228932.2016.1234142>
- ASA4313 (2019-2020). Rammeavtale mellom KS og NFF, NMF og PFF om drift av selvstendig næringsdrivendes fysioterapivirksomhet. Hentet fra https://www.ks.no/contentassets/8774e0fc4861417682525a65fb660d47/arund_skriv_4_2018.pdf
- Beales, D., Kendell, M., Chang, R. P., Håmsø, M., Gregory, L., Richardson, K., & O’Sullivan, P. (2016). Association between the 10 item Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire and physiotherapists’ perception of the contribution of biopsychosocial factors in patients with musculoskeletal pain. *Manual Therapy*, 23, 48–55. <http://doi.org/10.1016/j.math.2016.03.010>

- Beck, J. G., & Clapp, J. D. (2011). A different kind of comorbidity: Understanding posttraumatic stress disorder and chronic pain. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3(2), 101–108. <https://doi.org/10.1037/a0021263>
- Besley, J., Kayes, N., M. (2010). Assessing Therapeutic Relationships in Physiotherapy: Literature Review. *New Zealand Journal of Physiotherapy*, 39(2), 81–91.
- Bjørndal, A., & Hofoss, D. (2015). *Statistikk for helse- og sosialfagene* (2.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Breitve, M., Hynninen, M. & Kvåle, A. (2008). Emosjonelle symptomer og helseplager hos pasienter som oppsøker psykomotorisk fysioterapi. *Fysioterapeuten* 2008 (12), 19 - 26 Hentet fra <https://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Fagartikler/Emosjonelle-symptomer-og-helseplager-hos-pasienter-som-oppsoeker-psykomtorisk-fysioterapi>
- Brennstuhl, M. J., Tarquinio, C., & Montel, S. (2015). Chronic Pain and PTSD: Evolving Views on Their Comorbidity. *Perspectives in Psychiatric Care*, 51(4), 295–304. <https://doi.org/10.1111/ppc.12093>
- Brown, J. D., King, M. A., & Wissow, L. S. (2017). The Central Role of Relationships With Trauma-Informed Integrated Care for Children and Youth. *Academic Pediatrics*, 17(7), S94–S101. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2017.01.013>
- Brunner, E., Dankaerts, W., Meichtry, A., O’Sullivan, K., & Probst, M. (2018). Physical Therapists’ Ability to Identify Psychological Factors and Their Self-Reported Competence to Manage Chronic Low Back Pain. *Physical Therapy*, 98(6), 471–479. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzy012>
- Burke, N. N., Finn, D. P., McGuire, B. E., & Roche, M. (2016). Psychological stress in early life as a predisposing factor for the development of chronic pain: Clinical and

preclinical evidence and neurobiological mechanisms. *Journal of Neuroscience Research*, 95(6), 1257–1270. <https://doi.org/10.1002/jnr.23802>

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New York: Routledge, <https://doi.org/10.4324/9780203771587>

Connaughton, J., & Gibson, W. (2016). Do physiotherapists have the skill to engage in the “psychological” in the bio-psychosocial approach? *Physiotherapy Canada*, 68(4), 377–382. <https://doi.org/10.3138/ptc.2015-66>

Driver, C., Kean, B., Oprescu, F., & Lovell, G. P. (2016). Knowledge, behaviors, attitudes and beliefs of physiotherapists towards the use of psychological interventions in physiotherapy practice: a systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 39(22), 2237–2249. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1223176>

Driver, C., Oprescu, F., & Lovell, G. P. (2020). An exploration of physiotherapists’ perceived benefits and barriers towards using psychosocial strategies in their practice. *Musculoskeletal Care*. <https://doi.org/10.1002/msc.1437>

Eberhard-Gran, M. (2017). *Spørreskjema som metode*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults – The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)

- Folkehelseinstituttet (2018, 16.april). Folkehelse rapporten: Langvarig smerte. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/smerte/>
- Folkehelseinstituttet (2018, 10.august). Ti store folkehelseutfordringer i Norge. Hva sier analyse av sykdomsbyrde? Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2019/ti-store-folkehelseutfordringer-notat-2019.pdf>
- Førde, R. (2014, 10.oktober). Helsinkideklarasjonen. Hentet fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>
- Gardner T, Refshauge K, Smith L, McAuley J, Hübscher M, Goodall S (2017) Physiotherapists' beliefs and attitudes influence clinical practice in chronic low back pain: a systematic review of quantitative and qualitative studies. *Journal of Physiotherapy* 63: 132–143 <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2017.05.017>
- Gatchel, R. J. (2013). The biopsychosocial model of chronic pain. *Chronic Pain*, 5–17. <https://doi.org/10.2217/ebo.13.469>
- Getz, L., Kirkengen, A. L., & Ulvestad, E. (2011). Menneskets biologi - mettet med erfaring. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 131(7), 683–687. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.10.0874>
- Gignac, G. E., & Szodorai, E. T. (2016). Effect size guidelines for individual differences researchers. *Personality and Individual Differences*, 102, 74–78. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.06.069>
- Goldstein, E., McDonnell, C., Atchley, R., Dorado, K., Bedford, C., Brown, R. L., & Zgierska, A. E. (2019). The Impact of Psychological Interventions on Posttraumatic Stress Disorder and Pain Symptoms: A Systematic Review and

Meta-Analysis. *Clinical Journal of Pain*. Lippincott Williams and Wilkins.

<https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000730>

Haggman, S., Maher, C. G., & Refshauge, K. M. (2004). Screening for Symptoms of Depression by Physical Therapists Managing Low Back Pain. *Physical Therapy*, 84(12), 1157–1166. <https://doi.org/10.1093/ptj/84.12.1157>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2014 – 2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. (Meld. St. 26)*. Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-262014-2015/id2409890/sec1>

Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell m.v.(LOV-1999-07-02-64). Hentet fra

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377–391.

<https://doi.org/10.1007/BF00977235>

Holopainen, R., Simpson, P., Piirainen, A., Karppinen, J., Schütze, R., Smith, A., O’Sullivan, P., & Kent, P. (2020). Physiotherapists’ perceptions of learning and implementing a biopsychosocial intervention to treat musculoskeletal pain conditions: a systematic review and metasyntesis of qualitative studies. *Pain*.

<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001809>

Hill, P. (2019). Chronic pain: a consequence of dysregulated protective action. *British Journal of Pain*, 13(1), 13–21. <https://doi.org/10.1177/2049463718799784>

Ihlebak, C., & Lærum, E. (2010). Rammer flest, koster mest og får minst. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 21(130), 2106. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.10.1035>

- Jacobs, D. F., & Silvernail, J. L. (2011). Therapist as operator or interactor? Moving beyond the technique. *Journal of Manual and Manipulative Therapy*.
<https://doi.org/10.1179/106698111X12998437860794>
- Jacobsen, D. I. (2018). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3.utg). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5.utg). Oslo: Abstrakt Forlag.
- Kantar (2019). Kantar TNS helsepolitisk barometer 2019. Hentet fra
<https://fysio.no/Media/Files/Kantar-TNS-presentasjon-av-Helsepolitisk-barometer-2019>
- Keefe, F. J., Main, C. J., & George, S. Z. (2018). Advancing psychologically informed practice for patients with persistent musculoskeletal pain: Promise, pitfalls, and solutions. *Physical Therapy*, 98(5), 398–407. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzy024>
- Kirkengen, A. L. (2007). *Forstyrret barn – forstyrret liv*. Oslo: Emilia forlag AS.
- Kunnskapsdepartementet (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapeututdanning*. Hentet fra
<https://www.regjeringen.no/contentassets/5af90a9044c74d568d7de5c1d7f554eb/forskrift-om-nasjonal-retningslinje-for-fysioterapeututdanning.pdf>
- Lam, T.C.M., Allen, G. & Green, K.E. (2010, mai). Is «neutral» on a likert scale the same as «don't know» for informed and uninformed respondents? Effects of serial position and labeling on selection and respons options. Paper presented at the annual meeting of the National Council on Measurement in Education, Denver, CO. Hentet fra <https://portfolio.du.edu/downloadChildItem/78196>

- Lassemo, E., Sandanger, I., Nygård, J. F., & Sørgaard, K. W. (2017). The epidemiology of post-traumatic stress disorder in Norway: trauma characteristics and pre-existing psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(1), 11–19. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1295-3>
- LeDoux, J. E., & Pine, D. S. (2016). Using neuroscience to help understand fear and anxiety: A two-system framework. *American Journal of Psychiatry*. American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16030353>
- Levine, PA. (1997). *Waking the tiger: Healing Trauma*. Berkeley, CA: North Atlantic Books.
- Lewis, K. L. & Battaglia, P. J. (2019). Knowledge of psychosocial factors associated with low back pain amongst health science students: A scoping review. *Chiropractic and Manual Therapies*. BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s12998-019-0284-5>
- Liebschutz, J., Saitz, R., Brower, V., Keane, T. M., Lloyd-Travaglini, C., Averbuch, T., & Samet, J. H. (2007). PTSD in urban primary care: High prevalence and low physician recognition. *Journal of General Internal Medicine*, 22(6), 719–726. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0161-0>
- Linton, S. J., Flink, I. K., & Vlaeyen, J. W. S. (2018). Understanding the etiology of chronic pain from a psychological perspective. *Physical Therapy*, 98(5), 315–324. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzy027>
- Man, I., Kumar, S., Jones, M., & Edwards, I. (2019). An exploration of psychosocial practice within private practice musculoskeletal physiotherapy: A cross-sectional survey. *Musculoskeletal Science and Practice*, 43, 58–63. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2019.06.004>

- Martinsen, V. (2010). *Filosofi: en innføring*. Hentet fra <https://filosofi.no/epistemologi/>
- McEwen, B. S., & Wingfield, J. C. (2003). The concept of allostasis in biology and biomedicine. *Hormones and Behavior*. Academic Press Inc.
[https://doi.org/10.1016/S0018-506X\(02\)00024-7](https://doi.org/10.1016/S0018-506X(02)00024-7)
- Meints, S. M., & Edwards, R. R. (2018, December 20). Evaluating psychosocial contributions to chronic pain outcomes. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2018 (87B), 168 - 182.
<https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2018.01.017>
- Mesingset, I., Robinson, H. S., Evensen, K. A. I., Woodhouse, A., Thielemann, M., Bones, A., Sandsør, M., Guttormsen, V., Bakka, M., Hansen, A-E., Blaker, I. B., Karlsen, R., Robinson, R., Vasseljen, O. & Vøllestad, N. K. (2017) Pasienter hos privatpraktiserende fysioterapeuter i primærhelsetjenesten; hvem er de? *Fysioterapeuten*, 2018 (2). Hentet fra <https://fysioterapeuten-eblad.no/dm/fysioterapeuten-2-18/24/>
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax Forlag AS
- Moseley, G.L. (2007). Reconceptualising pain according to modern pain science. *Physical Therapy Reviews*, 12, 169 - 178. Hentet fra https://www.researchgate.net/profile/Lorimer_Moseley2/publication/233581683_Reconceptualising_pain_according_to_modern_pain_science/links/56b115eb08aed7ba3feaf25a.pdf
- Muskel og Skjelett Tiåret (2013). Et muskel- og skjelettregnskap. Forekomst og kostnader knyttet til saker, sykdommer og plager i muskel- og skjelettsystemet. (MST-rapport 1/2013). Hentet fra <https://www.muskelskjeletthelse.no/wp-content/uploads/2016/06/Et-muskel-og-skjelettregnskap-MST-rapport-nr.1-2013.pdf>

- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (2020). Early Pain and Other Somatic Symptoms Predict Posttraumatic Stress Reactions in Survivors of Terrorist Attacks: The Longitudinal Utøya Cohort Study. Hentet fra <https://www.nkvts.no/vitenskapelig-artikkel/early-pain-and-other-somatic-symptoms-predict-posttraumatic-stress-reactions-in-survivors-of-terrorist-attacks-the-longitudinal-utoya-cohort-study>
- Nordanger, D.Ø., Braarud, H.C., Albæk, M., & Johansen, V.A. (2011). Developmental trauma disorder: En løsning på barnetraumatologifeltets problem? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48 (11), 1086-1090. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2011/11/developmental-trauma-disorder-en-losning-pa-barnetraumatologifeltets-problem>
- Norman, G. (2010). Likert scales, levels of measurement and the “laws” of statistics. *Advances in Health Sciences Education*, 15(5), 625–632. <https://doi.org/10.1007/s10459-010-9222-y>
- Norsk fysioterapeutforbund (2015, 12.januar). Autorisasjon. Hentet fra <https://fysio.no/Hva-er-fysioterapi/Autorisasjon>
- Norsk Fysioterapeutforbund (2020). Norsk fysioterapeutforbunds nettsider. Hentet fra <https://fysio.no/>
- Nicholls, D. A., & Gibson, B. E. (2010). The body and physiotherapy. *Physiotherapy theory and practice*, 26(8), 497–509. <https://doi.org/10.3109/09593981003710316>
- Olson, M (2019, 10. januar). Why Massage Therapy Needs to Be Trauma-Informed. *Massage & Fitness Magazine*. Hentet fra <https://www.massagefitnessmag.com/massage/why-massage-therapy-needs-to-be-trauma-informed/>

- O’Keeffe, M., George, S. Z., O’Sullivan, P. B., & O’Sullivan, K. (2019, July 1). Psychosocial factors in low back pain: Letting go of our misconceptions can help management. *British Journal of Sports Medicine*. BMJ Publishing Group.
<https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-099816>
- Oostendorp, R. A. B., Elvers, H., Mikołajewska, E., Laekeman, M., Van Trijffel, E., Samwel, H., & Duquet, W. (2015). Manual physical therapists’ use of biopsychosocial history taking in the management of patients with back or neck pain in clinical practice. *Scientific World Journal*, 2015.
<https://doi.org/10.1155/2015/170463>
- Opseth, G. (2013). *Hva kjennetegner pasienter som går regelmessig til fysioterapi? Muskel- og skjelettplager i primærhelsetjenesten* (Masteroppgave, Universitetet i Oslo). Hentet fra
<https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/37291/OPSETH-MASTER.pdf>
- Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Hukkelberg, S. S., & Egeland, K. (2012). Traumer hos barn - blir de gjemt eller glemt? Kartlegging av traumatiske erfaringer hos barn og unge henvist til BUP. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49, 234-239. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2012/03/traumer-hos-barn-blir-de-gjemt-eller-glemt-kartlegging-av-traumatiske-erfaringer>
- Overmeer, T., Linton, S. J., & Boersma, K. (2004). Do physical therapists recognise established risk factors? Swedish physical therapists’ evaluation in comparison to guidelines. *Physiotherapy*, 90(1), 35–41. [https://doi.org/10.1016/S0031-9406\(03\)00002-6](https://doi.org/10.1016/S0031-9406(03)00002-6)
- Pallant, J. (2016). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (6th edition). Maidenhead: Open University Press/McGraw-Hill.
- Peters, N. (2019, 6.august). Spør om traumeerfaringer. Hentet fra <https://www.nkvts.no/aktuelt/spor-om-traumeerfaringer/>

- Pincus, T., Burton, A. K., Vogel, S., & Field, A. P. (2002). A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine*, 27(5), E109–E120. <https://doi.org/10.1097/00007632-200203010-00017>
- Ranjbar, N., & Erb, M. (2019). Adverse Childhood Experiences and Trauma-Informed Care in Rehabilitation Clinical Practice. *Archives of Rehabilitation Research and Clinical Translation*, 1(1–2), 100003. <https://doi.org/10.1016/j.arrct.2019.100003>
- REK. (2015, 26.juni). Eksempler på virksomhet som ikke skal søke REK. Hentet fra https://helseforskning.etikkom.no/reglerogrutiner/soknadsplikt/sokerikkerek?p_dim=34999
- Reme, S. E., Tangen, T., Moe, T., & Eriksen, H. R. (2011). Prevalence of psychiatric disorders in sick listed chronic low back pain patients. *European Journal of Pain*, 15(10), 1075–1080. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2011.04.012>
- Riiskjær, E., Ammentorp, J. & Kofoed, P-E. (2012). The value of open-ended questions in surveys on patient experience: number of comments and perceived usefulness from a hospital perspective. *International Journal for Quality in Health Care*, 24(5), 509–516. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzs039>
- Rod, N. H., Bengtsson, J., Budtz-Jørgensen, E., Clipet-Jensen, C., Taylor-Robinson, D., Andersen, A. M. N., ... Rieckmann, A. (2020). Trajectories of childhood adversity and mortality in early adulthood: a population-based cohort study. *The Lancet*, 396(10249), 489–497. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30621-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30621-8)
- Rothschild, B. (2000). *The body remembers. The psychophysiology of trauma and trauma treatment* (kindle edition). New York: Norton.

- Rueness, J., Myhre, M. C., Strøm, I. F., Wentzel-Larsen, T., Dyb, G., & Thoresen, S. (2019). The mediating role of posttraumatic stress reactions in the relationship between child abuse and physical health complaints in adolescence and young adulthood. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1).
<https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1608719>
- Rådet for muskelskjeletthelse (2020). Hvorfor er arbeidet med muskel-skjelettskader, sykdommer og plager og muskelskjeletthelse viktig? Hentet fra
<https://www.muskelskjeletthelse.no/om-radet-for-muskelskjeletthelse/>
- Sachs-Ericsson, N. J., Sheffler, J. L., Stanley, I. H., Piazza, J. R., & Preacher, K. J. (2017). When Emotional Pain Becomes Physical: Adverse Childhood Experiences, Pain, and the Role of Mood and Anxiety Disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 73(10), 1403–1428. <https://doi.org/10.1002/jclp.22444>
- Schore, A. N. (2001). Contributions from the decade of the brain to infant mental health: An overview. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 1–6.
[https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1<1::aid-imhj1>3.0.co;2-w](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<1::aid-imhj1>3.0.co;2-w)
- Singla, M., Jones, M., Edwards, I., & Kumar, S. (2015). Physiotherapists' assessment of patients' psychosocial status: Are we standing on thin ice? A qualitative descriptive study. *Manual Therapy*, 20(2), 328–334.
<https://doi.org/10.1016/j.math.2014.10.004>
- Siqveland, J., Ruud, T., & Hauff, E. (2017). Post-traumatic stress disorder moderates the relationship between trauma exposure and chronic pain. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1), 1375337.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1375337>
- Siqveland, J., Hussain, A., Lindstrøm, J. C., Ruud, T., & Hauff, E. (2017). Prevalence of posttraumatic stress disorder in persons with chronic pain: A meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*. <http://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00164>

Solla, F., Tran, A., Bertoncelli, D., Musoff, C., & Bertoncelli, C. M. (2018). Why a P -Value is Not Enough. *Clinical Spine Surgery*, 31(9), 385–388.

<https://doi.org/10.1097/BSD.0000000000000695>

Steine, I. M., Winje, D., Nordhus, I. H., Milde, A. M., Bjorvatn, B., Grønli, J., & Pallesen, S. (2016). Langvarig taushet om seksuelle overgrep: Prediktorer og korrelater hos voksne som opplevde seksuelle overgrep som barn. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 53(11), 889–899.

Steine, I. M., Winje, D., Nordhus, I. H., Milde, A. M., Bjorvatn, B., Grønli, J., & Pallesen, S. (2017). Hvorfor tar det så lang tid å fortelle om seksuelle overgrep? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55 (2), 204-208.

Stensland, S., Thoresen, S., Jensen, T. K., Wentzel-Larsen, T., & Dyb, G. (2020). Early Pain and Other Somatic Symptoms Predict Posttraumatic Stress Reactions in Survivors of Terrorist Attacks: The Longitudinal Utøya Cohort Study. *Journal of Traumatic Stress*. <http://doi.org/10.1002/jts.22562>

Stilwell, P. & Harman, K. (2019). An enactive approach to pain: beyond the biopsychosocial model. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*.

<https://doi.org/10.1007/s11097-019-09624-7>

Sylliaas, H., Svendsen, T. S., Langaas, A. G. & Eik, H. (2020). Hvordan tilpasse fysioterapi praksis til sårbare brukergrupper? Fysioterapitilnærminger belyst gjennom teorier om tilfriskning og sosial bevisstgjøring. *Fysioterapeuten*. 20 (8). 18 - 22. Hentet fra <https://fysioterapeuten-eblad.no/dm/fysioterapeuten-8-20/18/>

Synnott A., O'Keeffe M., Bunzli S., Dankaerts W., O'Sullivan P. & O'Sullivan K. (2015). Physiotherapists may stigmatise or feel unprepared to treat people with low

back pain and psychosocial factors that influence recovery: a systematic review. *Journal of Physiotherapy*. 61, 68-76 <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2015.02.016>

Thomassen, B.B., Rognerud, A. (2020, 14. juli). Funn i Utøya-studie overrasker: – Bør få konsekvenser. NRK. Hentet fra <https://www.nrk.no/norge/utoya-studie - tidlige-fysiske-plager-ga-okt-risiko-for-psykiske-vansker-over-tid-1.15083359?>

Thoresen, M. (2018). Konfundering – et tilbakevendende problem. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. 2018(3). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0795>

Thoresen S, Hjemdal OK. (2014). Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv (NKVTS Rapport 1/2014). Hentet fra https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/11/vold_og_voldtekt_i_norge.pdf

Thorkildsen, I. M. (2015, 1. august). Fortier folkehelseproblem. *Klassekampen*. Hentet fra <https://arkiv.klassekampen.no/article/20150801/PLUSS/150809986>

Thornquist E. (2006). Face-to-face and hands-on: assumptions and assessments in the physiotherapy clinic. *Medical anthropology*, 25(1), 65–97. <https://doi.org/10.1080/01459740500514489>

Thornquist, E. (2020). Glimt fra norsk fysioterapihistorie: Den gang da, hva nå? *Fysioterapeuten*, 2020 (2), 28-31. Hentet fra <https://fysioterapeuten-eblad.no/dm/fysioterapeuten-2-20/28/>

Thrane, C. (2018). *Kvantitativ metode. En praktisk tilnærming*. (1.utg.) Oslo: Cappelen Damm.

Treede, R. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., et al. (2015). A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*, 156(6), 1003-1007. <https://doi.org/10.1097/j.pain.000000000000160>

Tschudi-Madsen, H., Kjeldsberg, M., Natvig, B., Ihlebaek, C., Dalen, I., Kamaleri, Y., Straand, J., & Bruusgaard, D. (2011). A strong association between non-musculoskeletal symptoms and musculoskeletal pain symptoms: Results from a population study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12(1).

<https://doi.org/10.1186/1471-2474-12-285>

Universitetet i Oslo (2019, 27.mars). Personvern og vilkår for bruk av Nettskjema.

Hentet fra <https://www.uio.no/tjenester/it/applikasjoner/nettskjema/mer-om/personvern/tos.html>

Van der Kolk, BA. (2005). Developmental trauma disorder. Towards a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35 (5), 401 – 408.

Hentet fra <https://haruv.org.il/wp-content/uploads/2019/10/Developmental-trauma-disorder-van-der-kolk-2005.pdf>

Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York: Viking.

Vedø A. & Solheim L. (2006). En praktisk innføring i utvalgsplanlegging. SSB Notater (2006/38). Hentet fra

https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/notat_200638/notat_200638.pdf

Verdensdagen for psykisk helse (2020). Tema 2020: spør mer. Hentet fra

<https://verdensdagen.no/tema-2020-spor-mer/>

Waksvik, G. (2018, 14.februar). Når barndommen slår tilbake. Vonde erfaringer går ut over helsen i et livsløpsperspektiv. Hentet fra

<https://mentalhelse.no/aktuelt/nyheter/mental-helse/naar-barndommen-slaar-tilbake>

Wijma, A. J., van Wilgen, C. P., Meeus, M., & Nijs, J. (2016). Clinical biopsychosocial physiotherapy assessment of patients with chronic pain: The first step in pain

neuroscience education. *Physiotherapy Theory and Practice*, 32(5), 368–384.

<https://doi.org/10.1080/09593985.2016.1194651>

Woodhouse, A (2016). Hvorfor får noen langvarige muskel- og skjelettplager og andre ikke? En ettårig oppfølgingsstudie etter HUNT 3 (eRapport – 2016 – sluttrapport). Hentet fra

<https://forskningsprosjekter.ihelse.net/prosjekt/46034700>

World Health Organization. (2018). International statistical classification of diseases and related health problems (11th Revision). Hentet fra

<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

Zangoni, G., & Thomson, O. P. (2017). 'I need to do another course' - Italian physiotherapists' knowledge and beliefs when assessing psychosocial factors in patients presenting with chronic low back pain. *Musculoskeletal Science and Practice*, 27, 71–77. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2016.12.015>

Øyehaug, G. A., Paulsen, A. K., Vøllestad, N. K. & Robinson, H. S. (2019). Prioritering og venteliste hos avtalefysioterapeuter. En tverrsnittstudie. *Fysioterapeuten*, (19) 7, 22-27. Hentet fra <https://fysioterapeuten-eblad.no/dm/fysioterapeuten-7-19/22/>

Åkerblom, S., Perrin, S., Rivano Fischer, M., & McCracken, L. M. (2017). The Impact of PTSD on Functioning in Patients Seeking Treatment for Chronic Pain and Validation of the Posttraumatic Diagnostic Scale. *International journal of behavioral medicine*, 24(2), 249– 259. <https://doi.org/10.1007/s12529-017-9641-8>

Vedlegg

Vedlegg 1: <Godkjenning fra NSD>.....	107
Vedlegg 2: <Informasjonsskriv>.....	109
Vedlegg 3: < Spørreskjema>.....	111
Vedlegg 4: <Råtekst fra kommentarfelt>.....	116
Vedlegg 5: <SPSS tabeller: Frekvenstabeller for forskningsspørsmål 1>.....	121
Vedlegg 6: <SPSS tabeller: Konfunderanalyse mellom subgrupper>.....	129
<i>Vedleggstabell 6-1: Grunnleggende analyser av kontinuerlige demografiske variabler mellom subgrupper.....</i>	129
<i>Vedleggstabell 6-2: Demografisk variabel med signifikant funn i grunnleggende analyser evalueres opp mot avhengige og uavhengige variabler i samvariasjonsanalysen for subgruppen Allmenn.....</i>	130
<i>Vedleggstabell 6-3: Demografisk variabel med signifikant funn i grunnleggende analyser evalueres opp mot avhengige og uavhengige variabler i samvariasjonsanalysen for subgruppen PMF.....</i>	131
<i>Vedleggstabell 6-4: Grunnleggende analyser av nominal demografiske variabel mellom subgrupper.....</i>	132
<i>Vedleggstabell 6-5: Krysstabeller som ble gjennomført for kjønn i subgruppene</i>	133
<i>Vedleggstabell 6-6: Oversikt over p-verdier i kji kvadrat krysstabeller (fishers eksakte test) fra vedleggstabell 6-5.....</i>	134
Vedlegg 7: <SPSS tabeller: Konfunderanalyse innad i subgrupper>.....	135
<i>Vedleggstabell 7-1: De demografiske variablene alder, praksislengde som fysioterapeut og praksislengde som avtalefysioterapeut evaluert opp mot uavhengige og avhengige variabler i subgruppen Allmenn.....</i>	135
<i>Vedleggstabell 7-2: De demografiske variablene alder, praksislengde som fysioterapeut og praksislengde som avtalefysioterapeut evaluert opp mot uavhengige og avhengige variabler i subgruppen MT.....</i>	136
<i>Vedleggstabell 7-3: De demografiske variablene alder, praksislengde som fysioterapeut og praksislengde som avtalefysioterapeut evaluert opp mot uavhengige og avhengige variabler i subgruppen PMF.....</i>	137
Vedlegg 8: <SPSS tabeller: Samvariasjonsanalyse for forskningsspørsmål 2>.....	138

<i>Vedleggstabell 8-1: Spearman rho for avhengige og uavhengige ordinale variabler for subgruppen Allmenn.....</i>	<i>138</i>
<i>Vedleggstabell 8-2: Spearman rho for avhengige og uavhengige ordinale variabler for subgruppen MT.....</i>	<i>139</i>
<i>Vedleggstabell 8-3: Spearman rho for avhengige og uavhengige ordinale variabler for subgruppen PMF.....</i>	<i>140</i>
Vedlegg 9: Frekvensanalyser for påstand 1 og påstand 6.....	141

Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD

NSD Personvern

06.09.2019 12:25

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 722625 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

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 den 06.09.2019, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

Utvalget har taushetsplikt. NSD bemerker at det under datainnsamlingen dermed ikke skal innhentes taushetsbelagte opplysninger.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.05.2020.

LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente 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 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet

- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Nettskjema er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD:

Mathilde Hansen

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 2: Informasjonsskriv



FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

TØRRE Å SPØRRE ELLER VÅGE Å OVERSE?

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et masterprosjekt som har som formål å belyse kartleggingsrutinene hos allmennfysioterapeuter, manuellterapeuter og psykomotoriske fysioterapeuter i møte med pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter, samt undersøke hva avtalefysioterapeuter er opptatt av når det kommer til kartlegging av traumer.

Du er valgt ut da du er avtalefysioterapeut innen allmennfysioterapi, manuellterapi eller psykomotorisk fysioterapi, og jobber med pasienter som har langvarige muskelskjelettsmerter. Du er tilfeldig trukket ut blant alle fysioterapeuter som har utløst refusjon hos HELFO i 2018/2019.

HVA INNEBÆRER DET FOR DEG Å DELTA I PROSJEKTET?

Prosjektet innebærer at du svarer på spørsmål rundt din praksis og kartleggingsrutinene dine i møte med pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter. Det estimeres en tidsbruk på 5 - 10 minutter. I begrepet «kartleggingsrutiner» er både bruk av screening-skjema og rutinemessige spørsmål under anamnese inkludert. Det er et nettbasert spørreskjema (med avkrysnings-spørsmål) og du vil ikke bli spurt om noe som kan identifisere deg som person. Spørreskjemaet vil knyttes til din epost-adresse under datainnsamlingen, slik at eventuelle påminnelser kan sendes ut, men dette vil ikke lagres i ettertid eller overføres i datamaterialet.

Datamaterialet vil publiseres i monografi/masteroppgave. På grunn av studiens ulike fokus og nytteverdi vil funnene i studien i ettertid vurderes for omarbeiding i en artikkel, samt ulike kronikker.

PROSJEKTETS HENSIKT

Ønsket er at de med traumatiske livserfaringer, og nåværende stressreaksjoner og tilstander tilknyttet disse livserfaringene, får hjelp når kroppen forteller historien om det som er smertefullt. Mange holder traumene sine skjult, få oppsøker helsetjenester på bakgrunn av hendelsen(e), og en del forteller aldri til noen andre hva de har vært utsatt for (Thoresen & Hjemdal, 2014). Det er denne studiens hensikt å fremheve aspekter rundt sammenhengene mellom langvarige smerter og traumer, slik at flere fysioterapeuter etterhvert kan ha en traume-informert og traume-responsiv praksis.

DINE RETTIGHETER

Det er frivillig å delta i prosjektet. Personopplysningene dine (epostadressen/IP) vil ligge på en kryptert server hos tjenesten *Nettskjema* ved Universitetet i Oslo. Kun prosjektleder og databehandler (*Nettskjema*) vil ha tilgang til epost/IP-opplysningene dine. Dataene knyttet til personopplysninger vil slettes når prosjektet er sluttført i mai'20. Skulle du ønske å trekke deg fra prosjektet vil dine personopplysninger, samt de tilhørende data umiddelbart slettes.

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

På oppdrag fra Universitetet i Sørøst-Norge har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

ANSVARLIGE FOR STUDIEN

Prosjektet gjennomføres ved Universitetet i Sørøst-Norge (USN). Prosjektansvarlig er førstelektor Turid-Iren Jacobsen ved Fakultet for helse- og sosialvitenskap. Prosjektleder for studien er masterstudent, samt avtalefysioterapeut og spesialist i psykomotorisk fysioterapi MNFF, Lene Hubak Fleischer.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Prosjektansvarlig Turid-Iren Jacobsen 31 00 87 79 / turid.iren.jacobsen@usn.no

Personvernombud ved USN, Paal Are Solberg 35 57 50 53 / paal.a.solberg@usn.no

Dersom du har spørsmål til prosjektet kan du ta kontakt med prosjektleder Lene Hubak Fleischer (post@koherent.no).

Thoresen S, Hjemdal OK. (2014). Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv (NKVTS Rapport 1/2014).

Vedlegg 3: Spørreskjema

"Tørre å spørre eller våge å overse?"

I begrepet *kartleggingsrutiner* vil både bruk av screeningskjema og bruk av rutinespørsmål i anamnese/samtale inkluderes.

Rutinemessig kartlegging peker på det vi vanemessig eller automatisk kartlegger i møte med pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter og begrenser seg ikke til oppstarten av behandlingsforløpet.

Det vil være mulighet til å tilføye opplysninger i kommentarbokser om dine kartleggingsrutiner beskrives bedre med andre alternativer enn de som er oppgitt for avkrysning.

SAMTYKKE TIL Å DELTA I FORSKNINGSPROSJEKTET

Jeg er inneforstått med hva min deltagelse i prosjektet innebærer basert på informasjonsskrivet og samtykker til å delta i studien slik den er beskrevet: *

Du kan når som helst trekke tilbake ditt samtykke og få dine registrerte svar slettet.

JA - jeg samtykker

NEI - jeg samtykker ikke

Alder: *

Kjønn: *

Kvinne

Mann

Annet

Hvor mange år har du praktisert som fysioterapeut? *

(hele tall)

Hvor mange år har du praktisert som avtalefysioterapeut? *

(hele tall)

Faglig tilhørighet (praksistype): *

- Allmennfysioterapeut
- Manuellterapeut
- Psykomotorisk fysioterapeut

KARTLEGGINGSRUTINER I MØTE MED PASIENTER MED LANGVARIGE MUSKELSKJELETTSMERTER

Rutinemessig kartlegging ved bruk av skjema *

Hvilke områder kartlegger du rutinemessig ved bruk av skjema i møte med pasienter med langvarig muskelskjelettsmerter?

(eksempler på mulige skjema i parentes)

- Psykososiale faktorer (Ørebro screeningskjema for muskelskjelettsmerter, HSCL-25, HSCL-10)
- Angst/katastrofering (FABQ, PCS, HADS)
- Depresjon (BDI, PHQ-9, WHO-5, HADS)
- Livskvalitet (EQ5D, COOP/WONKA)
- Kroppsopplevelse (BARQ, SKO, MAIA)
- Traumatiske livserfaringer (ACE, TEC, SLESQ, KBL, TRAPS)
- Nåværende stress-symptomer tilknyttet traumatiske livserfaringer (PCL- 5, TRAPS)
- Dissosiasjon (DES)
- Rus og stimulantia (AUDIT, DUDIT)
- Søvn (BIS, PSQI)
- Jeg bruker ikke skjema til kartlegging
- Annet (svar i tekstboks under)

Rutinemessig kartlegging i anamnese/samtale *

Hva kartlegger du rutinemessig som en del av anamnesen/samtalen i møte med pasienter med langvarig muskelskjelettsmerter?

- Sosialt nettverk og relasjoner (venner og familie)
- Psykisk helse (angst/depresjon)
- Psykiatri (psykose/affektiv-lidelse)
- Følelser/Affektbevissthet
- Jobb (psykososiale forhold)
- Oppvekstforhold (psykososiale)
- Rus og stimulantia
- Tro og religion
- Naturlige funksjoner (Søvn/fordøyelse/seksualfunksjon)
- Traumehistorie: spør generelt om de har opplevd traumer
- Traumehistorie: spør spesifikt om traumatiske livserfaringer (f.eks ACE-kategorier)
- Nåværende stress-symptomer tilknyttet traumatiske livserfaringer (PTSD-symptomer)
- Jeg kartlegger ikke rutinemessig i møte med denne pasientgruppen utover det pasienten presenterer/forteller selv.
- Annet (svar i tekstboks under)

KARTLEGGING AV TRAUMER I MØTE MED PASIENTER MED LANGVARIGE MUSKELSKJELETTSMERTER

Du kan velge ulike grader av enig/uenig, eller svare "vet ikke" om det er vanskelig å ta stilling til.

Det understrekes at alle utsagene forholder seg til møtet med pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter

	Helt enig	Litt enig	Nøytral	Litt uenig	Helt uenig	Vet ikke
Jeg anser pasientens traumatiske livserfaringer og nåværende stressreaksjoner og tilstander tilknyttet disse livserfaringer som relevant for behandlingen når pasienter oppsøker meg med langvarige muskelskjelettsmerter *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Helt enig	Litt enig	Nøytral	Litt uenig	Helt uenig	Vet ikke
Jeg tenker min faggruppe har en rolle å spille i det å avdekke traumatiske livserfaringer og nåværende stressreaksjoner og tilstander tilknyttet disse livserfaringene hos pasientene *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jeg opplever at jeg har tilstrekkelig kompetanse i bruk av screeningverktøy for å avdekke traumatiske livserfaringer og nåværende stressreaksjoner og tilstander tilknyttet disse livserfaringene hos pasientene *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Jeg opplever at jeg har tilstrekkelig kompetanse under anamneseopptak til å avdekke traumatiske livserfaringer og nåværende stressreaksjoner og tilstander tilknyttet disse livserfaringene hos pasientene *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Jeg opplever at jeg har tilstrekkelig kompetanse under den kliniske undersøkelsen til å avdekke traumatiske livserfaringer og nåværende stressreaksjoner og tilstander tilknyttet disse livserfaringene hos pasientene *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Jeg ønsker mer kompetanse om det å avdekke traumatiske livserfaringer og nåværende stressreaksjoner og tilstander tilknyttet disse livserfaringene hos pasientene *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Kommentar:

Dersom du kartlegger rutinemessig for traumer i møte med pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter hopper du over de neste utsagnene og leverer din besvarelse.

For de som ikke kartlegger traumer rutinemessig i møte med pasienter med langvarig muskelskjelettsmerter

Registrer årsak til at du velger å ikke kartlegge rutinemessig for traumer i møte med pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter.

Du kan velge ulike grader av enig/uenig, eller svare "vet ikke" om det er vanskelig å ta stilling til.

	Helt enig	Litt enig	Nøytral	Litt uenig	Helt uenig	Vet ikke
Jeg møter ikke pasienter med traumer i min praksis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg tenker pasienten får fortelle hva som er relevant for dem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg mener at det ikke er min oppgave å kartlegge traumer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg føler ubehag ved å spørre pasienten om noe som kan være så vanskelig/vondt for dem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er redd for å trigge en alvorlig reaksjon til pasienten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg opplever jeg ikke har kompetanse til å kartlegge traumer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg føler jeg ikke har kompetanse til å ivareta pasienten om de skulle få reaksjoner på en kartlegging	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg har ikke kjennskap til kartleggingsverktøy som jeg kan bruke i min praksis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Annen årsak:

Tusen takk for din deltagelse!

Vedlegg 4: Råtekst fra kommentarfelt

Allmennfysioterapeuter

Kommentarer til kartlegging ved bruk av skjema:

- *Ingen kommentarer*

Kommentarer til kartlegging ved bruk av samtale:

- *Ingen kommentarer*

Kommentarer til påstandsvariablene knyttet til kartlegging av traumatiske livserfaringer:

- *Mangler kjennskap til screening verktøyene men opplever ofte at pasienter åpner seg og forteller om traumer og psykiske problemer under anamnesen. Muligens fordi jeg har en del egne erfaringer og ofte stiller direkte spørsmål om psykisk helse og tidligere opplevelser. Jeg er bevisst på hvordan traumer og vanskelige psykososiale forhold kan fastholde pasienter i smertetilstander.*
- *Jobber sjelden med den slags pasienter*

Kommentarer knyttet til utsagnsvariablene knyttet til mulige årsaker for ikke å kartlegge traumatiske livserfaringer:

- *Ingen kommentarer*

Manuellterapeuter

Kommentarer til kartlegging ved bruk av skjema:

- *Bruker ingen skjemaer*
- *STarT Back Screening*
- *Bruker og har brukt disse pluss VAS/RMDQ i forb med forskningsarbeid, ikke rutine i daglig praksis,*
- *Ørebro, men ikke rutinemessig. Ellers av og til Hagos,koos*
- *Har benyttet skjema i perioder i forbindelse med forskning/utvikling*

Kommentarer til kartlegging ved bruk av samtale:

- *Ved å spørre om hva pasienten selv mener/ tror er årsak til sine plager vil noen ganger gi svar som gjør at områder jeg ikke har krysset av på blir besvart uten at jeg direkte spør*

Kommentarer til påstandsvariablene knyttet til kartlegging av traumatiske livserfaringer:

- *Ingen kommentarer.*

Kommentarer knyttet til utsagnsvariablene knyttet til mulige årsaker for ikke å kartlegge traumatiske livserfaringer:

- *Jeg synes at første gangs anamnese/ undersøkelse kan være for tidlig å spørre pasienten om disse tingene. Min opplevelse er at det er lettere å spørre når man har blitt noe mer kjent og ikke minst at pasienten har fått tillit til deg. Ofte kommer da også denne informasjonen uten at man behøver å spørre.*

Psykomotoriske fysioterapeuter

Kommentarer til kartlegging ved bruk av skjema

- *ROK (ressursorientert kroppsundersøkelse)*
- *PMF undersøkelsesskjema*
- *Bruker kun ressursorientert kroppsundersøkelsesskjema*
- *Jeg kjenner godt til disse skjemaene. Å bruke dem samsvarer imidlertid ikke med grunnlagstenkningen for min praksis som psykomotorisk fysioterapeut. Kort sagt en praksis bygget på medisinsk humanistisk forståelse - som noe annet enn en biomedisinsk grunnlagstenkning. Når pasienter blir screenet uten å få sjansen til å snakke for dem selv er det som å behandle dem som objekter, de blir gjort passive også jfr utvendig språk. Skjemaene stykker dessuten opp variabler som henger sammen og også er variable i seg selv- som eksistensen er det (jfr erfaringer og også med mange ref til dette jeg skriver her). At jeg dessuten gjør en kroppsundersøkelse og behandler kroppen i tråd med psykomotorisk fysioterapi, - i motsetning til yrkesgrupper som startet med å bruke slike screeningskjemaer, gjør kanskje at slik screening også kjennes unødvendig? Det er forhold som naturlig tematiseres. Kanskje er screeningskjemaene nyttige for uerfarne terapeuter eller der behandlingsopplegg er standardiserte?*
- *Jeg bruker skjema av og til, men ikke rutinemessig .*
- *Skriver en lang anamnese og beskriver hva jeg ser av symptomer og sanser, og spør*

- *Bruker skjema for å kartlegge angst / depresjon av og til, men ikke hos alle pasienter.*
- *ROK Ressursorientert kroppsundersøkelse ad Modum Berit Bunkan med noe tillegg*
- *ROK registrering av kroppslige ressurser, pust, spenning*

Kommentarer til kartlegging ved bruk av samtale:

- *Punktene som nevnes over faller alle inn slik jeg samtaler og er i dialog med pasienten. Jeg søker en varhet for når de ulike temaer skal introduseres. Mange av punktene første time, noe annet etterhvert. Jeg tenker ikke "rutinemessig kartlegging", men en situasjonsbestemt praksis. Mange har ikke språk for f.eks traumer ved første møte heller.*
- *Spør ofte spesifikt om de har opplevd seksuelle krenkelser og eller seksuelle overgrep og om voldserfaringer*
- *Jeg er opptatt av å få informasjon om alle punktene, men lar pasienten fortelle, eller spør underveis i behandlingen*
- *interesser/fysisk aktivitet/sosialt liv/fysisk aktivitet/ forhold til kroppen*
- *Det avhenger av problematikken til den enkelte pasient om jeg spør om opplevde traumer. Gjør det ikke rutinemessig til alle.*
- *Målsetning, verdier og framtidstro/mestringstro*

Kommentarer til påstandsvariablene knyttet til kartlegging av traumatiske livserfaringer:

- *Jeg ønsker å sette meg inn i flere kartleggingsverktøy, flere av de du nevner i undersøkelsen her. Selv om jeg kartlegger traumatiske hendelser, ønsker jeg å lære mer da disse pasientene utgjør en stor del av pasientgruppen min.*
- *Jeg har en traumekompetanse, men ser hvor komplekst det er og vet at jeg kan bare lære mer. Derfor går jeg regelmessig til kurs og veiledning.*
- *Jeg tenker at jeg sammen med pasienten skal finne ut om deres kropp, liv og historie - ikke at jeg skal avdekke eller avsløre. Merker at jeg søker enn annet språk enn i spørsmålene som stilles her, derfor har jeg svart nøytral på noen. Og som sagt mener jeg at jeg har nok kompetanse om screeningskjemaene, men velger å ikke bruke dem.*

- *Opplever at vi får avdekt traumer, men at det er viktig å ikke stresse det i første møte. Det kan bli for voldsomt for pasienten og føre til at pasienten kanskje ikke kommer tilbake. Viktig å være sensitiv for pasienten sin respons, ta signaler. Av og til kan en skjønne at det er "noe", men at relasjonen må bli tryggere før vi kan snakke om det.*
- *Alltid et ønske om mer kunnskap og kompetanse på dette feltet!*
- *Veldig aktuelt, og gjerne flere kurs med fokus på dette.*
- *Pasienter opplever jeg i starten er svært pålogget med «sansehjernen» i startfasen av en pasient terapeut relasjon og meddeler at skjema registrering de har opplevd hos psykolog, reagerer de negativt på. Skjema skaper ikke relasjon. Tenkehjerne, følelshjerne og sansehjerne og samspillet der er viktigst for meg. Da skjer det endring når trygghet kan etableres og kontakt oppnås. Fint samspill. Om en sammen vil utforske grad av belastning gjennom kartlegging med skjema, kommer det i annen runde.*
- *Jeg har lang erfaring fra å arbeide innen psykisk helse fra tidligere arbeidsplass. Opplever det som en god erfaring å ha når jeg jobber i privat praksis som psykomotorisk fysioterapeut*

Kommentarer knyttet til utsagnsvariablene knyttet til mulige årsaker for ikke å kartlegge traumatiske livserfaringer:

- *Jeg velger å svare nøytral der jeg synes spørsmålene er førende på en måte jeg verken kan være helt enig eller uenig i. Spørsmålene som stilles gir ikke rom for nyanser jeg mener er nødvendige. Dette er komplekse forhold. "Som man roper i skogen får man svar". F.eks ønsker jeg ikke i en førstegangssamtale å bidra til "alvorlige reaksjoner", men hva er det? At pasientene gråter, begynner å dissosiere, at de får angst etc.? Det er i så fall noe jeg er vant til å håndtere. Jeg kan forholde meg til "alvorlige reaksjoner" (hva nå det er), men hva er "passelig" og god terapi for pasienten? En viktig del av terapien er å tune seg inn mot pasienten. Utfordre passelig. Så svarkategoriene over passet ikke for de svar jeg kan gi.*
- *Kommer an på henvisningsgrunn, og jeg tenker av og til at det kan hende at det kommer noe etterhvert når de har blitt trygge. Det kommer også litt an på den enkelte pasient, om det er naturlig ut fra tematikk.*

- *Det er et dilemma det at man arbeider alene. Ikke alltid enkelt å koble på dps og fastlege om det skulle oppstå behov for det. Blir ofte mye merarbeid ved avdekking av traumatiske opplevelser.*
- *Jeg synes at første gangs anamnese/ undersøkelse kan være for tidlig å spørre pasienten om disse tingene. Min opplevelse er at det er lettere å spørre når man har blitt noe mer kjent og ikke minst at pasienten har fått tillit til deg. Ofte kommer da også denne informasjonen uten at man behøver å spørre.*

Vedlegg 5: Frekvenstabeller for forskningsspørsmål 1

Kartlegging ved bruk av skjema

Frequencies

			Statistics										
Praksistype			Psykososiale faktorer	Angst/Katastrofering	Depresjon	Livskvalitet	Kroppsopplevelse	Traumatiske livserfaringer	Nåværende stressymptomer	Dissosiasjon	Rus og stimulantia	Søvn	Ingen skjema
Allmenn	N	Valid	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
		Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MT	N	Valid	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33
		Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PMF	N	Valid	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44
		Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Frequency Table

Psykososiale faktorer

Praksistype			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Allmenn	Valid	Nei	25	83,3	83,3	83,3
		Ja	5	16,7	16,7	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
MT	Valid	Nei	20	60,6	60,6	60,6
		Ja	13	39,4	39,4	100,0
		Total	33	100,0	100,0	
PMF	Valid	Nei	41	93,2	93,2	93,2
		Ja	3	6,8	6,8	100,0
		Total	44	100,0	100,0	

Angst/Katastrofering

Praksistype			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Allmenn	Valid	Nei	29	96,7	96,7	96,7
		Ja	1	3,3	3,3	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
MT	Valid	Nei	29	87,9	87,9	87,9
		Ja	4	12,1	12,1	100,0
		Total	33	100,0	100,0	
PMF	Valid	Nei	42	95,5	95,5	95,5
		Ja	2	4,5	4,5	100,0
		Total	44	100,0	100,0	

Depresjon

Praksistype			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Allmenn	Valid	Nei	29	96,7	96,7	96,7
		Ja	1	3,3	3,3	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
MT	Valid	Nei	31	93,9	93,9	93,9
		Ja	2	6,1	6,1	100,0
		Total	33	100,0	100,0	
PMF	Valid	Nei	41	93,2	93,2	93,2
		Ja	3	6,8	6,8	100,0
		Total	44	100,0	100,0	

Livskvalitet

Praksistype			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Allmenn	Valid	Nei	30	100,0	100,0	100,0
MT	Valid	Nei	33	100,0	100,0	100,0
PMF	Valid	Nei	44	100,0	100,0	100,0

Kroppsopplevelse

Praksistype			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Allmenn	Valid	Nei	30	100,0	100,0	100,0
MT	Valid	Nei	32	97,0	97,0	97,0
		Ja	1	3,0	3,0	100,0
		Total	33	100,0	100,0	
PMF	Valid	Nei	41	93,2	93,2	93,2
		Ja	3	6,8	6,8	100,0
		Total	44	100,0	100,0	

Traumatiske livserfaringer

Praksistype			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Allmenn	Valid	Nei	30	100,0	100,0	100,0
MT	Valid	Nei	33	100,0	100,0	100,0
PMF	Valid	Nei	42	95,5	95,5	95,5
		Ja	2	4,5	4,5	100,0
		Total	44	100,0	100,0	

Nåværende stressymptomer

Praksistype			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Allmenn	Valid	Nei	30	100,0	100,0	100,0
MT	Valid	Nei	33	100,0	100,0	100,0
PMF	Valid	Nei	44	100,0	100,0	100,0

Dissosiasjon

Praksistype			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Allmenn	Valid	Nei	30	100,0	100,0	100,0
MT	Valid	Nei	33	100,0	100,0	100,0
PMF	Valid	Nei	42	95,5	95,5	95,5
		Ja	2	4,5	4,5	100,0
		Total	44	100,0	100,0	

Rus og stimulantia

Praksistype			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Allmenn	Valid	Nei	30	100,0	100,0	100,0
MT	Valid	Nei	33	100,0	100,0	100,0
PMF	Valid	Nei	44	100,0	100,0	100,0

Søvn

Praksistype			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Allmenn	Valid	Nei	29	96,7	96,7	96,7
		Ja	1	3,3	3,3	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
MT	Valid	Nei	29	87,9	87,9	87,9
		Ja	4	12,1	12,1	100,0
		Total	33	100,0	100,0	
PMF	Valid	Nei	41	93,2	93,2	93,2
		Ja	3	6,8	6,8	100,0
		Total	44	100,0	100,0	

Ingen skjema

Praksistype			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Allmenn	Valid	Nei	5	16,7	16,7	16,7
		Ja	25	83,3	83,3	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
MT	Valid	Nei	15	45,5	45,5	45,5
		Ja	18	54,5	54,5	100,0
		Total	33	100,0	100,0	
PMF	Valid	Nei	9	20,5	20,5	20,5
		Ja	35	79,5	79,5	100,0
		Total	44	100,0	100,0	

Kartlegging ved bruk av samtale

Frequencies

Praksistype		Statistics													
		Sosialt nettverk	Psykisk helse	Psykiatri	Følelser/Affektbevissthet	Jobb (psykososiale forhold)	Oppvekst (psykososiale forhold)	Rus og stimulantia	Tro og religion	Naturlige funksjoner	Traumehistorie (generell)	Traumehistorie (spesifikk)	Nåværende stressymptomer	Kartlegger ikke rutinemessig	
Allmenn	N	Valid	30	30	30	29	30	30	30	30	30	30	30	30	
		Missing	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
MT	N	Valid	33	33	32	33	33	33	33	33	33	33	33		
		Missing	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		
PMF	N	Valid	44	44	43	44	44	44	44	44	44	44	44		
		Missing	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		

Frequency Table

Sosialt nettverk

Praksistype		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Allmenn	Valid	Nei	3	10,0	10,0
		Ja	27	90,0	90,0
		Total	30	100,0	100,0
MT	Valid	Nei	5	15,2	15,2
		Ja	28	84,8	84,8
		Total	33	100,0	100,0
PMF	Valid	Ja	44	100,0	100,0

Psykisk helse

Praksistype		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Allmenn	Valid	Nei	12	40,0	40,0
		Ja	18	60,0	60,0
		Total	30	100,0	100,0
MT	Valid	Nei	4	12,1	12,1
		Ja	29	87,9	87,9
		Total	33	100,0	100,0
PMF	Valid	Nei	2	4,5	4,5
		Ja	42	95,5	95,5
		Total	44	100,0	100,0

Psykiatri

Praksistype		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Allmenn	Valid	Nei	28	93,3	93,3
		Ja	2	6,7	6,7
		Total	30	100,0	100,0
MT	Valid	Nei	26	78,8	81,3
		Ja	6	18,2	18,8
		Total	32	97,0	100,0
	Missing	System	1	3,0	
Total		33	100,0		
PMF	Valid	Nei	14	31,8	32,6
		Ja	29	65,9	67,4
		Total	43	97,7	100,0
	Missing	System	1	2,3	
Total		44	100,0		

Følelser/Affektbevissthet

Praksistype			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Allmenn	Valid	Nei	14	46,7	48,3	48,3
		Ja	15	50,0	51,7	100,0
		Total	29	96,7	100,0	
	Missing	System	1	3,3		
	Total		30	100,0		
MT	Valid	Nei	18	54,5	54,5	54,5
		Ja	15	45,5	45,5	100,0
		Total	33	100,0	100,0	
PMF	Valid	Nei	6	13,6	13,6	13,6
		Ja	38	86,4	86,4	100,0
		Total	44	100,0	100,0	

Jobb (psykososiale forhold)

Praksistype			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Allmenn	Valid	Nei	2	6,7	6,7	6,7
		Ja	28	93,3	93,3	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
MT	Valid	Nei	1	3,0	3,0	3,0
		Ja	32	97,0	97,0	100,0
		Total	33	100,0	100,0	
PMF	Valid	Ja	44	100,0	100,0	100,0

Oppvekst (psykososiale forhold)

Praksistype			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Allmenn	Valid	Nei	23	76,7	76,7	76,7
		Ja	7	23,3	23,3	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
MT	Valid	Nei	26	78,8	78,8	78,8
		Ja	7	21,2	21,2	100,0
		Total	33	100,0	100,0	
PMF	Valid	Nei	1	2,3	2,3	2,3
		Ja	43	97,7	97,7	100,0
		Total	44	100,0	100,0	

Rus og stimulantia

Praksistype			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Allmenn	Valid	Nei	23	76,7	76,7	76,7
		Ja	7	23,3	23,3	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
MT	Valid	Nei	23	69,7	69,7	69,7
		Ja	10	30,3	30,3	100,0
		Total	33	100,0	100,0	
PMF	Valid	Nei	18	40,9	40,9	40,9
		Ja	26	59,1	59,1	100,0
		Total	44	100,0	100,0	

Tro og religion

Praksistype			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Allmenn	Valid	Nei	26	86,7	86,7	86,7
		Ja	4	13,3	13,3	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
MT	Valid	Nei	33	100,0	100,0	100,0
PMF	Valid	Nei	38	86,4	86,4	86,4
		Ja	6	13,6	13,6	100,0
		Total	44	100,0	100,0	

Naturlige funksjoner

Praksistype			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Allmenn	Valid	Nei	8	26,7	26,7	26,7
		Ja	22	73,3	73,3	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
MT	Valid	Nei	5	15,2	15,2	15,2
		Ja	28	84,8	84,8	100,0
		Total	33	100,0	100,0	
PMF	Valid	Nei	2	4,5	4,5	4,5
		Ja	42	95,5	95,5	100,0
		Total	44	100,0	100,0	

Traumehistorie (generelt)

Praksistype			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Allmenn	Valid	Nei	12	40,0	40,0	40,0
		Ja	18	60,0	60,0	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
MT	Valid	Nei	10	30,3	30,3	30,3
		Ja	23	69,7	69,7	100,0
		Total	33	100,0	100,0	
PMF	Valid	Nei	5	11,4	11,4	11,4
		Ja	39	88,6	88,6	100,0
		Total	44	100,0	100,0	

Traumehistorie (spesifikt)

Praksistype			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Allmenn	Valid	Nei	29	96,7	96,7	96,7
		Ja	1	3,3	3,3	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
MT	Valid	Nei	32	97,0	97,0	97,0
		Ja	1	3,0	3,0	100,0
		Total	33	100,0	100,0	
PMF	Valid	Nei	24	54,5	54,5	54,5
		Ja	20	45,5	45,5	100,0
		Total	44	100,0	100,0	

Nåværende stressymptomer

Praksistype			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Allmenn	Valid	Nei	14	46,7	46,7	46,7
		Ja	16	53,3	53,3	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
MT	Valid	Nei	21	63,6	63,6	63,6
		Ja	12	36,4	36,4	100,0
		Total	33	100,0	100,0	
PMF	Valid	Nei	8	18,2	18,2	18,2
		Ja	36	81,8	81,8	100,0
		Total	44	100,0	100,0	

Kartlegger ikke rutinemessig

Praksistype			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Allmenn	Valid	Nei	25	83.3	83.3	83.3
		Ja	5	16.7	16.7	100.0
		Total	30	100.0	100.0	
MT	Valid	Nei	31	93.9	93.9	93.9
		Ja	2	6.1	6.1	100.0
		Total	33	100.0	100.0	
PMF	Valid	Nei	44	100.0	100.0	100.0

Vedlegg 6: Konfunderanalyse mellom subgrupper

Oneway

		ANOVA				
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Alder	Between Groups	362,388	2	181,194	2,028	,137
	Within Groups	9289,798	104	89,325		
	Total	9652,187	106			
Praksisår (Fysio)	Between Groups	213,200	2	106,600	1,240	,294
	Within Groups	8944,202	104	86,002		
	Total	9157,402	106			
Praksisår (Avtale)	Between Groups	590,152	2	295,076	3,098	,049
	Within Groups	9907,268	104	95,262		
	Total	10497,421	106			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Tukey HSD

Dependent Variable	(I) Praksistype	(J) Praksistype	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Alder	Allmenn	MT	3,767	2,384	,259	-1,90	9,44
		PMF	-,347	2,238	,987	-5,67	4,97
	MT	Allmenn	-3,767	2,384	,259	-9,44	1,90
		PMF	-4,114	2,176	,147	-9,29	1,06
	PMF	Allmenn	,347	2,238	,987	-4,97	5,67
		MT	4,114	2,176	,147	-1,06	9,29
Praksisår (Fysio)	Allmenn	MT	3,230	2,339	,355	-2,33	8,79
		PMF	,314	2,196	,989	-4,91	5,53
	MT	Allmenn	-3,230	2,339	,355	-8,79	2,33
		PMF	-2,917	2,136	,363	-7,99	2,16
	PMF	Allmenn	-,314	2,196	,989	-5,53	4,91
		MT	2,917	2,136	,363	-2,16	7,99
Praksisår (Avtale)	Allmenn	MT	1,885	2,462	,725	-3,97	7,74
		PMF	5,529*	2,311	,048	,03	11,02
	MT	Allmenn	-1,885	2,462	,725	-7,74	3,97
		PMF	3,644	2,248	,241	-1,70	8,99
	PMF	Allmenn	-5,529*	2,311	,048	-11,02	-,03
		MT	-3,644	2,248	,241	-8,99	1,70

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Vedleggstabell 6-1: Grunnleggende analyser av kontinuerlige demografiske variabler mellom subgrupper.

			Praksislengde som avtalefysioterapeut
Spearman's rho	Praksislengde som avtalefysioterapeut	Correlation Coefficient	1.000
		Sig. (2-tailed)	.
		N	30
	Hvor ofte kartlegges traumatiske livserfaringer (alltid/vanligvis/aldri)?	Correlation Coefficient	.053
		Sig. (2-tailed)	.782
		N	30
	Hvor spesifikt kartlegges traumatiske livserfaringer (spesifikt/generelt/aldri)?	Correlation Coefficient	.131
		Sig. (2-tailed)	.489
		N	30
	Anser som relevant (påstand 1)	Correlation Coefficient	.000
		Sig. (2-tailed)	1.000
		N	30
	Faggruppes rolle (påstand 2)	Correlation Coefficient	-.116
		Sig. (2-tailed)	.543
		N	30
	Tilstrekkelig kompetanse_screening (påstand 3)	Correlation Coefficient	-.153
		Sig. (2-tailed)	.429
		N	29
	Tilstrekkelig kompetanse_anamnese (påstand 4)	Correlation Coefficient	.005
		Sig. (2-tailed)	.978
		N	30
	Tilstrekkelig kompetanse_undersøkel se (påstand 5)	Correlation Coefficient	-.149
		Sig. (2-tailed)	.432
		N	30
	Ønsker mer kompetanse (påstand 6)	Correlation Coefficient	.436*
		Sig. (2-tailed)	.018
		N	29

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

a. Praksistype = Allmenn

Vedleggstabell 6-2: Demografisk variabel med signifikant funn i grunnleggende analyser evalueres opp mot avhengige og uavhengige variabler i samvariasjonsanalysen for subgruppen *Allmenn*.

		Praksislengde som avtalefysioterapeut	
Spearman's rho	Praksislengde som avtalefysioterapeut	Correlation Coefficient	1.000
		Sig. (2-tailed)	.
		N	44
Hvor ofte kartlegges traumatiske livserfaringer (alltid/vanligvis/aldri)?		Correlation Coefficient	-.114
		Sig. (2-tailed)	.459
		N	44
Hvor spesifikt kartlegges traumatiske livserfaringer (spesifikt/generelt/aldri)?		Correlation Coefficient	-.083
		Sig. (2-tailed)	.594
		N	44
Anser som relevant (påstand 1)		Correlation Coefficient	.
		Sig. (2-tailed)	.
		N	44
Faggruppes rolle (påstand 2)		Correlation Coefficient	.184
		Sig. (2-tailed)	.232
		N	44
Tilstrekkelig kompetanse_screening (påstand 3)		Correlation Coefficient	-.206
		Sig. (2-tailed)	.191
		N	42
Tilstrekkelig kompetanse_anamnese (påstand 4)		Correlation Coefficient	-.001
		Sig. (2-tailed)	.993
		N	44
Tilstrekkelig kompetanse_undersøkel se (påstand 5)		Correlation Coefficient	-.050
		Sig. (2-tailed)	.745
		N	44
Ønsker mer kompetanse (påstand 6)		Correlation Coefficient	.150
		Sig. (2-tailed)	.332
		N	44

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

a. Praksistype = PMF

Vedleggstabell 6-3: Demografisk variabel med signifikant funn i grunnleggende analyser evalueres opp mot avhengige og uavhengige variabler i samvariasjonsanalysen for subgruppen *PMF*.

Case Processing Summary

	Valid		Cases Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kjønn * Praksistype	107	100.0%	0	0.0%	107	100.0%

Kjønn * Praksistype Crosstabulation

			Praksistype			Total
			Allmenn	MT	PMF	
Kjønn	Kvinne	Count	16	11	42	69
		% within Kjønn	23.2%	15.9%	60.9%	100.0%
		% within Praksistype	53.3%	33.3%	95.5%	64.5%
		% of Total	15.0%	10.3%	39.3%	64.5%
	Mann	Count	13	22	2	37
		% within Kjønn	35.1%	59.5%	5.4%	100.0%
		% within Praksistype	43.3%	66.7%	4.5%	34.6%
		% of Total	12.1%	20.6%	1.9%	34.6%
	Annet	Count	1	0	0	1
		% within Kjønn	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
		% within Praksistype	3.3%	0.0%	0.0%	0.9%
		% of Total	0.9%	0.0%	0.0%	0.9%
Total	Count	30	33	44	107	
	% within Kjønn	28.0%	30.8%	41.1%	100.0%	
	% within Praksistype	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	28.0%	30.8%	41.1%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	36.624 ^a	4	.000	.000		
Likelihood Ratio	41.529	4	.000	.000		
Fisher's Exact Test	39.698			.000		
Linear-by-Linear Association	17.970 ^b	1	.000	.000	.000	.000
N of Valid Cases	107					

a. 3 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .28.

b. The standardized statistic is -4.239.

Vedleggstabell 6-4: Grunnleggende analyser av nominal demografisk variabel mellom subgrupper.

Case Processing Summary^a

	Valid		Cases Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kjønn * Hvor ofte kartlegges traumatiske livserfaringer (alltid/vanligvis/aldri)?	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%
Kjønn * Hvor spesifikt kartlegges traumatiske livserfaringer (spesifikt/generelt/aldri)?	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%
Kjønn * Anser som relevant (påstand 1)	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%
Kjønn * Faggruppes rolle (påstand 2)	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%
Kjønn * Tilstrekkelig kompetanse_screening (påstand 3)	29	96.7%	1	3.3%	30	100.0%
Kjønn * Tilstrekkelig kompetanse_anamnese (påstand 4)	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%
Kjønn * Tilstrekkelig kompetanse_undersøkelse (påstand 5)	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%
Kjønn * Ønsker mer kompetanse (påstand 6)	29	96.7%	1	3.3%	30	100.0%

a. Praksistype = Allmenn

Case Processing Summary^a

	Valid		Cases Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kjønn * Hvor ofte kartlegges traumatiske livserfaringer (alltid/vanligvis/aldri)?	33	100.0%	0	0.0%	33	100.0%
Kjønn * Hvor spesifikt kartlegges traumatiske livserfaringer (spesifikt/generelt/aldri)?	33	100.0%	0	0.0%	33	100.0%
Kjønn * Anser som relevant (påstand 1)	33	100.0%	0	0.0%	33	100.0%
Kjønn * Faggruppes rolle (påstand 2)	33	100.0%	0	0.0%	33	100.0%
Kjønn * Tilstrekkelig kompetanse_screening (påstand 3)	33	100.0%	0	0.0%	33	100.0%
Kjønn * Tilstrekkelig kompetanse_anamnese (påstand 4)	33	100.0%	0	0.0%	33	100.0%
Kjønn * Tilstrekkelig kompetanse_undersøkelse (påstand 5)	33	100.0%	0	0.0%	33	100.0%
Kjønn * Ønsker mer kompetanse (påstand 6)	33	100.0%	0	0.0%	33	100.0%

a. Praksistype = MT

Case Processing Summary^a

	Valid		Cases Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kjønn * Hvor ofte kartlegges traumatiske livserfaringer (alltid/vanligvis/aldri)?	44	100.0%	0	0.0%	44	100.0%
Kjønn * Hvor spesifikt kartlegges traumatiske livserfaringer (spesifikt/generelt/aldri)?	44	100.0%	0	0.0%	44	100.0%
Kjønn * Anser som relevant (påstand 1)	44	100.0%	0	0.0%	44	100.0%
Kjønn * Faggruppes rolle (påstand 2)	44	100.0%	0	0.0%	44	100.0%
Kjønn * Tilstrekkelig kompetanse_screening (påstand 3)	42	95.5%	2	4.5%	44	100.0%
Kjønn * Tilstrekkelig kompetanse_anamnese (påstand 4)	44	100.0%	0	0.0%	44	100.0%
Kjønn * Tilstrekkelig kompetanse_undersøkelse (påstand 5)	44	100.0%	0	0.0%	44	100.0%
Kjønn * Ønsker mer kompetanse (påstand 6)	44	100.0%	0	0.0%	44	100.0%

a. Praksistype = PMF

Vedleggstabell 6-5: Krysstabeller som ble gjennomført for *kjønn* i subgruppene.

Kjønn x	Allmenn	MT	PMF
Kartleggingsvariabel A	0,124	0,119	0,344
Kartleggingsvariabel B	0,101	0,075	1,000
Påstand 1	0,141	0,778	*
Påstand 2	0,484	1,000	1,000
Påstand 3	0,269	0,844	1,000
Påstand 4	0,772	0,739	1,000
Påstand 5	0,950	0,695	1,000
Påstand 6	0,842	0,672	1,000

Vedleggstabell 6-6: Oversikt over p-verdier fra kjiqvadrat kysstabeller (fishers eksakte test) fra vedleggstabell 6-5.

* Alle kjønn svarte det samme, og påstand 1 er en konstant

Vedlegg 7: Konfunderanalyse innad i subgrupper

			Aldersgruppe	Praksislengde som fysioterapeut	Praksislengde som avtalefysioterapeut
Spearman's rho	Aldersgruppe	Correlation Coefficient	1.000	.822**	.854**
		Sig. (2-tailed)	.	.000	.000
N		30	30	30	
Praksislengde som fysioterapeut	Praksislengde som fysioterapeut	Correlation Coefficient	.822**	1.000	.834**
		Sig. (2-tailed)	.000	.	.000
		N	30	30	30
Praksislengde som avtalefysioterapeut	Praksislengde som avtalefysioterapeut	Correlation Coefficient	.854**	.834**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.
		N	30	30	30
Hvor ofte kartlegges traumatiske livserfaringer (alltid/vanligvis/aldri)?	Hvor ofte kartlegges traumatiske livserfaringer (alltid/vanligvis/aldri)?	Correlation Coefficient	.072	-.001	.053
		Sig. (2-tailed)	.704	.997	.782
		N	30	30	30
Hvor spesifikt kartlegges traumatiske livserfaringer (spesifikt/generelt/aldri)?	Hvor spesifikt kartlegges traumatiske livserfaringer (spesifikt/generelt/aldri)?	Correlation Coefficient	.147	.092	.131
		Sig. (2-tailed)	.437	.630	.489
		N	30	30	30
Anser som relevant (påstand 1)	Anser som relevant (påstand 1)	Correlation Coefficient	.065	-.005	.000
		Sig. (2-tailed)	.733	.977	1.000
		N	30	30	30
Faggruppes rolle (påstand 2)	Faggruppes rolle (påstand 2)	Correlation Coefficient	.031	-.064	-.116
		Sig. (2-tailed)	.872	.737	.543
		N	30	30	30
Tilstrekkelig kompetanse_screening (påstand 3)	Tilstrekkelig kompetanse_screening (påstand 3)	Correlation Coefficient	-.281	-.033	-.153
		Sig. (2-tailed)	.139	.864	.429
		N	29	29	29
Tilstrekkelig kompetanse_anamnese (påstand 4)	Tilstrekkelig kompetanse_anamnese (påstand 4)	Correlation Coefficient	-.006	-.011	.005
		Sig. (2-tailed)	.976	.954	.978
		N	30	30	30
Tilstrekkelig kompetanse_undersøkel se (påstand 5)	Tilstrekkelig kompetanse_undersøkel se (påstand 5)	Correlation Coefficient	-.155	-.096	-.149
		Sig. (2-tailed)	.415	.616	.432
		N	30	30	30
Ønsker mer kompetanse (påstand 6)	Ønsker mer kompetanse (påstand 6)	Correlation Coefficient	.454*	.317	.436*
		Sig. (2-tailed)	.013	.094	.018
		N	29	29	29

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

a. Praksistype = Allmenn

Vedleggstabell 7-1: De demografiske variablene *alder*, *praksislengde som fysioterapeut* og *praksislengde som avtalefysioterapeut* evaluert opp mot uavhengige og avhengige variabler i subgruppen *Allmenn*.

			Aldersgrupp e	Praksislengd e som fysioterapeut	Praksislengd e som avtalefysioter apeut
Spearman's rho	Aldersgruppe	Correlation Coefficient	1.000	.834**	.716**
		Sig. (2-tailed)	.	.000	.000
		N	33	33	33
	Praksislengde som fysioterapeut	Correlation Coefficient	.834**	1.000	.749**
		Sig. (2-tailed)	.000	.	.000
		N	33	33	33
	Praksislengde som avtalefysioterapeut	Correlation Coefficient	.716**	.749**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.
		N	33	33	33
	Hvor ofte kartlegges traumatiske livserfaringer (alltid/vanligvis/aldri)?	Correlation Coefficient	.023	-.055	-.128
		Sig. (2-tailed)	.899	.763	.479
		N	33	33	33
	Hvor spesifikt kartlegges traumatiske livserfaringer (spesifikt/generelt/aldri) ?	Correlation Coefficient	.192	.051	.043
		Sig. (2-tailed)	.285	.778	.812
		N	33	33	33
	Anser som relevant (påstand 1)	Correlation Coefficient	.223	.147	.233
		Sig. (2-tailed)	.213	.413	.192
		N	33	33	33
	Faggruppes rolle (påstand 2)	Correlation Coefficient	.402*	.310	.325
		Sig. (2-tailed)	.020	.079	.065
		N	33	33	33
	Tilstrekkelig kompetanse_screening (påstand 3)	Correlation Coefficient	-.021	.056	.034
		Sig. (2-tailed)	.908	.757	.850
		N	33	33	33
	Tilstrekkelig kompetanse_anamnese (påstand 4)	Correlation Coefficient	-.181	-.177	-.167
		Sig. (2-tailed)	.314	.323	.352
		N	33	33	33
	Tilstrekkelig kompetanse_undersøkel se (påstand 5)	Correlation Coefficient	.108	.078	.147
		Sig. (2-tailed)	.549	.668	.415
		N	33	33	33
Ønsker mer kompetanse (påstand 6)	Correlation Coefficient	.344	.339	.554**	
	Sig. (2-tailed)	.050	.053	.001	
	N	33	33	33	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

a. Praksistype = MT

Vedleggstabell 7-2: De demografiske variablene *alder*, *praksislengde som fysioterapeut* og *praksislengde som avtalefysioterapeut* evaluert opp mot uavhengige og avhengige variabler i subgruppen *MT*.

			Aldersgrupp e	Praksislengd e som fysioterapeut	Praksislengd e som avtalefysioter apeut
Spearman's rho	Aldersgruppe	Correlation Coefficient	1.000	.821**	.494**
		Sig. (2-tailed)	.	.000	.001
		N	44	44	44
	Praksislengde som fysioterapeut	Correlation Coefficient	.821**	1.000	.739**
		Sig. (2-tailed)	.000	.	.000
		N	44	44	44
	Praksislengde som avtalefysioterapeut	Correlation Coefficient	.494**	.739**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.001	.000	.
		N	44	44	44
	Hvor ofte kartlegges traumatiske livserfaringer (alltid/vanligvis/aldri)?	Correlation Coefficient	-.067	-.115	-.114
		Sig. (2-tailed)	.664	.459	.459
		N	44	44	44
	Hvor spesifikt kartlegges traumatiske livserfaringer (spesifikt/generelt/aldri ?)	Correlation Coefficient	-.022	-.009	-.083
		Sig. (2-tailed)	.885	.956	.594
		N	44	44	44
	Anser som relevant (påstand 1)	Correlation Coefficient	.	.	.
		Sig. (2-tailed)	.	.	.
		N	44	44	44
	Faggruppes rolle (påstand 2)	Correlation Coefficient	.200	.252	.184
		Sig. (2-tailed)	.192	.099	.232
		N	44	44	44
	Tilstrekkelig kompetanse_screening (påstand 3)	Correlation Coefficient	-.119	-.135	-.206
		Sig. (2-tailed)	.453	.394	.191
		N	42	42	42
Tilstrekkelig kompetanse_anamnese (påstand 4)	Correlation Coefficient	.003	-.079	-.001	
	Sig. (2-tailed)	.986	.610	.993	
	N	44	44	44	
Tilstrekkelig kompetanse_undersøkel se (påstand 5)	Correlation Coefficient	.116	-.001	-.050	
	Sig. (2-tailed)	.453	.996	.745	
	N	44	44	44	
Ønsker mer kompetanse (påstand 6)	Correlation Coefficient	.137	.199	.150	
	Sig. (2-tailed)	.374	.196	.332	
	N	44	44	44	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

a. Praksistype = PMF

Vedleggstabell 7-3: De demografiske variablene *alder*, *praksislengde som fysioterapeut* og *praksislengde som avtalefysioterapeut* evaluert opp mot uavhengige og avhengige variabler i subgruppen *PMF*.

Vedlegg 8: Samvariasjonsanalyse for forskningsspørsmål 2

			Hvor ofte kartlegges traumatiske livserfaringer (alltid/vanligvis/aldri)?	Hvor spesifikt kartlegges traumatiske livserfaringer (spesifikt/generelt/aldri)?
Spearman's rho	Hvor ofte kartlegges traumatiske livserfaringer (alltid/vanligvis/aldri)?	Correlation Coefficient	1.000	.914**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
N		30	30	
Hvor spesifikt kartlegges traumatiske livserfaringer (spesifikt/generelt/aldri)?	Correlation Coefficient	.914**	1.000	
	Sig. (2-tailed)	.000	.	
	N	30	30	
Aldersgruppe	Correlation Coefficient	.072	.147	
	Sig. (2-tailed)	.704	.437	
	N	30	30	
Praksislengde som fysioterapeut	Correlation Coefficient	-.001	.092	
	Sig. (2-tailed)	.997	.630	
	N	30	30	
Praksislengde som avtalefysioterapeut	Correlation Coefficient	.053	.131	
	Sig. (2-tailed)	.782	.489	
	N	30	30	
Anser som relevant (påstand 1)	Correlation Coefficient	-.370*	-.363*	
	Sig. (2-tailed)	.044	.049	
	N	30	30	
Faggruppes rolle (påstand 2)	Correlation Coefficient	-.319	-.317	
	Sig. (2-tailed)	.085	.088	
	N	30	30	
Tilstrekkelig kompetanse_screening (påstand 3)	Correlation Coefficient	-.350	-.293	
	Sig. (2-tailed)	.063	.122	
	N	29	29	
Tilstrekkelig kompetanse_anamnese (påstand 4)	Correlation Coefficient	.057	.104	
	Sig. (2-tailed)	.765	.586	
	N	30	30	
Tilstrekkelig kompetanse_undersøkel se (påstand 5)	Correlation Coefficient	-.006	-.025	
	Sig. (2-tailed)	.973	.896	
	N	30	30	
Ønsker mer kompetanse (påstand 6)	Correlation Coefficient	.070	-.071	
	Sig. (2-tailed)	.718	.715	
	N	29	29	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

a. Praksistype = Allmenn

Vedleggstabell 8-1: Spearman rho for avhengige og uavhengige ordinale variabler for subgruppen *Allmenn*.

			Hvor ofte kartlegges traumatiske livserfaringer (alltid/vanligvis/aldri)?	Hvor spesifikt kartlegges traumatiske livserfaringer (spesifikt/generelt/aldri)?
Spearman's rho	Hvor ofte kartlegges traumatiske livserfaringer (alltid/vanligvis/aldri)?	Correlation Coefficient	1.000	.877**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
N		33	33	
Hvor spesifikt kartlegges traumatiske livserfaringer (spesifikt/generelt/aldri)?	Correlation Coefficient	.877**	1.000	
	Sig. (2-tailed)	.000	.	
	N	33	33	
Aldersgruppe	Correlation Coefficient	.023	.192	
	Sig. (2-tailed)	.899	.285	
	N	33	33	
Praksislengde som fysioterapeut	Correlation Coefficient	-.055	.051	
	Sig. (2-tailed)	.763	.778	
	N	33	33	
Praksislengde som avtalefysioterapeut	Correlation Coefficient	-.128	.043	
	Sig. (2-tailed)	.479	.812	
	N	33	33	
Anser som relevant (påstand 1)	Correlation Coefficient	-.106	.045	
	Sig. (2-tailed)	.557	.805	
	N	33	33	
Faggruppes rolle (påstand 2)	Correlation Coefficient	-.386*	-.325	
	Sig. (2-tailed)	.027	.065	
	N	33	33	
Tilstrekkelig kompetanse_screening (påstand 3)	Correlation Coefficient	-.424*	-.372*	
	Sig. (2-tailed)	.014	.033	
	N	33	33	
Tilstrekkelig kompetanse_anamnese (påstand 4)	Correlation Coefficient	.020	.147	
	Sig. (2-tailed)	.911	.415	
	N	33	33	
Tilstrekkelig kompetanse_undersøkel se (påstand 5)	Correlation Coefficient	-.055	.118	
	Sig. (2-tailed)	.760	.514	
	N	33	33	
Ønsker mer kompetanse (påstand 6)	Correlation Coefficient	-.449**	-.397*	
	Sig. (2-tailed)	.009	.022	
	N	33	33	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

a. Praksistype = MT

Vedleggstabell 8-2: Spearman rho for avhengige og uavhengige ordinale variabler for subgruppen *MT*.

Spearman's rho			Hvor ofte kartlegges traumatiske livserfaringer (alltid/vanligvis/aldri)?	Hvor spesifikt kartlegges traumatiske livserfaringer (spesifikt/generelt/aldri)?
Hvor ofte kartlegges traumatiske livserfaringer (alltid/vanligvis/aldri)?	Correlation Coefficient		1.000	.620**
	Sig. (2-tailed)		.	.000
	N		44	44
Hvor spesifikt kartlegges traumatiske livserfaringer (spesifikt/generelt/aldri)?	Correlation Coefficient		.620**	1.000
	Sig. (2-tailed)		.000	.
	N		44	44
Aldersgruppe	Correlation Coefficient		-.067	-.022
	Sig. (2-tailed)		.664	.885
	N		44	44
Praksislengde som fysioterapeut	Correlation Coefficient		-.115	-.009
	Sig. (2-tailed)		.459	.956
	N		44	44
Praksislengde som avtalefysioterapeut	Correlation Coefficient		-.114	-.083
	Sig. (2-tailed)		.459	.594
	N		44	44
Anser som relevant (påstand 1)	Correlation Coefficient		.	.
	Sig. (2-tailed)		.	.
	N		44	44
Faggruppes rolle (påstand 2)	Correlation Coefficient		-.381*	-.362*
	Sig. (2-tailed)		.011	.016
	N		44	44
Tilstrekkelig kompetanse_screening (påstand 3)	Correlation Coefficient		-.252	-.444**
	Sig. (2-tailed)		.107	.003
	N		42	42
Tilstrekkelig kompetanse_anamnese (påstand 4)	Correlation Coefficient		-.480**	-.401**
	Sig. (2-tailed)		.001	.007
	N		44	44
Tilstrekkelig kompetanse_undersøkel se (påstand 5)	Correlation Coefficient		-.289	-.180
	Sig. (2-tailed)		.057	.243
	N		44	44
Ønsker mer kompetanse (påstand 6)	Correlation Coefficient		.098	.042
	Sig. (2-tailed)		.525	.785
	N		44	44

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

a. Praksistype = PMF

Vedleggstabell 8-3: Spearman rho for avhengige og uavhengige ordinale variabler for subgruppen *PMF*.

Vedlegg 9: Frekvensanalyse for Påstand 1 og Påstand 6

Anser som relevant (påstand 1)^a

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Helt enig	25	83.3	83.3	83.3
	Litt enig	5	16.7	16.7	100.0
Total		30	100.0	100.0	

a. Praksistype = Allmenn

Ønsker mer kompetanse (påstand 6)^a

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Helt enig	13	43.3	44.8	44.8
	Litt enig	12	40.0	41.4	86.2
	Nøytral	4	13.3	13.8	100.0
	Total	29	96.7	100.0	
Missing	Vet ikke	1	3.3		
Total		30	100.0		

a. Praksistype = Allmenn

Anser som relevant (påstand 1)^a

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Helt enig	25	75.8	75.8	75.8
	Litt enig	7	21.2	21.2	97.0
	Nøytral	1	3.0	3.0	100.0
	Total	33	100.0	100.0	

a. Praksistype = MT

Ønsker mer kompetanse (påstand 6)^a

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Helt enig	17	51.5	51.5	51.5
	Litt enig	13	39.4	39.4	90.9
	Litt uenig	2	6.1	6.1	97.0
	Helt uenig	1	3.0	3.0	100.0
	Total	33	100.0	100.0	

a. Praksistype = MT

Anser som relevant (påstand 1)^a

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Helt enig	44	100.0	100.0	100.0

a. Praksistype = PMF

Ønsker mer kompetanse (påstand 6)^a

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Helt enig	21	47.7	47.7	47.7
	Litt enig	15	34.1	34.1	81.8
	Nøytral	5	11.4	11.4	93.2
	Litt uenig	2	4.5	4.5	97.7
	Helt uenig	1	2.3	2.3	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

a. Praksistype = PMF