



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BFY330-O-2022-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	09-05-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	16-05-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BFY330 1 O 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	466
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7945
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	16
Andre medlemmer i gruppen:	467

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Fra covid-19 og tilbake til hverdagen:

En kvalitativ studie om fysioterapeuters erfaringer med
rehabilitering av pasienter etter covid-19

From covid-19 and back to everyday life:

A qualitative study of physiotherapists' experiences with
rehabilitation of patients after covid-19

Kandidatnummer: 466 og 467

Bachelor i fysioterapi

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse og funksjon

Antall ord: 7945

16. mai 2022

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1

Forord

Det har vært spennende, utfordrende og svært lærerikt å jobbe med bacheloroppgaven vår. Det føles godt og rart på samme tid å tenke på at tre år med fysioterapiutdanning, nå går mot slutten. Først av alt ønsker vi å takke alle informantene våre. Vi setter stor pris på at dere ønsket å stille til intervju og at dere ville dele deres erfaringer med oss. Vi ønsker også å rette en stor takk til vår veileder for gode tips, råd og oppmuntring på veien.

Til slutt ønsker vi å takke hverandre for godt samarbeid gjennom hele reisen med bacheloroppgaven. Vi har holdt ut sammen gjennom hele perioden, på tross av at vi de siste ukene så vidt har sett andre levende vesener enn hverandre. Med lite erfaring satte vi sammen ut på denne lange reisen. Nå er vi stolte og glade for at vi endelig kan legge bort munnbindene, puste lettet ut og sette kursen inn mot landing.

Selv om vi ønsket å levere bacheloroppgaven vår før det munnet mot helg, tok vi ikke sjansen på å levere fredag den trettende. Vi håper at dette kan bringe oss lykke på veien.

Bergen, 15. mai 2022.

Sammendrag

Tittel: Fra covid-19 og tilbake til hverdagen: En kvalitativ studie om fysioterapeuters erfaringer med rehabilitering av pasienter etter covid-19.

Formål: Belyse fysioterapeuters erfaringer og tanker med rehabilitering av pasienter som har hatt covid-19 – både ved tidlig rehabilitering etter utskrivelse fra sykehus og ved rehabilitering for pasienter som opplever senfølger over lang tid.

Problemstilling: Hvilke erfaringer har fysioterapeuter med rehabilitering av pasienter som har gjennomgått covid-19, og hvordan organiseres rehabiliteringstilbudene?

Metode: Vi benyttet kvalitativ metode med to semistrukturerte intervju og et fokusgruppeintervju. Vi intervjuet fem fysioterapeuter, én fra kommunehelsetjenesten og fire fra spesialisthelsetjenesten. Intervjuene ble transkribert, og vi benyttet systematisk tekstkondensering etter Malteruds fire faser (2017, s. 97–116).

Funn: Informantene erfarer at covid-pasientene som er inne til rehabilitering, er komplekse og at de har sammensatte behov. Pasientene kan komme rett fra sykehus og akutfase, eller ta kontakt lenge etter at de ble smittet. Senfølgene fysioterapeutene opplever som hyppigst er: Fatigue, dyspné og kognitive utfordringer. Alle informantene er opptatt av å jobbe tverrfaglig med disse pasientene, og sier at fysioterapeutene har en sentral rolle i samarbeidet. Tilbudene legger opp til enten gruppebasert rehabilitering eller individuell oppfølging, og tiltakene er hovedsakelig knyttet til styrketrening, utholdenhetstrening og lungefysioterapi. Informantene opplever at stort sett alle pasientene har god effekt av rehabiliteringen, selv om enkelte pasienter kan ha behov for ytterligere oppfølging.

Konklusjon: Fysioterapeutene er enige om at dagens rehabiliteringstilbud for covid-19-pasienter er nyttig og nødvendig, men sier også at det må utvikles et tilbud over et lenger tidsperspektiv med mer oppfølging for denne pasientgruppen. Det sammensatte sykdomsbildet hos pasientene understreker også at det er behov for en individuell og helhetlig tilnærming.

Abstract

Title: From covid-19 and back to everyday life: A qualitative study of physiotherapists' experiences with rehabilitation of patients after covid-19.

Aim: Illustrate physiotherapists' experiences and thoughts with rehabilitation of patients who have had covid-19 – both in early rehabilitation after discharge from the hospital, and rehabilitation for patients who experience “long covid” over a long time.

Research question: What experiences do physiotherapists have with rehabilitation of patients who have had covid-19, and how is the rehabilitation organized?

Method: We used a qualitative method with two semi-structured interviews and one focus group interview. We interviewed five physiotherapists, one from the municipal health service and four from the specialist health service. The interviews were transcribed, and we used systematic text condensation after Malterud's four phases (2017, pp. 97–116).

Results: The informants experience that the covid-patients who are in rehabilitation are complex. Some patients need rehabilitation right after hospital- and acute phase, and others have challenges with “long covid” a long time after they have been infected. The late effects that the physiotherapists experience most frequently are: Fatigue, dyspnea and cognitive challenges. All of the informants are concerned with working interdisciplinary with these patients, and say that the physiotherapists have a central role. The rehabilitation is either group-based or as individual follow-up, and the interventions are mainly related to strength training, endurance training and respiratory physiotherapy. The informants experience that most of the patients have a good effect of the rehabilitation, although some need further follow-up.

Conclusion: The physiotherapists agree that the current rehabilitation offer for covid-19-patients is important and necessary. They also specify that it is needed to develop a rehabilitation offer with longer duration and further follow-up for this patient group. The complex disease picture also points out the need for an individual approach that emphasizes the whole patient.

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Sammendrag	3
Abstract	4
1.0 Innledning	8
1.1 Bakgrunn	8
1.2 Formål med oppgaven og problemstilling	8
2.0 Teori	10
2.1 Covid-19	10
2.2 Rehabilitering og fysioterapi	11
2.2.1 Rehabilitering etter covid-19.....	11
2.2.2 Trening og fysisk aktivitet.....	12
2.2.3 Lungefysioterapi.....	12
2.3 Tverrfaglig samarbeid	13
2.4 Pasient-terapeut relasjon	13
2.5 Forskning om covid-19, rehabilitering og fysioterapi	13
3.0 Metode	15
3.1 Metodologi: En fortolkende tilnærming	15
3.2 Forforståelse	15
3.3 Kvalitativ forskningsmetode	16
3.4 Valg av informanter	16
3.5 Forberedelse til intervju	17
3.6 Gjennomføring av intervju	17
3.7 Bearbeiding av data	17
3.7.1 Transkripsjon.....	17
3.7.2 Analyse av data.....	18
3.8 Etske aspekter	18

3.9 Metodediskusjon	19
3.9.1 Gjennomføring av intervju	19
3.9.2 Transparens og reliabilitet	19
3.9.3 Refleksivitet	20
3.9.4 Validitet: Er resultatene gyldige?	20
4.0 Funn	21
4.1 Presentasjon av informanter	21
4.2 Hvem er “covid-pasienten” med behov for rehabilitering?	22
4.2.1 En kompleks pasientgruppe	22
4.2.2 Sykdomsbilde	22
4.3 Rehabiliteringstilbudene: Organisering, inklusjon, kartlegging og tverrfaglighet	23
4.3.1 Overordnet organisering og inklusjonskriterier	23
4.3.2 Fysioterapeutens kartlegging	24
4.3.3 Tverrfaglig samarbeid	25
4.4 Fysioterapeutiske tiltak og effekt	25
4.4.1 Trening og lungefysioterapi	25
4.4.2 Effekt av de fysioterapeutiske tiltakene	27
4.5 Veien videre	28
4.5.1 Når rehabiliteringsperioden går mot slutten.....	28
4.5.2 Behovet for lenger pasientoppfølging.....	28
5.0 Diskusjon	29
5.1 Hvem er “covid-pasienten” med behov for rehabilitering?	29
5.1.1 Et komplekst symptom-bilde	29
5.1.2 Lungefunksjon og hoste- og slimproblematikk	29
5.1.3 Senfølger: Den usynlige fienden	30
5.2 Rehabiliteringstilbudene	30
5.2.1 Kartleggingen: Erfaringsbasert kunnskap som grunnlag.....	30
5.2.2 Tverrfaglig samarbeid	31
5.3 Fysioterapeutiske tiltak og effekten av disse	31
5.3.1 Trening og individuell tilpasning	32

5.3.2 Lungefysioterapi	33
5.3.3 Trygghet og mestring.....	33
5.4 Veien videre.....	34
5.4.1 Behovet for lenger rehabilitering.....	34
6.0 Konklusjon.....	35
Referanseliste.....	36

Vedlegg

Vedlegg 1: Samtykkeerklæring	42
Vedlegg 2: Litteratursøk.....	46
Vedlegg 3: Intervjuguide	47
Vedlegg 4: Fem faser for rehabilitering av covid-pasienter.....	49
Vedlegg 5: Transkripsjon av intervju med informant 1	50
Vedlegg 6: Transkripsjon av med informant 2, 3 og 4	69
Vedlegg 7: Transkripsjon av intervju med informant 5.....	101

Tabelloversikt

Tabell 1: Presentasjon av informanter.....	21
Tabell 2: Oversikt over testbatterier.....	24
Tabell 3: Oversikt over fysioterapeutiske tiltak.....	26

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn

Vi har alle hørt og lest om virusinfeksjoner, men de to siste årene har de fleste av oss virkelig fått kjenne dette på kroppen. Covid-19-pandemien har satt dype spor både nasjonalt og internasjonalt, og snudd hverdagen vår opp ned. Daglig oppdaterte nøkkeltall (Folkehelseinstituttet, 2022b) viser at over 1,4 millioner nordmenn har vært smittet av koronaviruset så langt. På verdens fysioterapidag i 2020 ble det satt fokus på fysioterapeuters sentrale rolle i rehabilitering, behandling og oppfølging av pasienter som har gjennomgått covid-19 (Norsk fysioterapeutforbund, 2020). Dette vekket en interesse i oss, og vi skjønnte at vi som fremtidige fysioterapeuter kan ha en viktig rolle for denne pasientgruppen. Vi ble nysgjerrige på hvordan fysioterapeuter har tilnærmet seg covid-pasienter som har behov for rehabilitering, og hvordan fysioterapeutene hjelper pasientene tilbake til hverdagen.

1.2 Formål med oppgaven og problemstilling

Formålet med denne oppgaven er å undersøke hvilke erfaringer fysioterapeuter har med rehabilitering av pasienter som har hatt covid-19. Vi tar for oss rehabilitering av pasienter som er i fase tre til fem, etter Helse Sør-Øst (2021, s. 7–8) sin fem-fasemodell for rehabilitering av covid-19-pasienter (se vedlegg 4). Dette er pasienter som er utenfor akutfasen. Vi var nysgjerrige på hvilke tilbud som har blitt utviklet i løpet av pandemien for disse pasientene, og hvilke fellestrekk og ulikheter tilbudene eventuelt har. På bakgrunn av dette kom vi frem til problemstillingen:

“Hvilke erfaringer har fysioterapeuter med rehabilitering av pasienter som har gjennomgått covid-19, og hvordan organiseres rehabiliteringstilbudene?”

Siden dette er et relativt nytt felt ønsket vi å holde problemstillingen åpen. Dette for å få innsikt i flest mulig av fysioterapeutenes tanker og erfaringer.

1.3 Begrepsavklaring

På engelsk er uttrykket “long covid” blitt sentralt for langvarige symptomer etter koronainfeksjon. I en artikkel fra *Tidsskriftet den norske legeforening* (Faiz, 2021) står det at: “*Fenomenet trenger en mer presis beskrivelse, også på norsk.*” I artikkelen ramser forfatterne opp flere benevnelser, og i denne oppgaven brukes ordet *senfølger*.

2.0 Teori

2.1 Covid-19

Coronavirus disease 2019, eller covid-19, er en sykdom forårsaket av viruset sars-CoV-2, fra koronavirusfamilien (Folkehelseinstituttet, 2022a). Sykdommen rammer hovedsakelig luftveiene, men kan også påvirke andre organsystemer i kroppen. Viruset smitter ved kontakt med mottakerens slimhinner i øyne, nese eller munn, eller ved viruspartikler som trekkes ned i lungene. Sykdommen kjennetegnes av symptomer som er karakteristiske for lignende luftveisinfeksjoner, i tillegg til generell sykdomsfølelse, feber og muskelsmerter (Folkehelseinstituttet, 2022a). Samtidig er det klart at det trengs mer forskning på hvilke kortvarige og langsiktige respirasjonssekveler som kan oppstå etter gjennomgått covid-infeksjon (Torres-Castro et al., 2021, s. 336).

2.1.1 Senfølger etter covid-19

Covid-19 kan gi alt fra ingen symptomer til svært alvorlig sykdom, og død (Folkehelseinstituttet, 2022a). De fleste som blir smittet, blir friske i løpet av et par uker og trenger ikke behandling. For andre tar det derimot lenger tid, og de kan oppleve *senfølger* (Helsenorge, u.å.). Folkehelseinstituttet kom i august 2021 med en oppdatert hurtigoversikt, som blant annet tar for seg langtidseffektene av covid-19. Det kommer frem at de vanligste senfølgene er dyspné, fatigue, nedsatt lukte- og smakssans og søvnproblemer (Himmels et al., 2021, s. 3). Flere av disse senfølgene kan være utfordrende å se med det blotte øyet, og usynlige helseplager kan være krevende å henses med i helsevesenet (Dobson, 2021, s. 512).

Hvordan senfølgene utarter seg og hvor lenge de varer, varierer fra person til person. Siden covid-19 er en relativt ny sykdom, er det fremdeles manglende kunnskap om forløpet og senfølger. Foreløpig finnes det heller ingen offisiell definisjon på hvilke symptomer som regnes som senfølger. Det benyttes også ulike tidsrammer for å beskrive senfølger, men et fellestrekk er at symptomene må ha hatt en viss varighet, og at andre forklaringer må kunne utelukkes (Folkehelseinstituttet, 2021, s. 45; Helsedirektoratet, 2021 kap. 1). I litteraturen varierer tidsmessige kriterier for å vurdere senfølger betydelig, fra tre uker etter symptomdebut til 24 uker

etter utskrivelse fra sykehus (Cabrera Martimbianco et al., 2021, s. 12). Helsenorge skriver at senfølger er plager som varer i mer enn fire uker (Helsenorge, u.å.).

2.2 Rehabilitering og fysioterapi

Rehabilitering av ulike pasientgrupper er en sentral del av yrket som fysioterapeut. Helsedirektoratet skriver: *“Rehabilitering kan forstås som tiltak og prosesser som har som mål å gjenvinne eller opprettholde funksjons- og mestringsevne som er tapt, eller står i fare for å tapes, på grunn av sykdom, skade eller inaktivitet”* (2020, kap. 2.1). Fysioterapeutens kompetanse knyttet til å vurdere sammenhenger mellom funksjonsutfordringer, samt å bidra til tiltak og opptrening som kan styrke pasientenes funksjonsnivå, er sentralt i rehabilitering (Norsk fysioterapeutforbund, 2012). Samtidig må det også tas hensyn til ulike hendelser og opplevelser gjennom livet, den nåværende situasjonen, samt sosiale og kulturelle forhold. Denne forståelsen kan, sammen med vurderingen av plagene i bevegelsesapparatet, være avgjørende i rehabilitering av ulike pasientgrupper.

2.2.1 Rehabilitering etter covid-19

Helsedirektoratet har utviklet en nasjonal veileder for koronavirus, som inkluderer rehabilitering av covid-19-pasienter (2022, kap. 11.2). Rådene baserer seg på innspill og erfaringer fra relevante kliniske miljøer, lignende prosjekter, internasjonale kilder og forskning på både covid og antatt sammenlignbare tilstander. Målet med veilederen er å sikre at pasienter som har vedvarende funksjonsnedsettelse etter covid-19-sykdom, skal få god rehabilitering. Rehabiliteringen kan foregå både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Det er foreløpig ikke anbefalt et spesifikt tidsomfang på rehabiliteringsperioden av Helsedirektoratet, men forskning på covid-19 og lungerehabilitering tilsier at både tre, seks og åtte ukers rehabilitering kan være av betydningsfull verdi (Andrews et al., 2015, s. 67; Hayden et al., 2021, s. 18; Liu et al., 2020, s. 4).

I rehabiliteringsforløpet presiserer Helsedirektoratet at det er viktig å ha en helhetlig tilnærming til pasientene etter gjennomgått covid-infeksjon (2022, kap. 11.2). Siden alvorlighetsgraden av forløpet kan variere, må derfor rehabiliteringstiltakene tilpasses den enkeltes behov. Det individualiserte behovet trekkes også frem av

Goodwin et al. (2021, s. 19), som tok for seg generaliserbarheten til rehabiliteringsintervensjoner benyttet på sammenlignbare pasientgrupper. Helsedirektoratet anbefaler Helse Sør-Øst sin fem-fasemodell (vedlegg 4) som nasjonal standard når det kommer til kartlegging og rehabilitering av covid-19-pasienter (Helsedirektoratet, 2022, kap. 11.2).

2.2.2 Trening og fysisk aktivitet

Helsedirektoratet nevner flere aktuelle rehabiliteringstiltak for covid-pasienter, hvor trening og fysisk aktivitet også inkluderes: Informasjon og trygging, tilpasset trening, gradvis fysisk og sosial aktivitet, og fokus på gode mestringsstrategier som styrker pasientens mestringsfølelse (Helsedirektoratet, 2022, kap. 11.2). Trening defineres av Caspersen et al. (1985, s. 126) som: *“Fysisk aktivitet som er planlagt, strukturert, repeterende og målrettet i den forstand at forbedring eller vedlikehold av fysisk form er målet.”* I litteraturen kan en også finne positive fordeler med trening for covid-pasienter som har et rehabiliteringsbehov. Gentil et al. (2021, s. 6) så på anbefalinger for styrketrening etter covid-19, og fant at styrketrening kan anses som en trygg og gjennomførbar aktivitet. En annen studie (Yang & Yang, 2020, s. 82) undersøkte lungerehabilitering for pasienter med covid-19. De anbefaler at styrketrening bør skje progressivt to til tre ganger per uke, med en treningsperiode på seks uker, og en ukentlig økning i belastning på fem til ti prosent. Ifølge Alawna et al. (2020, s. 6) er også utholdenhetstrening et sentralt treningstiltak som kan gi positive effekter for covid-pasienter.

2.2.3 Lungefysioterapi

Da covid-19 kom til landet, opplevde Norges Fysioterapeutforbund (NFF) stor etterspørsel fra fysioterapeuter som ønsket å oppdatere sin grunnkunnskap om lungefysioterapi (Norsk fysioterapeutforbund, u.å.). Lungefysioterapi baserer seg på fysioterapitiltak som gjøres for å påvirke lungefunksjon. Det omfatter slimmobiliserende behandling, ulike pusteteknikker, samt tiltak for å ivareta elastisitet og bevegelighet slik at lungene kan fungere best mulig (Gursli, 2016, s. 2). I arbeidet med covid-19-pasienter fremheves det av NFF at hensikten med lungefysioterapi er å forebygge og behandle lungekomplikasjoner (Norsk fysioterapeutforbund, u.å.).

2.3 Tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid er sentralt i fysioterapi, noe som også presiseres gjennomgående under formålet med utdanningen (2005, § 2). Helsedirektoratet (2018) definerer tverrfaglig samarbeid som: *“En strukturert arbeidsform som forutsetter dialog og felles beslutninger mellom personell fra ulike faggrupper og sammen med pasient, bruker og eventuelt pårørende både i utredning (...), planlegging (...), gjennomføring (...) og evaluering av tiltak.”* Den tverrfaglige tjenesten skal være samordnet, og den enkelte må være trygg og kompetent i sin fagrolle (Helsedirektoratet, 2019 kap. 7). En kohortstudie (Puchner et al., 2021, s. 197) tok for seg positive effekter av tverrfaglig rehabilitering ved postakutte covid-19-pasienter. De setter lys på at pasientgruppen har betydelig nytte av tverrfaglig rehabilitering, grunnet det sammensatte symptombildet. Ikke bare er tverrfaglig samarbeid nyttig, men samarbeidet er også lovpålagt gjennom helsepersonelloven (1999, § 4).

2.4 Pasient-terapeut relasjon

Rolle- og relasjonsaspektet omtales av Thornquist (2009, s. 24) som hvordan den enkelte ser seg selv i relasjon til andre i en situasjon, og hvordan vi forholder oss til andre. Relasjonen mellom pasient og terapeut er en sentral faktor for å oppnå et godt samarbeid mellom de to partene. Thornquist (2009, s. 29) hevder imidlertid at ethvert forhold mellom pasient og terapeut i utgangspunktet er en asymmetrisk relasjon, basert på blant annet skjevheter i makt- og kunnskapsfordeling. Selv om relasjonen er asymmetrisk, påpeker Hanstvedt & Løken (2016, s. 34) at forholdet kan bli mer symmetrisk gjennom å opparbeide gjensidig tillit. Ved å bygge et bånd til pasienten, kan også effekten av intervensjonene man velger å bruke forsterkes (O’Keeffe et al., 2016, s. 620).

2.5 Forskning om covid-19, rehabilitering og fysioterapi

I løpet av pandemien har det blitt publisert mye forskning om selve covid-19-infeksjonen: *“Aldri tidligere har verden sett en så eksplosiv forskningssatsing på ett problemområde i løpet av så kort tid”* (Piro, 2020). Gjennom flere litteratursøk (se vedlegg 2) fant vi at det derimot er noe begrenset med forskning på rehabilitering og

fysioterapi for pasienter som har gjennomgått covid-19. Dette understrekes også av Helsedirektoratet (2021, kap. 2): *“Særlig på rehabiliteringsaspektet ved covid-19-oppfølgningen mangler vi tilstrekkelig kunnskap om tilnærming og effekt.”* I dette avsnittet vil vi presentere forskning som vi fant på området, som utfylles videre i diskusjonskapittelet.

I 2022 ble det publisert en hurtigoversikt som oppsummerer effekten av fysioterapi for covid-19-pasienter (Debeuf et al., 2022, s. 2–6). Hurtigoversikten tar for seg flere intervensjoner, og resultatet viser at fysioterapi ser ut til å ha positiv effekt på både lungefunksjon, fysisk- og psykososial funksjon.

En norsk studie utført av Skjørten et al. (2021, s. 6) tar for seg kardiopulmonal treningskapasitet og begrensninger knyttet til dette, etter gjennomgått covid-19-sykdom. Funnene viste at bare en tredjedel av deltakerne fremdeles hadde lavt oksygenopptak, tre til fire måneder etter utskrivelse fra sykehus. For 63 % av disse skyldtes dette dårlig kondisjon. Årsaker knyttet til utfordringer med lunger, gjaldt bare for 14 % av tilfellene.

En systematisk oversikt fra 2022 undersøkte effekten av ulike rehabiliteringsintervensjoner for personer som opplever senfølger etter covid-19 (Fugazzaro et al., 2022, s. 3). Intervensjonene bestod av tiltak knyttet til både respirasjon og fysisk trening. Resultater fra studien viser at rehabilitering kan bedre dyspné, angst og redsel for bevegelse. Zampogna (2021, s. 417) et al. evaluerte effektiviteten av lungerehabilitering hos personer som har hatt covid-19, og fant at prinsipper fra lungerehabilitering kan ha god effekt.

3.0 Metode

3.1 Metodologi: En fortolkende tilnærming

De kvalitative forskningsmetodene bygger på det fortolkende paradigmet (Malterud, 2017, s. 27). Det bærer med seg grunnleggende prinsipper om at all kunnskap oppstår gjennom subjektiv persepsjon, og av den grunn er det nødvendig å undersøke hvordan mennesker forstår verden (Saks & Allsop, 2013, s. 18). I oppgaven bruker vi en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming som vitenskapsteoretisk forankring. Creswell og Creswell (2018, s. 5) understreker at forskerens vitenskapsteoretiske forankring bør identifiseres, da den kan påvirke hvilken fremgangsmåte som benyttes. Hermeneutikk dreier seg om spørsmål knyttet til forståelse og fortolkning. Den kan hjelpe oss å erkjenne hvordan vi forstår, og hvordan vi gir verden mening (Thornquist, 2018, s. 167). Fenomenologi er en erfaringsorientert tradisjon som omhandler hvordan verden erfares for subjektet (Thornquist, 2018, s. 22). Tilnærmingene kan sammen skape et godt bilde av informantenes erfaringer, og si noe om hvorfor de erfarer slik som de gjør.

3.2 Forforståelse

Forforståelsen sier noe om vårt tolkningsgrunnlag, og bygger blant annet på erfaringer og hypoteser. Den kan gi styrke til oppgaven, men kan også være så tungtveiende at den bidrar til at forskeren går inn i prosjektet med begrenset horisont (Malterud, 2017, s. 44–45). Malterud (2017, s. 44) illustrerer forskerens forforståelse som: *“Den ryggsekken vi tar med oss inn i forskningsprosjektet, før prosjektet starter.”* Innholdet i vår ryggsekk bærer preg av at vi er fysioterapistudenter. Med erfaringer fra studiet og praksis, hadde vi en forestilling om at rehabilitering generelt er noe som gjør at pasienter kan oppnå bedre funksjon. I forkant av prosjektet hadde vi lite kunnskap om covid-19-pasienter. Siden covid-19 er en virusinfeksjon som hovedsakelig angriper luftveiene, så vi for oss at pasientgruppen hadde nedsatt lungekapasitet – og at de dermed hadde behov for lungefysioterapi og tilpasset opptrening.

3.3 Kvalitativ forskningsmetode

Vi har benyttet kvalitativ forskningsmetode for å belyse problemstillingen vår, fordi tilnærmingen egner seg til å besvare spørsmål knyttet til erfaringer, opplevelser og forventninger (Malterud, 2017, s. 31). Når metoden skulle anvendes, brukte vi semistrukturerte individualintervju og fokusgruppeintervju. Ved å kombinere to intervjuformer, har vi anvendt en type metodetriangulering. Selv om metodetriangulering ofte dreier seg om å kombinere kvalitativ og kvantitativ metode, kan man også triangulere ulike metodiske innfallsvinkler innenfor kvalitativ metode (Jacobsen, 2015, s. 237). Å kombinere ulike komplementære metoder kan gi større bredde og berike funnene, som videre kan styrke konklusjonene man trekker fra sine data (Ryen, 2002, s. 200).

3.4 Valg av informanter

Vi har intervjuet fem fysioterapeuter fra ulike landsdeler, som representerer flere deler av helsesektoren og totalt tre arbeidsplasser. Ved valg av aktuelle informanter gjorde vi et strategisk utvalg. Et strategisk utvalg er sammensatt ut fra en målsetting om at materialet best mulig kan belyse problemstillingen (Malterud, 2017, s. 58). Pasienter som trenger rehabilitering etter covid-19, er naturligvis en relativt ny pasientgruppe. Dermed finnes det heller ingen fysioterapeuter som har flere års erfaring med dette. Derfor ønsket vi å finne informanter som har jobbet med denne problematikken over lengst mulig tid.

For å unngå et homogent datamateriale ønsket vi å intervju informanter fra flere deler av landet, med erfaring fra både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. En slik variasjonsbredde kan gi mulighet for å beskrive flere nyanser av samme problemstilling (Malterud, 2017, s. 59). Vi startet med å søke på internett etter aktuelle rehabiliteringstilbud, og opprettet mailkontakt med flere institusjoner. Institusjonene koblet oss videre til aktuelle fysioterapeuter. Ut ifra dette valgte vi én informant fra kommunehelsetjenesten, og totalt fire informanter fra to institusjoner i spesialisthelsetjenesten – hvorav tre av disse er fra samme institusjon og inngår i fokusgruppeintervjuet.

3.5 Forberedelse til intervju

Før intervjuene utarbeidet vi et samtykkeskjema som vi sendte til informantene (vedlegg 1). Vi utarbeidet også en intervjuguide (vedlegg 3), med formål om å minne oss på hvilke temaer vi ønsker data om, uten å være for detaljert (Malterud, 2017, s. 133–134). Etter tilbakemeldinger fra veileder reviderte vi deler av den, og den ble til slutt bestående av innledende spørsmål, hovedspørsmål med underkategorier og en avsluttende del. Før intervjuene leste vi oss opp på teori knyttet til både problemstillingen og metode.

3.6 Gjennomføring av intervju

Det ble gjennomført totalt tre intervju, og vi intervjuet informantene på sine respektive arbeidsplasser både på Vestlandet og Østlandet. Intervjuene varte fra 41 til 60 minutter. Vi tok utgangspunkt i samme intervjuguide i alle intervjuene, selv om det vokste frem nye spørsmål etter hva de ulike informantene vektla. Som uerfarne forskere var vi opptatt av å være lyttende, og Skilbrei (2019, s. 156) understreker at det er viktig at intervjueren er opptatt av å være genuint interessert i det informantene forteller. Vi var begge til stede i rommet sammen med informantene under alle intervjuene. Under de to individualintervjuene stilte vi begge spørsmål. Ved fokusgruppeintervjuet styrte derimot den ene intervjuet og stilte spørsmål, mens den andre noterte stikkord og supplerte med eventuelle spørsmål.

3.7 Bearbeiding av data

3.7.1 Transkripsjon

Etter at intervjuene var gjennomført begynte transkriberingsprosessen. For å effektivisere prosessen delte vi intervjuene likt mellom oss. Deretter samlet vi oss, og gikk gjennom alle dataene på nytt slik at vi kunne bistå hverandre ved spørsmål og rette opp i eventuelle misforståelser. Dette sikret også at begge var godt kjent med hele datamaterialet. Transkripsjon skal ivareta det opprinnelige materialet, og sørge for at deltakerens erfaringer og meninger blir formidlet slik de oppfattes under intervjuene (Malterud, 2017, s. 77). Vi valgte derfor å transkribere intervjuene ord for ord. Underveis i prosessen oppdaget vi at muntlige setninger og dialektord ikke oppfattes like presist i skriftlig form. Derfor skrev vi om alle intervjuene til bokmål.

Dette kan også bidra til å ivareta anonymitet, sammen med at vi fjernet alle stedsnavn og personnavn. Vi bearbeidet deretter teksten noe ved å fjerne fyllord som: "Mhm", "hm" og "ehm" for å sikre en mer leservennlig tekst.

3.7.2 Analyse av data

For å analysere datamaterialet har vi benyttet oss av en tematisk tverrgående analysemetode av Malterud (2017, s. 97). Denne metoden tar utgangspunkt i systematisk tekstkondensering. Vi startet med å lese gjennom de ferdige transkripsjonene, og dannet oss et overblikk over mulige foreløpige temaer. Dette gjorde vi hver for oss, før vi samlet gikk gjennom de foreslåtte temaene. Deretter diskuterte vi oss frem til fire temaer som kunne belyse problemstillingen. Videre ble innholdet identifisert og organisert i ulike kode- og subgrupper. Subgruppene skal representere relevante nyanser av de fenomenene vi undersøker (Malterud, 2017, s. 106). Til slutt sammenfattet vi innholdet i temaene og undertemaene som presenteres som en analytisk tekst i funnene.

3.8 Etske aspekter

Når det kommer til forskning, og ikke minst kvalitativ forskning, er det svært sentralt å ta hensyn til de etiske problemstillingene som dette bærer med seg. Vi satte oss derfor godt inn i de etiske retningslinjene for prosjektet. Disse er utarbeidet av Høgskulen på Vestlandet, og er godkjent av Norsk senter for forskningsdata som følger nasjonale og internasjonale retningslinjer. Kvalitative data bærer med seg menneskers livserfaringer og tanker, noe som stiller strenge krav til informert samtykke (Malterud, 2017, s. 214). I samtykkeskjemaet (vedlegg 1) står det blant annet informasjon om informantenes rettigheter, og om prosjektet. Informantene og alle opplysningene de har gitt oss er anonymisert, og har bare vært tilgjengelig for veileder og oss studenter. Alt materiell har blitt lagret passordbeskyttet, og mail-korrespondanse, notater, lydopptak og andre identifiserbare data vil slettes ved sensur av oppgaven.

3.9 Metodediskusjon

I forskningsprosessen har vi med oss en forforståelse som kan prege resultatene våre og skape skjevheter. Det er derfor viktig å være bevisst på dette, og å vurdere kvaliteten av studien. Kvaliteten kan vurderes på flere måter, men sentrale begreper i metodelitteraturen er *reliabilitet* og *validitet* (Skilbrei, 2019, s. 87). Også begrepene *transparens* og *refleksivitet* er nyttige. I dette kapitlet inkluderes disse begrepene for å reflektere rundt vår gjennomføring av prosjektet.

3.9.1 Gjennomføring av intervju

Under individualintervjuene var vi to som intervjuet informantene. Målet var å skape en mer avslappet intervjusituasjon, hvor informantene kunne henvende seg til oss begge. På den andre siden kan man også diskutere maktfordelingen ved at vi var “to mot én”. Dette kan ha påvirket dataenes validitet, da informantene kan ha følt seg i mindretall. Vi opplevde imidlertid at det var en naturlig flyt i samtalen under intervjuene, og informantene delte raust av sine erfaringer. At intervjuene ble gjennomført fysisk førte til at vi fikk en nærhet til meningsinnholdet, blant annet fordi vi kunne observere kroppsspråk og holdninger som preget informantene sin fortellermåte.

Vi tok utgangspunkt i samme intervjuguide under alle intervjuene. Dette kan ha lagt føringer for informantene, og bidratt til at de vektla flere av de samme poengene i svarene sine. På den andre siden var intervjuguiden gjennomgående semistrukturert, og ikke en fast mal. Selv om intervjuguiden ikke ble revidert etter første intervju, tok vi med oss erfaringer og nye spørsmål som vi oppdaget at ga utfyllende svar rundt vår problemstilling.

3.9.2 Transparens og reliabilitet

Reliabilitet dreier seg om resultatet sin pålitelighet, og om resultatet er påvirket av intervjuet, datainnsamlingen og analysen (Jacobsen, 2015, s. 241). For å styrke oppgavens reliabilitet, har vi vektlagt transparens i arbeidet med teksten.

Transparens dreier seg om at den kvalitative forskningsprosessen skal være tilgjengelig for innsyn og utfordring (Malterud, 2017, s. 36). Vi har forsøkt å sikre

dette ved å beskrive fremgangsmåten i prosessen så nøye som mulig. Dette gjelder både i metodekapittelet, men omfatter også presentasjonen av funn og diskusjon.

Oppgaven vår er et samarbeid mellom to personer, noe som bidrar til forskertrianglering. At vi var to som så kritisk på datamaterialet og hverandres tolkninger, kan styrke oppgavens reliabilitet. Dette fordi vi som forskere, til tross for vår felles forforståelse, vil kunne ha ulike oppfatninger og inntrykk underveis i forskningsprosessen. Samtidig kan et samarbeid mellom to forskere gi konsekvenser for arbeidsdelingen, ubevisst og bevisst. Dette fordi vi har ulike interesser, styrker og svakheter oss imellom (Skilbrei, 2019, s. 208).

3.9.3 Refleksivitet

Refleksivitet innebærer å reflektere over sitt eget bidrag til det som blir skapt i forskningsprosessen (Thornquist, 2018, s. 245). Forforståelsen man har, er ofte en viktig motivasjonsfaktor for forskningsarbeid rundt et bestemt tema (Malterud, 2017, s. 45). Det er derfor viktig å være kritisk til hvordan denne kan påvirke blant annet gjennomføring av intervjuene og validiteten av dataene. Forforståelsen vår kan ha vært styrende for måten vi stilte spørsmål på, noe som igjen kan ha påvirket refleksiviteten. Likevel reflekterte vi over dette både i forkant, under og etter intervjuene, og vi opplever ikke at dette har vært avgjørende for informantenes svar.

3.9.4 Validitet: Er resultatene gyldige?

Validitet handler om å stille seg kritisk til resultatet sin gyldighet (Malterud, 2017, s. 192). I oppgaven har vi kombinert to intervjumetoder. Denne metodetriangleringen førte til omtrent samme resultater, og man kan derfor argumentere for at dette kan ha styrket validiteten. På den andre siden er dette tidkrevende metoder, som kan begrense antall informasjonskilder. Likevel vil oppgavens rammer med tid og omfang, påvirke muligheten for å intervjuet et større utvalg fysioterapeuter. At informantene både arbeider i kommune- og spesialisthelsetjenesten, i tillegg til å være fra ulike helseforetak, styrker variasjonsbredden og validiteten i funnene våre (Malterud, 2017, s. 59). Dette sikrer at informantene ikke er preget av det samme arbeidsmiljøet, og kan dermed bidra til et mer representativt uttrykk av hvordan norske fysioterapeuter jobber.

4.0 Funn

I dette kapittelet vil vi presentere informantene våre, samt presentere resultater fra datainnsamlingen for å besvare oppgavens problemstilling. Funnene er organisert i fire hovedkategorier: (1) Hvem er “covid-pasienten” med behov for rehabilitering?, (2) Rehabiliteringstilbudene: Organisering, inklusjon, kartlegging og tverrfaglighet, (3) Fysioterapeutiske tiltak og effekt, samt (4) Veien videre.

4.1 Presentasjon av informanter

Vi har intervjuet fem fysioterapeuter, hvorav én jobber i kommunehelsetjenesten og fire jobber i spesialisthelsetjenesten. Vi har valgt å skille arbeidsplassene i spesialisthelsetjenesten ved benevnelsene: Institusjon A og B. Dette fordi tre av fysioterapeutene fra spesialisthelsetjenesten kommer fra samme institusjon.

Tabell 1: Presentasjon av informanter

Informanter	Om informantene
Informant 1	Kvinnelig fysioterapeut i kommunehelsetjenesten. Har jobbet som fysioterapeut siden 2019, og med covid-pasienter siden starten av 2021. Informant 1 jobber bare med pasienter som opplever senfølger seks uker eller lenger etter symptomdebut.
Informant 2 Fra institusjon A	Mannlig fysioterapeut i spesialisthelsetjenesten. Ferdigutdannet i 2016. Har jobbet med covid-pasienter i åtte måneder. Har erfaring fra lungerehabilitering og rehabilitering på sykehjem. Informant 2 jobber med pasienter som kommer rett fra intensivavdeling, men også pasienter som ble smittet av covid-19 for ett år siden eller mer.
Informant 3 Fra institusjon A	Mannlig fysioterapeut i spesialisthelsetjenesten. Ferdigutdannet i 2021. Har jobbet fast med covid- og lungepasienter siden starten av 2022. Informant 3 jobber med pasienter som kommer rett fra intensivavdeling, men også pasienter som ble smittet av covid-19 for ett år siden eller mer.
Informant 4 Fra institusjon A	Kvinnelig fysioterapeut i spesialisthelsetjenesten med videreutdanning innen palliativ omsorg. Har over ti års erfaring med lungerehabilitering, og har jobbet med covid-pasienter siden våren 2020. Informant 4 jobber med pasienter som kommer rett fra intensivavdeling, men også pasienter som ble smittet av covid-19 for ett år siden eller mer.

Informant 5 Fra institusjon B	Kvinnelig fysioterapeut i spesialisthelsetjenesten. 20 års erfaring med rehabilitering, og har videreutdanning innen nevrologisk fysioterapi. Jobber til vanlig med rehabilitering av en variert pasientgruppe, og har siden våren 2020 i tillegg jobbet med covid-pasienter. Informant 5 jobber bare med pasienter som kommer rett fra intensivavdeling.
---	---

4.2 Hvem er “covid-pasienten” med behov for rehabilitering?

4.2.1 En kompleks pasientgruppe

Alle informantene har en felles oppfatning av at pasientene som har hatt covid-19 er en kompleks pasientgruppe. I tillegg er fysioterapeutene tydelige på at denne komplekse gruppen hovedsakelig består av uvaksinerte pasienter:

“Til å begynne med så var ikke pasientene vaksinerte. (...) Og det som vi ser nå da, etter at folk har begynt å få den tredje dosen, er at det nesten ene og alene er uvaksinerte vi får inn her” – Informant 5.

Innenfor pasientgruppen er det likevel store variasjoner: *“Vi har hele spekteret innad i gruppen. Så da er det jo vanskelig å si at: Slik ser han eller hun ut!” – Informant 3.* Fysioterapeutene møter pasienter i alle aldre som har hatt covid-19, men opplever et flertall av pasienter i alderen 45 til 60 år. Informant 3 poengterer at de har flest pasienter med livsstilssykdommer og underliggende sykdommer, men sier at de ofte kan møte mennesker som en ikke hadde trodd at skulle få alvorlige utfall av virusinfeksjonen. Informant 5 nevner dessuten at denne pasientgruppen ikke var så ukjent som ventet: *“Covid er en ny sykdom, men problemstillingen er jo ikke ny. Vi har jo hatt den typen pasienter i all evighet. Så det som er nytt er kanskje at det kom så mange samtidig.”*

4.2.2 Sykdomsbilde

4.2.2.1 Fra intensivbehandling til rehabilitering: En stor omveltning

Informantene fra institusjon A og B jobber med pasienter som kan ha hatt alvorlige forløp. De er enige om at de pasientene som kommer rett fra intensivbehandling, har en kraftig svekket fysisk kapasitet, og ofte er preget av dyspné og desaturasjon. Informantene understreker at respiratorbehandling er en stor påkjenning for kroppen, og forteller at dette sammen med langvarig sengeleie fører til at pasientene blir dekondisjonerte og mister mye muskelmasse: *“Og det er jo litt det vi ser her [på*

rehabiliteringen], spesielt hos pasientene med alvorlig forløp, at det er musklene som lider først” – Informant 3. Fysioterapeutene trekker også frem at rehabilitering like etter intensivbehandling kan være en stor omveltning for pasientene. De kommer gjerne til rehabilitering på bære eller i rullestol. Det kan være traumatisk for pasientene å få livet snudd opp ned, og å oppleve at de har en annen kropp enn før.

4.2.2.2 Symptomer på senfølger

Fysioterapeutene opplever at det er overraskende lite hoste- og slimplager blant pasientene når det kommer til senfølger. De poengterer at det også er færre pasienter med nedsatt lungefunksjon en stund etter gjennomgått sykdom, enn det de hadde forventet. Senfølgene som informantene erfarer at har størst forekomst er: Fatigue, dyspné og kognitive utfordringer. Informant 1 beskriver kognitive utfordringer som: *“(...) korttidshukommelse, ordleting, mange beskriver det som «covid-hjerne», ammetåke.”* I tillegg nevner informantene senfølger slik som svimmelhet, hodepine, høy puls, hyperventilasjon og uhensiktsmessig pustemønster. Uavhengig av hvilke symptomer pasientene har, opplever informantene at senfølger er noe som tar tid, og at dette gjør situasjonen krevende for pasientene:

“Det er mange pasienter som har beskrevet dette [med senfølger] som at de er truffet av toget liksom, hardt og brutalt. Og toget fortsetter å gå. Det bare fortsetter, og de prøver jo å hoppe av, men de når det ikke før endestasjon”
– Informant 3 og 4.

Det er også en utfordring for pasientene at flere av senfølgene kan oppleves som usynlige for omverdenen. Informant 1 forteller: *“Det er lettere hvis du har amputert en arm, eller går på krykker – for da blir det veldig synlig for omverden. Men alle disse senfølgene er veldig usynlige (...)”* Dette kan gjøre hverdagens krav utfordrende, og mange pasienter er sykemeldte over lang tid.

4.3 Rehabiliteringstilbudene: Organisering, inklusjon, kartlegging og tverrfaglighet

4.3.1 Overordnet organisering og inklusjonskriterier

Rehabiliteringen på institusjon A er et tilbud med rullerende inntak hvor pasientene er inneliggende i fire uker. Institusjon B har hovedsakelig individuelt tilpasset rehabilitering inneliggende i tre uker, som begrunnes med at: *“Våre pasienter er rett*

og slett for sprikende og har et for individuelt behov.” Informantene i spesialisthelsetjenesten forteller at det eneste inklusjonskriteriet er at pasientene må ha et tverrfaglig rehabiliteringsbehov.

Ved den kommunale rehabiliteringen må det ha gått minst seks uker fra symptomdebut før pasientene kan søke seg inn. Ifølge informant 1 er dette for å utelukke den spontane bedringen som ofte skjer i starten. Disse pasientene har hovedsakelig hatt et mildt til moderat forløp. Tilbudet er gruppebasert og pasientene møtes to ganger i uken, over åtte uker.

4.3.2 Fysioterapeutens kartlegging

“Med én gang pasientene kom så stod vi og klødde oss i hodet” – Informant 5.

Sitatet understreker at det i starten var utfordrende å velge tester som var godt egnet for kartlegging av covid-pasientene. Dette fordi det er en sammensatt pasientgruppe med varierende grad av funksjon. Informantene kom til slutt frem til følgende tester:

Tabell 2: Oversikt over testbatterier

Informanter	Aktuelle tester
Kommunehelsetjenesten Informant 1	<ul style="list-style-type: none"> ● 6 minutter gangtest ● 30 sekunders reise og sette seg ● Trappetest ● “Hand grip strength test”
Institusjon A Informant 2, 3 og 4	<ul style="list-style-type: none"> ● SPPB¹ ● Tredemølleprotokoll for utholdenhet ● 1RM² beinstyrke i beinpressmaskin ● Fatigue assessment scale³
Institusjon B Informant 5	<ul style="list-style-type: none"> ● 6 minutter gangtest ● SPPB

Ved spørsmål om begrunnelse for valg av testbatterier sier informantene fra institusjon A at de har valgt kjente tester fra lungerehabilitering. Dette begrunnes

¹ Short physical performance battery

² En repetisjon maksimum

³ Kartleggingsskjema for fatigue

videre med at testene gir parametere på puls, metning, utholdenhet og styrke – men også pasientens selvopplevde anstrengelse. Informant 5 begrunner deres valg med at testene de bruker også benyttes andre steder i landet, samt at de tok en intern avgjørelse basert på erfaringer med rehabilitering av andre pasientgrupper.

Informant 1 baserer valget hovedsakelig på systematiske oversikter.

4.3.3 Tverrfaglig samarbeid

“Jeg tenker at akkurat med denne pasientgruppen her, så er den tverrfaglige biten veldig viktig” – Informant 1.

Alle informantene samarbeider med lege, ergoterapeut og sosionom. I tillegg jobber også informantene fra spesialisthelsetjenesten med sykepleier, samt psykolog og bioingeniør ved behov. Informant 1 understreker at hun ønsker seg enda mer tverrfaglig samarbeid utover dagens tilbud, og forteller at hun gjerne ville hatt én bestemt lege med på laget. Hun erfarer at det kan være utfordrende å samarbeide med flere fastleger, som har ulik grad av kompetanse om covid-19.

Alle informantene ser det som svært meningsfullt å jobbe tverrfaglig, og legger stor vekt på dette i intervjuene. Samtidig er de alle enige om at fysioterapeuten har en sentral rolle i det tverrfaglige teamet, noe informant 5 poengterer: *“Jeg føler at vi som fysioterapeuter har en enormt viktig rolle der, i forhold til det å trygge pasientene på at det er greit å bevege seg, og vise de hvordan de kan gjøre ting – rett og slett få de i gang igjen.”*

4.4 Fysioterapeutiske tiltak og effekt

“Da de første pasientene kom, så ante vi ikke hva vi fikk. Vi visste ikke hvor dårlige de var, så vi visste ikke helt hva vi skulle gjøre. Så veien ble litt til mens vi holdt på (...)” – Informant 4.

4.4.1 Trening og lungefysioterapi

Felles for informantene er at de benytter tiltak som er knyttet til lungefysioterapi, samt generelle treningsprinsipper innenfor styrketrening og utholdenhetstrening. Intervensjonene kan både være individuelle og gruppebaserte. Tabell 3 illustrerer hvilke tiltak de ulike informantene nevner at de bruker.

Tabell 3: Oversikt over fysioterapeutiske tiltak

Informanter	Gruppebaserte tiltak	Individuelle tiltak
Kommunehelse tjenesten Informant 1	<ul style="list-style-type: none"> ● Gruppetrening i sal med: <ul style="list-style-type: none"> - Rolig gjennombevegning av kropp og tøyning - Styrketrening - Utholdenhetstrening - Fokus på pust og pusteteknikker ● Pasientundervisning 	<ul style="list-style-type: none"> ● Mulighet for individuelle tilpasninger under gruppetreningene
Institusjon A Informant 2, 3 og 4	<ul style="list-style-type: none"> ● Spinningtimer ● Bassengtimer ● Turer utendørs ● Aktiviteter i gymsal ● Pasientundervisning 	<ul style="list-style-type: none"> ● Individualiserte treningsprogrammer ● Styrke- og utholdenhetstrening ● Lungefysioterapi
Institusjon B Informant 5		<ul style="list-style-type: none"> ● Individualiserte treningsprogrammer ● Styrke- og utholdenhetstrening ● Lungefysioterapi

Både institusjon A og B har pasienter med behov for lungefysioterapi, spesielt de som har hatt alvorlige forløp: *“(...) det går jo på pust dette her, så lungefysioterapi er jo et veldig vanlig tiltak”* – Informant 5. Fysioterapeutene benytter blant annet aktiv syklus og mini-PEP⁴ i behandlingen.

4.4.1.1 Dosering og totalbelastning

Dosering med gradvis økende intensitet er noe alle fysioterapeutene er opptatt av: *“Det handler om å bli kjent med kroppen og hvor man er, for å gradvis bygge den opp igjen”* – Informant 1. På den kommunale gruppetreningen styrer pasientene intensiteten selv, ved at doseringen baseres på tid og ikke felles antall repetisjoner. Ved institusjon A utfører pasientene hovedsakelig maksimal styrketrening med få repetisjoner. Informant 5 benytter seg av enda mer lavdoserte treningsprogrammer, grunnet pasientenes begrensede fysiske kapasitet.

⁴ Et hjelpemiddel for å løsne sekret fra lungene

Totalbelastning og aktivitetsregulering er nøkkelord i behandlingen ifølge alle fysioterapeutene. De er tydelige på at pasientene må ha riktig balanse mellom hvile og aktivitet. Informantene påpeker at andre faktorer enn bare trening kan være belastende for pasientene, slik som å være i et rom med mye støy: *“Hvis det er musikk rundt, hvis det er støy rundt, så koster det de mer, fordi det er mer inntrykk som de må bearbeide”* – Informant 3. Alle informantene forteller at de har opplevd å ha pasienter som har blitt satt noen steg tilbake, grunnet for stor belastning under trening. Informant 3 belyser dette med følgende pasienteksempel:

“(…) jeg hadde en pasient som hadde trent crossfit i fem-seks år, så vedkommende var i god fysisk form. Pasienten kom her, og to dager før avreise jogget han tre kilometer på møllen, som gikk veldig fint. Men så skulle han bare gå en tur med de andre på gruppen, den var på 600 meter, da ble han sengeliggende i to dager.”

4.4.1.2 Trygghet og mestring

“Det med å skape trygghet er ekstremt viktig, og opparbeide en tillit til den du skal hjelpe” – Informant 5.

Å legge til rette for trygghet og mestring er noe alle informantene ser som grunnleggende i møte med pasientene. Informantene ønsker å vise pasientene at de kan utfordre seg i trygge rammer. Dette gjør de blant ved å skape en god relasjon til pasienten, samt ved å legge treningen til rett nivå. Denne individuelle tilretteleggingen skaper gode rammer for mestringfølelse. Når pasientene føler seg trygge i situasjonen, opplever fysioterapeutene at pasientene utvikler seg og at de kjenner på mestring. Tryggheten bidrar til økt bevegelsesglede og treningsmotivasjon, samt mindre frykt for fysisk anstrengelse.

4.4.2 Effekt av de fysioterapeutiske tiltakene

“Hvis pasientene hadde blitt sendt hjem og overlatt til seg selv, så hadde de sittet der og i beste fall hadde det gått mye lenger tid før de kom tilbake til livet sitt igjen” – Informant 5.

Alle informantene er enige om at fysioterapi har en positiv effekt for de fleste covid-pasientene, noe informant 5 understreker i sitatet over. Fysioterapeutene er likevel tydelige på at det er store individuelle forskjeller: *“Selvfølgelig vil det være noen som har stor forbedring, noen som har gjennomsnittlig forbedring – og også noen som får*

en forverring” – Informant 1. Videre opplever informantene at det er enklere å jobbe med de fysiske symptomene, og at det tar lenger tid før de ser en bedring når det kommer til fatigue og kognitive utfordringer.

4.5 Veien videre

4.5.1 Når rehabiliteringsperioden går mot slutten

Felles for informantene er at de tidlig i rehabiliteringsforløpet tenker på veien videre: *“Målet er å gi de [pasientene] verktøy for at de skal fortsette hjemme, i så lang tid det må ta”* – Informant 3. Likevel er ikke alle pasientene klare for hverdagen når rehabiliteringsperioden er over, og flere av informantene erfarer at de ofte må henvise pasientene videre. Informant 5 forteller: *“Pasientene er ikke friske når de reiser fra oss, men da vet de hva de skal gjøre.”* Selv om det for noen covid-pasienter kan ta tid å komme tilbake til hverdagen, understreker alle informantene at deres erfaringer er at det stort sett går bra med de fleste.

4.5.2 Behovet for lenger pasientoppfølging

“For ut ifra lungerehabilitering og ute i verden, så er det anbefalt mellom seks og åtte uker rehabilitering, og her har vi bare fire. Så det er mye som skal skje på kort tid, så det å få ordnet litt før og litt etter [er ønskelig]” – Informant 4.

Et fellestrekk er at alle informantene setter lys på viktigheten av pasientoppfølging over et enda lenger tidsperspektiv, som et viktig steg på veien videre. Informantene understreker at dette er fordi det kan ta tid å bli kvitt senfølger. Et ønske fra informant 4, er å møte pasientene i forkant for å avklare forventninger og gjennomføre ulike tester. Informant 5 ønsker på sin side mer oppfølging av pasientene i tiden etter utskrivelse. Hun sier at oppfølgingen bør komme fra andre instanser når pasientene har kommet hjem: *“Jeg tenker mer hjelp ute, enn at de nødvendigvis skulle blitt så lenge her, for jeg tror det er så viktig å få komme hjem også. Og heller få hjelp hjemme, og ta tilbake hverdagen.”* Informant 3 mener på den andre siden at oppfølgingen bør være fra rehabiliteringsinstitusjonen, og understreker viktigheten av relasjonen som er bygget under oppholdet: *“(…) så er det jo den oppfølgingen fra noen som har fulgt deg i fire uker som de [pasientene] ofte skulle hatt da.”*

5.0 Diskusjon

5.1 Hvem er “covid-pasienten” med behov for rehabilitering?

5.1.1 Et komplekst symptom-bilde

Det sammensatte sykdomsbildet gjør det utfordrende for informantene å gi en konkret beskrivelse av hvem “covid-pasienten” er. Når det kommer til senfølger som pasientene opplever, nevner informantene flere av de samme symptomene: Fatigue, dyspné og kognitive utfordringer. Dette er også symptomer som går igjen i Folkehelseinstituttet sin hurtigoversikt (Himmels et al., 2021, s. 3). I tillegg til fatigue og dyspné, nevnes også tap av smak- og luktesans og søvnproblemer som hyppig for denne pasientgruppen. Den systematiske oversikten fra Cabrera et al. (2021, s. 12) fant derimot at brystmerter, tretthet, dyspné og hoste- og slimplager var symptomene med størst prevalens for de som har senfølger. De nevner også at over halvparten av pasientene kan oppleve kognitive utfordringer, hukommelsessvikt, ledd- og muskelsmerter og søvnforstyrrelser. Det er derfor varierende i litteraturen hvilke symptomer som anses som hyppigst, selv om forskningen tyder på at fatigue og dyspné har høy prevalens. Helsenorge understreker at det fremdeles er mye usikkerhet rundt covid-19, og at det av den grunn er for tidlig å trekke konklusjoner om hva som regnes som senfølger eller ikke (Helsenorge, u.å.).

5.1.2 Lungefunksjon og hoste- og slimproblematikk

Vår forforståelse var at flere covid-pasienter ville ha utfordringer med lunger og luftveier etter gjennomgått sykdom. Informantene på sin side erfarer at covid-pasientene med senfølger har overraskende lite hoste- og slimplager. Cabrera et al. (2021, s. 12) fant likevel at hoste- og slimplager var en av de fire hyppigste symptomene. Videre erfarer informantene også at det er få pasienter som har varig nedsatt lungefunksjon. Dette ser man også i studien til Skjørten et al. (2021, s. 6), som fant at bare en tredjedel av covid-pasientene hadde lavt oksygenopptak tre måneder etter utskrivelse fra sykehus, og at hovedgrunnen til dette var dårlig kondisjon. For bare 14 % skyldtes det lave oksygenopptaket ulike forhold i lungene. Det er likevel vanskelig å anslå hvor mange og hvilke pasienter som vil oppleve redusert lungekapasitet eller hoste- og slimplager. Dette er også klart i en

systematisk oversikt, som understreker at fremtidig forskning bør fokusere på hvilke kortvarige og langsiktige respirasjonssekveler som kan oppstå etter gjennomgått covid-infeksjon (Torres-Castro et al., 2021, s. 336).

5.1.3 Senfølger: Den usynlige fienden

Informant 1 trekker frem at pasientene opplever det som utfordrende at flere av senfølgene ikke er synlige for omverden. Dobson (2021, s. 512) understreker at dersom usynlige helseplager skal bli mer synlige, er lytting sentralt i behandlingen. Artikkelen fremhever at pasienter med usynlige helseplager ofte får utilstrekkelig og urettferdig støtte fra helsepersonell. Mangel på empati kan få pasienter til å føle seg misforstått og isolert (Dobson, 2021, s. 512). Det vil derfor i møte med usynlige helseplager være fordelaktig med en helhetlig tilnærming som tar hensyn til alle hendelser og opplevelser som kan være med å forme disse plagene (2022, kap. 11.2). Dette kan bidra til gjensidig tillit, som Thornquist (2009, s. 29–30) peker på at er en forutsetning for å oppnå et godt samarbeid mellom fysioterapeuten og pasienten.

5.2 Rehabiliteringstilbudene

5.2.1 Kartleggingen: Erfaringsbasert kunnskap som grunnlag

For å forstå pasientens plager og utfordringer, må fysioterapeuten gjøre en grundig kartlegging. Kartleggingen blir sentral når den videre behandlingen skal legges opp (Norsk fysioterapeutforbund, 2012). Da noen av informantene begynte arbeidet med denne pasientgruppen våren 2020, fantes det ingen retningslinjer eller veiledere for hvordan kartlegging og behandling burde legges opp. Flere av informantene forteller at de derfor benyttet seg av erfaringsbasert kunnskap fra arbeid med lignende pasientgrupper, noe som opplevdes som nyttig. I etterkant ser man også at funksjonsvurderingspakken fra Helse Sør-Øst (2021, s. 14) nevner flere av testene som fysioterapeutene allerede bruker i sin kartlegging: SPPB, 6 minutter gangtest og "hand grip strength test". Dette kan bidra til å understreke at fysioterapeutene tok hensiktsmessige valg i sin utvelgelse av kartleggingsverktøy. I 2021 ble det publisert en nasjonal veileder for hvordan rehabilitering av denne pasientgruppen bør legges opp (Helsedirektoratet, 2022, kap. 11.2). Selv med dagens gjeldende råd opplever informantene at deres erfaringsbaserte kunnskap var svært overførbar til arbeidet

med covid-19-pasienter. Nytt av erfaringsbasert kunnskap bekreftes i forskningen. Studien fra Zampogna et al. (2021, s. 420) for eksempel, viste at prinsipper fra lungerehabilitering kunne være nyttige i behandling av pasienter som har hatt covid-19. På den andre siden tyder studier på at det fremdeles er behov for mer forskning på feltet, som blant annet tar for seg hvordan denne pasientgruppen bør rehabiliteres (Debeuf et al., 2022, s. 14; Helsedirektoratet, 2021 kap. 2).

5.2.2 Tverrfaglig samarbeid

Fysioterapeuter sin kompetanse knyttet til funksjonsutfordringer, opptrening og tilrettelegging av tiltak er sentralt i rehabilitering (Norsk fysioterapeutforbund, 2012). Samtidig trekker alle informantene frem viktigheten av å jobbe tverrfaglig med covid-19-pasienter. Informant 1 poengterer likevel at det kan være utfordrende å samarbeide med ulike fastleger, som har varierende grad av kompetanse om covid-19. Et tverrfaglig rehabiliteringstilbud for denne pasientgruppen blir også trukket frem som gunstig av Puchner et al. (2021, s. 189), grunnet det sammensatte symptombildet covid-pasientene ofte har. Et sammensatt symptombilde vil stille høyere krav til hver enkelt faggruppe i det tverrfaglige samarbeidet, og det vil være nødvendig med relevant kompetanse for å sikre at alle jobber mot det samme målet (Helsedirektoratet, 2019 kap. 7). Det må derfor settes av tid til å utvikle den tverrfaglige kompetansen, slik at alle yrkesprofesjonene opparbeider seg felles verdier og forståelse. Alt helsepersonell er dessuten lovpålagt gjennom helsepersonelloven (1999, § 4) å holde seg faglig oppdatert.

5.3 Fysioterapeutiske tiltak og effekten av disse

Fysioterapeutene har en felles forståelse av at rehabilitering og fysioterapi er viktig for denne pasientgruppen. World Health Organization (2021) understreker at det fremdeles er mye å lære om tilstanden etter covid-19, men poengterer at forskning tyder på at pasienter med senfølger likevel kan oppleve bedring over tid. Selv om vi med vår forforståelse hadde inntrykk av at fysioterapeutenes intervensjoner hovedsakelig bestod av lungefysioterapi, har vi lært at tiltak rettet mot styrketrening og utholdenhetstrening er vel så viktig. Dette fordi flere pasienter blant annet kan være dekondisjonerte eller ha mistet mye muskelmasse, som følge av langvarig sengeleie eller intensivbehandling.

5.3.1 Trening og individuell tilpasning

Fysioterapeutene erfarer at deres intervensjoner og tiltak knyttet til trening og lungefysioterapi, er hensiktsmessige i bruk med denne pasientgruppen. Dette finnes det også evidens for i litteraturen. En studie fra 2021 (Gentil et al., 2021, s. 6) anser styrketrening som en trygg og gjennomførbar aktivitet for personer som har hatt covid-19. De fant at styrketrening kan bidra til å redusere risiko for immunsuppresjon⁵, og redusere luftveisstress. Hos institusjon A fokuserer fysioterapeutene mest på maksimal styrke med få repetisjoner ved styrketrening. Institusjon B benytter enda mer lavdosert trening. Yang og Yang (2020, s. 82) anbefaler at styrketrening i rehabilitering for covid-pasienter bør skje progressivt to til tre ganger per uke, med en treningsperiode på seks uker og en ukentlig økning i belastning på fem til ti prosent. Selv om styrketreningen nødvendigvis ikke doseres likt verken innad i tilbudene eller slik litteraturen her anbefaler, vektlegger informantene å tilpasse treningen til pasientenes funksjonsnivå.

Informantene benytter også ulike former for utholdenhetstrening, slik som spinning, turgåing og gruppeøvelser med fokus på høy puls. En studie støtter dette, og fant at utholdenhetstrening er et sentralt tiltak for covid-pasienter, og at dette kan virke positivt inn på senfølger som fatigue (Alawna et al., 2020, s. 6). Studien påpeker at de mest hensiktsmessige intervensjonene er sykling eller gåing, og at disse bør gjennomføres to til tre ganger i uken. Likevel blir det trukket frem at de pasientene som opplever fatigue som svært krevende, bør dele opp treningsøktene i flere korte økter gjennom dagen. Dette kan samtidig være en effektiv måte for å øke treningskapasiteten over tid (Alawna et al., 2020, s. 5).

Individuell tilpasning av treningstiltakene er noe informantene er svært opptatt av. Denne tanken er også synlig i litteraturen, som sier at det i rehabiliteringsintervensjonene er behov for en individualisert tilnærming (Goodwin et al., 2021, s. 19; Helsedirektoratet, 2022 kap. 11.2). Dette innebærer også å ta hensyn til andre faktorer som kan påvirke pasientene, og informantene erfarer at det ikke bare er trening som er belastende, men også sosiale- og miljømessige faktorer. Å tilpasse individuelt er derfor sentralt med tanke på totalbelastning og

⁵ Betyr demping av immunreaksjoner eller immunsystemets funksjon

aktivitetsregulering. I litteraturen er det noe uenighet om hvordan belastningen for disse pasientene skal legges opp. Den systematiske oversikten fra Fugazzaro et al. (2022, s. 9) fant at både høy- og lavintensitets aerobtrening kunne føre til økt muskelstyrke i store ekstremitetsmuskler. Samtidig fant også studien at samme type høyintensitetstrening hadde best effekt når det kom til håndgrepsstyrken.

5.3.2 Lungefysioterapi

Fysioterapeutene forteller at lungefysioterapi er et tiltak som er mye brukt for de pasientene som har nedsatt lungefunksjon. Pasientene som opplever denne problematikken har gjerne hatt et alvorlig sykdomsforløp, og vært innlagt på sykehus. Lungefysioterapi blir gjerne brukt som tiltak i kombinasjon med andre behandlingstilnærminger. Dette blir også trukket frem av Debeuf et al. (2022, s. 9) som nyttig for å bedre lungefunksjonen. De peker blant annet på at ulike pusteteknikker kombinert med aerobtrening kan gi signifikant bedring på dyspné. Samtidig viser resultatene fra en annen studie at forbedring av dyspné og opplevd anstrengelse bare var kortsiktig, og ikke ble opprettholdt på kontroller hverken åtte uker, eller seks måneder i etterkant (Fugazzaro et al., 2022, s. 9). Dermed kan det tenkes at det kan være utfordrende for pasientene å følge opp tiltakene knyttet til lungefysioterapi, i etterkant av rehabiliteringen.

5.3.3 Trygghet og mestring

Å ha en helhetlig tilnærming i møte med pasientene, hvor man tar hensyn til alle aspektene som påvirker dem, er noe som kan bidra til trygghet og mestring. Informantene erfarer at pasientene som kommer rett fra intensivbehandling gjerne er usikre og redde for å bevege seg. Det presiseres av Helsedirektoratet at man blant annet bør prioritere trygghet og mestringsfølelse i rehabilitering av pasienter med covid-19 (Helsedirektoratet, 2022, kap. 11.2). Forskning viser også at treningstiltak med lav intensitet kan ha en langsiktig effekt på bevegelsefrykt, og bidra til økt bevegelsesglede for pasientene (Fugazzaro et al., 2022, s. 20). Trygghet og mestring vil også preges av forholdet mellom pasienten og fysioterapeuten, og Thornquist peker på at det alltid vil være en asymmetrisk relasjon mellom de to (2009, s. 29). Denne relasjonen kan likevel bli mindre asymmetrisk ved ta hensyn til pasientens behov og meninger (Hanstvedt & Løken, 2016, s. 34). Ved å bygge opp

et bånd til pasienten, kan også effekten av intervensjonene man velger å bruke forsterkes (O’Keeffe et al., 2016, s. 620).

5.4 Veien videre

5.4.1 Behovet for lenger rehabilitering

Når det kommer til varighet av rehabiliteringen, er alle informantene klare på at det er behov for et lengre rehabiliteringsforløp med mer oppfølging over tid. En studie fra 2015 undersøkte optimal ikke-inneliggende rehabiliteringstid for generell lungerehabilitering (Andrews et al., 2015, s. 67). Resultatene viste at pasientene med åtte ukers rehabiliteringsperiode, opplevde størst forbedring selv om tidsperioder på seks og syv uker også ga god effekt. Studien kan anses som overførbar til covid-19, blant annet fordi den tar for seg flere tiltak som informantene benytter. En annen artikkel fant at seks ukers lungerehabilitering kan forbedre respirasjonsfunksjon, livskvalitet og angst hos eldre pasienter med covid-19 (Liu et al., 2020, s. 4). På institusjon B er pasientene inneliggende i cirka tre uker. En studie fra 2021 (Hayden et al., 2021, s. 18) fant også at covid-pasienter som var til inneliggende rehabilitering i tre uker, hadde flere positive effekter av oppholdet blant annet når det kom til dyspné og fysisk kapasitet. Det er utfordrende å finne litteratur som har konkrete anbefalinger om behov for videre oppfølging etter utskrivelse fra inneliggende rehabiliteringsopphold. Helsedirektoratet understreker imidlertid at covid-pasienter etter avsluttet rehabiliteringsopphold fortsatt kan ha symptomer, og at disse pasientene bør vurderes på nytt innen tre måneder etter at oppholdet er avsluttet (Helsedirektoratet, 2022, kap. 11.2).

6.0 Konklusjon

I denne oppgaven har vi gjennom kvalitative intervju belyst fem fysioterapeuters erfaringer med rehabilitering av pasienter som har gjennomgått covid-19-sykdom. Vi har tilegnet oss mye kunnskap om en pasientgruppe som vi visste lite om fra før.

Våre funn viser at fysioterapeutene opplevde det som utfordrende å utarbeide egnede testbatterier for denne komplekse pasientgruppen. De forteller likevel at den erfaringsbaserte kunnskapen knyttet til sammenlignbare pasientgrupper har vært nyttig. Selv om fysioterapeutene spiller en sentral rolle i rehabiliteringen, kommer det frem at tverrfaglig samarbeid er viktig for å gi pasientene et helhetlig og individualisert tilbud. Informantene erfarer at de aller fleste pasientene har stort utbytte av rehabiliteringen og de fysioterapeutiske tiltakene. Fysioterapeutene er enige om at dagens rehabilitering er nødvendig, men poengterer at det må utvikles et tilbud over et lenger tidsperspektiv for denne pasientgruppen. Vi sitter igjen med en erfaring av at det eksisterer flere gode rehabiliteringstilbud, med kompetente fysioterapeuter, som ønsker å få pasientene fra covid-19 og tilbake til hverdagen!

Covid-19 er fremdeles et dagsaktuelt tema, og behovet for rehabilitering av pasienter som har gjennomgått virusinfeksjonen blir stadig fremhevet. Nå som vi snart skal ut i turnustjeneste, er vi spente på hvor mye ettervirkningene av pandemien vil påvirke arbeidshverdagen vår. Kunnskapen vi sitter igjen med har bidratt til å utvikle for forståelsen vår, og vi tror at arbeidet med denne oppgaven vil være et positivt tilskudd i ryggsekken vi tar med oss som kommende fysioterapeuter.

Referanseliste

- Alawna, M., Amro, M. & Mohamed, A. A. (2020). Aerobic exercises recommendations and specifications for patients with COVID-19: A systematic review. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 24(24), 1–6. https://doi.org/10.26355/eurrev_202012_24211
- Andrews, L., Barlow, R. & Easton, I. (2015). Differences in patient outcomes between a 6, 7 and 8 week pulmonary rehabilitation programme: A service evaluation. *Physiotherapy*, 101(1), 62–68. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2014.04.002>
- Cabrera Martimbianco, A. L., Pacheco, R. L., Bagattini, Â. M. & Riera, R. (2021). Frequency, signs and symptoms, and criteria adopted for long COVID-19: A systematic review. *International Journal of Clinical Practice*, 75(10), 1–16. <https://doi.org/10.1111/ijcp.14357>
- Creswell, J. W. & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5. utg.). SAGE.
- Debeuf, R., Swinnen, E., Plattiau, T., De Smedt, A., De Waele, E., Roggeman, S., Schiltz, M., Beckwèe, D. & De Keersmaecker, E. (2022). Effect of physical therapy on impairments in covid-19 patients from intensive care to home rehabilitation: A rapid review. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 54(8), 1–16. <https://doi.org/10.2340/jrm.v53.8>
- Dobson, J. (2021). Invisible Illness and Measurability. *AMA Journal of Ethics*, 23(7), 512–513. <https://doi.org/10.1001/amajethics.2021.512>
- Faiz, K. W. (2021). Lang covid = senfølger av covid-19. *Tidsskriftet den norske legeforening*, 141(16).

Folkehelseinstituttet. (2021). *Folkehelse rapporten temautgave 2021: Folkehelsen etter covid-19. Pandemiens konsekvenser for ulike grupper i befolkningen.* <https://www.fhi.no/contentassets/b669d0bbb94943efae9793b33526d415/folkehelse rapportens-temautgave-2021---folkehelsen-etter-covid-19.pdf>

Folkehelseinstituttet. (2022a, 7. februar). *Fakta om koronaviruset SARS-CoV-2 og sykdommen covid-19.* <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/fakta/fakta-om-koronavirus-coronavirus-2019-ncov/>

Folkehelseinstituttet. (2022b, 4. mai). *Statistikk om koronavirus og covid-19.* <https://www.fhi.no/sv/smittestomme-sykdommer/corona/dags--og-ukerapporter/dags--og-ukerapporter-om-koronavirus/>

Forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapeututdanning. (2005). *Forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapeututdanning* (FOR-2019-03-15-410). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2019-03-15-410>

Fugazzaro, S., Contri, A., Esseroukh, O., Kaleci, S., Croci, S., Massari, M., Facciolongo, N. C., Besutti, G., Iori, M., Salvarani, C. & Costi, S. (2022). Rehabilitation Interventions for Post-Acute COVID-19 Syndrome: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 1–24. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095185>

Gentil, P., de Lira, C. A. B., Coswig, V., Barroso, W. K. S., Vitorino, P. V. de O., Ramirez-Campillo, R., Martins, W. & Souza, D. (2021). Practical Recommendations Relevant to the Use of Resistance Training for COVID-19 Survivors. *Frontiers in Physiology*, 12, 1–34. <https://doi.org/10.3389/fphys.2021.637590>

Goodwin, V. A., Allan, L., Bethel, A., Cowley, A., Cross, J. L., Day, J., Drummond, A., Hall, A. J., Howard, M., Morley, N., Coon, J. T. & Lamb, S. E. (2021). Rehabilitation to enable recovery from COVID-19: A rapid systematic review. *Physiotherapy*, 111, 4–22. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2021.01.007>

Gursli, S. (2016). *Lungefysioterapi ved cystisk fibrose*. Cfnorge.

<https://www.cfnorge.no/assets/Fagartikler-interne/LFT-ved-CF-august-2016-Sandra-Gursli.pdf>

Hanstvedt, M. H. & Løken, H. S. (2016). Kommunikasjon gir svar. *Fysioterapeuten*, 83(10), 34–36.

Hayden, M. C., Limbach, M., Schuler, M., Merkl, S., Schwarzl, G., Jakab, K., Nowak, D. & Schultz, K. (2021). Effectiveness of a Three-Week Inpatient Pulmonary Rehabilitation Program for Patients after COVID-19: A Prospective Observational Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17), 1–22. <https://doi.org/10.3390/ijerph18179001>

Helse Sør-Øst. (2021). *Pasientforløp for rehabilitering av pasienter innlagt med COVID-19 sykdom i spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst*. [https://helse-sorost.no/Documents/Fagområder/Fysikalsk medisin og rehabilitering/Rehabilitering covid-19 -Rapport 21.februar 2021.pdf](https://helse-sorost.no/Documents/Fagområder/Fysikalsk%20medisin%20og%20rehabilitering/Rehabilitering_covid-19_-Rapport%2021.februar%202021.pdf)

Helsedirektoratet. (2018, 17. januar). *Tverrfaglig samarbeid som grunnleggende metodikk i oppfølging av personer med behov for omfattende tjenester*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/strukturert-oppfolging-gjennom-tverrfaglige-team/tverrfaglig-samarbeid-som-grunnleggende-metodikk-i-oppfolging-av-personer-med-behov-for-omfattende-tjenester-referere>

Helsedirektoratet. (2019, 11. februar). *Oppfølging av personer med store og sammensatte behov: Nasjonal veileder*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>

Helsedirektoratet. (2020, 2. desember). *Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>

Helsedirektoratet. (2021, 23. juni). *Nasjonal plan for rehabilitering etter covid-19.*

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/rehabilitering-habilitering-og-individuell-plan/nasjonal-plan-for-rehabilitering-etter-covid-19>

Helsedirektoratet. (2022, 22. mars). *Nasjonale veileder for koronavirus: Beslutninger og anbefalinger.* <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus>

Helsenorge. (u.å.). *Senfølger etter covid-19.*

<https://www.helsenorge.no/koronavirus/senfolger-etter-covid-19/>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64).* Lovdata.

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

Himmels, J. P. W., Qureshi, S. A., Brurberg, K. G. & Gravningen, K. M. (2021).

COVID-19: Long-Term Effects of COVID-19 (s. 32). Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2021/covid-19-long-term-effects-of-covid-19-report-2021.pdf>

Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i*

samfunnsvitenskapelig metode (3. utg.). Cappelen Damm akademisk.

Liu, K., Zhang, W., Yang, Y., Zhang, J., Li, Y. & Chen, Y. (2020). Respiratory rehabilitation in elderly patients with COVID-19: A randomized controlled study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 39, 1–5.

<https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101166>

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.).

Universitetsforlaget.

Norsk fysioterapeutforbund. (2020, 24. august). *Rehabilitering og covid-19 på*

Fysioterapidagen.

<https://fysio.no/Forbundsforbunden/Aktuelt/Nyheter/Rehabilitering-og-covid-19-paa-Fysioterapidagen>

Norsk fysioterapeutforbund. (u.å.). *Lungefysioterapi og rehabilitering etter covid-19.*

<https://fysio.no/Forbundsforbunden/Aktuelt/Koronasituasjonen/Aktuelt-fagstoff/Lungefysioterapi-og-rehabilitering-etter-covid-19>

Norsk fysioterapeutforbund. (2012, 31. oktober). *Hva er fysioterapi? - Utdypet.*

<https://fysio.no/Hva-er-fysioterapi/Hva-er-fysioterapi-utdypet>

O’Keeffe, M., Cullinane, P., Hurley, J., Leahy, I., Bunzli, S., O’Sullivan, P. B. & O’Sullivan, K. (2016). What Influences Patient-Therapist Interactions in Musculoskeletal Physical Therapy? Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis. *Physical Therapy & Rehabilitation Journal*, 96(5), 609–622.

<https://doi.org/10.2522/ptj.20150240>

Piro, Fredrik. Niclas. (2020). *Indikatorrapporten: Statistikk og indikatorer 2020.* Forskningsrådet.

<https://www.forskningsradet.no/indikatorrapporten/fokusartikler-og-dypdykk/massiv-global-forskning-pa-covid-19/>

Puchner, B., Sahanic, S., Kirchmair, R., Pizzini, A., Sonnweber, B., Wöll, E., Mühlbacher, A., Garimorth, K., Dareb, B., Ehling, R., Wenter, J., Schneider, S., Brenneis, C., Weiss, G., Tancevski, I., Sonnweber, T. & Löffler-Ragg, J. (2021). Beneficial effects of multi-disciplinary rehabilitation in postacute COVID-19: An observational cohort study. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 57(2), 189–198. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.21.06549-7>

Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet: Fra vitenskapsteori til feltarbeid.* Fagbokforlaget.

Saks, M. & Allsop, J. (Red.). (2013). *Researching health: Qualitative, quantitative and mixed methods* (2. utg.). SAGE.

Skilbrei, M.-L. (2019). *Kvalitative metoder. Planlegging, gjennomføring og etisk refleksjon.* (1. utg.). Fagbokforlaget.

Skjørten, I., Ankerstjerne, O. A. W., Trebinjac, D., Brønstad, E., Rasch-Halvorsen, Ø., Einvik, G., Lerum, T. V., Stavem, K., Edvardsen, A. & Ingul, C. B. (2021). Cardiopulmonary exercise capacity and limitations 3 months after COVID-19 hospitalisation. *The European Respiratory Journal*, 58(2), 1–10.
<https://doi.org/10.1183/13993003.00996-2021>

Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg.). Gyldendal akademisk.

Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: For helsefag* (2. utg.). Fagbokforlaget.

Torres-Castro, R., Vasconcello-Castillo, L., Alsina-Restoy, X., Solis-Navarro, L., Burgos, F., Puppo, H. & Vilaró, J. (2021). Respiratory function in patients post-infection by COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Pulmonology*, 27(4), 328–337. <https://doi.org/10.1016/j.pulmoe.2020.10.013>

World Health Organization. (2021, 16. desember). *Coronavirus disease (COVID-19): Post COVID-19 condition*. [https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-\(covid-19\)-post-covid-19-condition](https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-(covid-19)-post-covid-19-condition)

Yang, L. & Yang, T. (2020). Pulmonary rehabilitation for patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Chronic Diseases and Translational Medicine*, 6(2), 79–86. <https://doi.org/10.1016/j.cdtm.2020.05.002>

Zampogna, E., Paneroni, M., Belli, S., Aliani, M., Gandolfo, A., Visca, D., Bellanti, M. T., Ambrosino, N. & Vitacca, M. (2021). Pulmonary Rehabilitation in Patients Recovering from COVID-19. *Respiration*, 100(5), 416–422.
<https://doi.org/10.1159/000514387>

Vedlegg

Vedlegg 1: Samtykkeerklæring

Vil du delta i bachelorprosjektet:

*“Senfølger etter covid-19: Fysioterapeuters erfaringer med rehabilitering”
– En kvalitativ studie*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke fysioterapeuters erfaringer med rehabilitering av personer som har gjennomgått covid-19 sykdom. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

I snart 2 år har Norge vært preget av den verdensomspennende pandemien: Covid-19. Folkehelseinstituttet anslår at rundt 1 million av den norske befolkningen har vært koronasmittet, og et mindretall opplever plager som varer i mer enn 4 uker. Disse langvarige plagene blir definert som senfølger, tidligere omtalt som "post-covid" eller "long covid" (Helsenorge, 2022). Fysioterapeuter har hatt, og kommer sannsynligvis til å ha en sentral rolle i behandling og rehabilitering på dette feltet i tiden som kommer. Formålet med oppgaven er å undersøke hvilke erfaringer fysioterapeuter har med rehabilitering av personer som har gjennomgått covid-19 sykdom. Vi ønsker å finne ut hvordan fysioterapeuter arbeider i rehabilitering av denne pasientgruppen, hvilke tiltak de benytter og hvilken erfaring de har i forhold til effekt av disse tiltakene. I tillegg er vi interessert i hvilke senfølger og symptomer fysioterapeutene anser som mest hyppige, og hva dagens forskning sier om dette.

Dette prosjektet vil utgjøre bacheloroppgave i fysioterapi. Opplysningene som samles inn skal ikke brukes til andre formål enn skissert i dette prosjektet.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskulen på Vestlandet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du spørres om å delta i prosjektet fordi du er fysioterapeut har erfaring med rehabilitering av pasienter, som har hatt plager i mer enn 4 uker etter gjennomgått covid-19 sykdom.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at vi vil gjennomføre et intervju med deg. Det er utarbeidet en intervjuguide som omhandler spørsmål om dine erfaringer om det aktuelle tema (se under formål). Det vil ta deg ca 30-60 min. Vi vil ta lydopptak og notater fra intervjuet.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Bare vi som studenter og veileder vil ha tilgang til dataene. Lydopptaket vil lagres i passordbeskyttet pc, og slettet etter transkripsjon. Navn og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres innelåst og adskilt fra øvrige data. Ingen vil kunne gjenkjenne deg i den skriftlige teksten.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres i bacheloroppgaven, alle andre data slettes når bacheloroppgaven godkjennes (senest ved utgangen av august 2022).

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,

- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskulen på Vestlandet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Bacheorstudentene: ...
- Veileder: ...
- Høgskulen på Vestlandet ved prosjektansvarlig: ...
- Vårt personvernombud: ...

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

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost
(personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

(Veileder og lærer ved fysioterapeututdanningen)

(Studenter)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Senfølger etter covid-19: Fysioterapeuters erfaringer med rehabilitering -En kvalitativ studie», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

Å delta i intervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Litteratursøk

Vi utførte søk i databasene Epistemonikos, CINAHL, PEDro og Medline. I Epistemonikos fant vi systematiske oversikter. I CINAHL og Medline fant vi enkeltstudier og tidsskriftsartikler, mens vi i PEDro fant forskning spesifikt knyttet til fysioterapi. Tabell 2 viser en oversikt over søkeord og antall treff i de ulike databasene.

Database	Søkeord	Avgrensning	Dato for søk	Antall treff
Epistemonikos	(covid OR "post covid" OR "long covid" OR "covid-19" OR Sars-Cov-2) AND ("Physical Thera*" OR Physio* OR physiothera*)	Systematic reviews	29.04.22	102
CINAHL	(covid-19 OR coronavirus OR sars-cov-2) AND (physio* OR physiotherapy OR physiotherapist OR physical therapist)		07.05.22	85
PEDro	covid* rehab*		29.04.22	23
Medline	(Covid-19 OR Sars-Cov-2 OR Long covid) AND Rehabilitation AND Physical Therapists AND Physical Therapy Modalities		29.04.22	20

Vi valgte ut artikler etter å ha lest alle titler, og aktuelle sammendrag.

Inklusjonskriteriene var at artiklene skulle være publisert mellom 2020 og 2022, da vi ønsket å utforske om det var relevant forskning gjennom hele tidsperioden av covid-pandemien. For å inkluderes måtte artiklene være publisert i fagfellevurderte tidsskrift, noe som sikrer at artiklene er vurdert av utenforstående eksperter på samme felt.

Vedlegg 3: Intervjuguide

INNLEDENDE SPØRSMÅL: Utdanning og erfaring

- 1. Kan du fortelle litt om deg selv, din utdanning og din tidligere erfaring som fysioterapeut?**
 - a. Hvor lenge har du arbeidet som fysioterapeut?
 - b. Har du tatt etter-/ videreutdanning/spesialisering? Innenfor hvilket felt?
 - c. Hva jobber du med nå, og hvordan ser en vanlig arbeidsdag ut for deg?
- 2. Hvor lang erfaring har du i arbeid med rehabilitering av covid-19-pasienter med senfølger?**

HOVEDSPØRSMÅL: Organisering, undersøkelse og tiltak

- 1. Hvordan blir covid-pasienter henvist til deg, av hvem/hvor kommer de fra?**
 - a. Hva har din rolle som fysioterapeut vært i behandlingskjeden og rehabiliteringen av covid-19-pasienter med senfølger?
- 2. Hvordan undersøker du pasientene?**
 - a. Hva er viktig første gangen du tar imot pasienten?
 - b. Hvilke symptomer ser du oftest i rehabiliteringen av covid-19-pasienter med senfølger?
- 3. Hvordan legges behandlingen/rehabiliteringen av denne pasientgruppen opp?**
 - a. Tidsspenn, lokalisasjon, fasiliteter, boforhold, andre yrkesgrupper, etterbehandling?
 - b. Hvilke fysioterapeutiske tiltak har du brukt i rehabiliteringen?

4. Kan du fortelle om hvordan pasientene reagerer på fysioterapeutiske tiltakene og behandling?

- a. Hvilke fysioterapeutiske tiltak i rehabiliteringen opplever du at har gitt størst effekt både positivt og negativt?
- b. Hvordan måler dere eventuell fremgang/forbedring i funksjon av de fysioterapeutiske tiltakene?
- c. Hvor lang tid har det tatt før *du som terapeut* har opplevd at tiltakene har gitt en merkbar effekt hos pasientene?
- d. Hvor lenge har pasienten(e) gått i rehabilitering før *de selv* opplever en eventuell merkbar effekt?

5. Hvordan og når avsluttes rehabiliteringen?

- a. Oppnådd en viss grad av funksjon/viss skår på testbatterier/viss grad av lungefunksjon osv?
- b. Hvor henvises pasientene videre?
- c. Hvordan tror du funksjonen til denne pasientgruppen hadde vært uten fysioterapi?

AVSLUTTENDE SPØRSMÅL

1. Har du noe annet du ønsker å si eller tilføye som du synes er viktig og som vi ikke har snakket om før vi avslutter?
2. Kan vi ta kontakt i etterkant dersom det er noe vi har glemt å spørre deg om?

Vedlegg 4: Fem faser for rehabilitering av covid-pasienter

Helse Sør-Øst (2021, s. 7–8) har utarbeidet en foreløpig modell med fem faser for rehabilitering av voksne covid-19-pasienter. Den baseres på faseinndelingen som de allerede bruker i sin behandlingslinje for barn med ervervet hjerneskade og det regionale fagrådets rapport om regionale funksjoner i rehabilitering. De understreker at vi etter hvert vil kunne hente lærdom fra større internasjonale fagmiljøer, som har spesialisert seg på rehabilitering av overlevende etter akutt lungesviktsyndrom.

I denne omgang definerer de følgende faser:

Fase	Beskrivelse av fase
Fase 1: Rehabilitering ved intensivbehandling	Foregår samtidig som pasienten har behov for intensivbehandling. Tverrfaglig samarbeid med andre spesialiteter, avklaring av videre forløp, tverrfaglige intervensjoner, ivaretagelse av pårørende og mobilisering.
Fase 2: Tidlig rehabilitering	I denne fasen har pasienten fremdeles behov for akuttmedisinsk behandling. Foregår på intermediær avdeling eller sengepost.
Fase 3: Rehabilitering ved spesialisthelsetjenesten	Pasienten er innlagt for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten fordi det ikke er mulig med utskrivelse til hjemmet eller rehabilitering i kommunen på grunn av fortsatt medisinske behov, nedsatt funksjonsnivå eller annen behov for spesialisert rehabilitering (utstyr, kompetanse, intensitet o.l.).
Fase 4: Rehabilitering i kommunal regi	Rehabiliteringstilbudet gis først og fremst ved kommunale tjenester (innleggelse i kommunal institusjon, dagsenter eller hjemmebasert), eventuelt ledsaget av polikliniske/ambulante tilbud fra spesialisthelsetjenesten.
Fase 5: Kontroll	Omhandler kontroll/oppfølging, enten hos fastlege eller rehabiliteringspoliklinikk.

(Helse Sør-Øst, 2021, s. 14)

Vedlegg 5: Transkripsjon av intervju med informant 1

INTERVJU 1

I1 = Informant 1

S1 = Student 1

S2 = Student 2

S1: Ja.. Okei, kan du fortelle litt kort om deg selv og utdanningen din?

I1: Mhm.. Eh, jeg er utdannet i (Norsk by), (kull). Eeh.. Jeg er (alder). Ja, hva mer vil du ha (latter)?

S1: Eh, har du tatt noe videreutdanning?

I1: Nei.

S1: Nei.

I1: Ingen videreutdanning.

S1: Nei. Eh, så hvor mange år har du jobbet som fysioterapeut da?

I1: Da var jeg ferdig i 2019.

S1: Ja.

I1: Mhm... 2019, 2020, 2021, 2022 – tre år.

S1: Ja, tre år. Eh... Og hva er det du jobber med nå, og hvordan ser en vanlig arbeidsdag ut for deg?

I1: Eh.. jeg jobber til vanlig med hjemmeboende voksne og eldre, men nå.. holdt på å si, er prosjektet finansiert av koronamidler, så da jobber jeg bare med de som har senfølger av covid. Eh, hverdagen.. det er meg og min kollega som er ergoterapeut. Vi har alt fra det administrative til det å kjøre grupper og testing og slikt, så dagene er ganske variert. Ehm.. ja, nå har vi to parallelle grupper, så da blir det fire gruppetreninger i uken. Og så har vi da – imellom der så har vi kartlegging av nye pasienter, så har vi pre-test og re-test, så har vi fire måneders re-test og tolv måneders re-test.

S1 og S2: Mhm.

I1: Så akkurat nå så holder vi på å re-teste for fire måneder denne uken her.

S1: Mhm. Ja. Hvor lenge har du jobbet med rehabilitering med pasienter som har senfølger etter covid?

I1: Det begynte jeg med i... (tenker seg om) – januar i fjor. Januar 2021 – så ett år.

S1: Ett år, akkurat. Ja... Skal vi gå litt videre? Det var litt om deg og din hverdag.

S2: Ja... Vil du ta det?

S1: Da kan jeg ta det... (trekker pusten). Hvordan blir disse pasientene, hvordan kommer de til deg, blir de henvist til deg her på dette tilbudet?

I1: Man trenger ikke noe henvisning fra fastlegen. Det eneste man trenger det er å ta kontakt, enten at man ringer inn eller sender en e-post til oss, for å kunne bli med. Eh.. men det er av og til at vi får fra fastlegen at det – at de har pasienter som de henviser selv.

S1 og S2: Mhm.

S1: Hvor kommer de fra?

I1: Eh, vi.. det er jo et tilbud som gjelder alle i (Navngitt kommune). Så det er jo i alle bydeler i (Stedsnavn).

S1: Så det kommer ikke noen utenfor denne kommunen?

I1: Nei, dessverre så er midlene knyttet opp til (Navngitt kommune), og selvfølgelig er det jo veldig kjedelig når noen fra nabokommunene tar kontakt, som *basically* også er samme kommune. Men, vi har jo ikke muligheten til å journalføre noen ting i en annen sin kommune.

S1: Nei.

I1: Så da.. ja.

S1: Skjønner.. Og du er fysioterapeut, og hva føler du liksom har vært din rolle i hele denne behandlingkjeden med pasienter som har senfølger etter covid-19?

I1: Ja, vi jobber jo i et tverrfaglig team, og vi er veldig opptatt av å beholde det yrkesspesifikke selvfølgelig. Vi har jo to forskjellige utdannelser – og dermed to forskjellige briller å se gjennom. Ehm.. men, min oppgave har egentlig vært å lage det treningsprogrammet som vi følger inne. Ehm, og så har jeg undervisning i forhold til lunge, pust og pusteteknikker. Ehm... ja det blir min hovedrolle. Også under kartleggingen.. så er det slik at jeg har et fysisk testbatteri, også får de et spørreskjema med seg. Så når de kommer tilbake igjen her, så regner ergoterapeuten ut spørreskjemaet mens jeg holder på med det fysiske. Så kommer vi til dette rommet her, da begynner jeg å regne på det fysiske, mens ergoterapeuten begynner å snakke gjennom hva pasientene har skåret på testene. Ehm, også har vi en samtale rundt hvordan de skåret fysisk og på spørreskjemaene. Også har ergoterapeuten i tillegg noe som heter PSFS⁶, der pasienten skal skrive ned viktige aktiviteter, som man har vanskeligheter med å gjennomføre. Ehm.. også forteller vi litt om vårt tilbud, og selvfølgelig selv om ergoterapeuten har hoveddelen av samtalen så er jo det en... ikke at jeg ikke kan si noe eller bidra inn når de holder på

⁶ Patient Specific Functional Scale

med.. ofte er jo det, ehm... bevegelsesdomenet mange går til fordi at de kjenner på symptomer under fysisk aktivitet. Så da kommer jeg jo ofte inn og spør litt mer om disse symptomene som kommer under fysisk aktivitet.

S1: Ja... Ehm, nå har du snakket litt om det, men...

S2: Ja, når pasientene kommer inn da – gjør dere en undersøkelse av dem, fysioterapeutisk undersøkelse?

I1: De kommer her to ganger. Én for en kartleggingssamtale – det er en ren anamnese del. Og da hører vi litt om dette er et tilbud som kan passe pasientene, eller om det er andre ting som hadde passet bedre, for eksempel individuell oppfølging eller et rehabiliteringsopphold for eksempel. Ehm.. så basert på det så blir de med videre til gang nummer to, som er en slik testdag som jeg forklarte om i sted. De testene jeg tar, det er 6 minutter gangtest med pulsoksymeter før og etter. Også har jeg *hand grip strength test*, altså med et slik dynamometer.. Eh, 30 sekunders reise og sette seg med pulsoksymeter, og trappetest med pulsoksymeter.

S2: Ja. Så det er ikke noe slik spesifikk testing av muskelstyrke eller bevegelighet og slikt?

I1: Nei, det blir jo på en måte litt generelt. Ehm.. den 30 sekunders reise og sette seg sier jo litt om beinstyrken for eksempel. Mhm.

S2: Men når disse pasientene kommer, er det noen symptomer... du liksom, som går igjen hos de fleste pasientene? Symptomer på senfølger?

I1: De tre hyppigste, det er utmattelse... Det er noe alle oppgir i større eller mindre grad. Ehm, også er det tungpustethet eller pustebesvær. Og den opplever de.. altså alle har vært andpusten før og kjenner hvordan altså.. Denne tungpustetheten kjennes annerledes ut enn det å være andpusten.

S2: Mhm.

I1: Også det siste det er kognitive utfordringer, slik som dette med... korttidshukommelse, ordleting, mange beskriver det som «covid-hjerne», ammetåke. Evnen til å kunne fokusere over tid, eller *multitasking*, det er ofte liksom det at pasientene må ha mange huskelapper, også må de fokusere på én ting av gangen – også er det en veldig kort periode de klarer å fokusere.

S2: Men er det slik at de må ha flere av symptomene for å få lov å være med på rehabiliteringen?

I1: (Trekker pusten). Eh, nei. Det handler egentlig om, sant.. det vi spør mye om på den første kartleggingen det er jo liksom – spørre om hvordan en vanlig dag så ut før og hvordan en vanlig dag ser ut nå. Og å se hva det er som gjør at ting er utfordrende, ehm og så lenge man ikke føler at man mestrer dagliglivet som man gjorde før man fikk covid – så er det nok til å kunne være med.

S2: Ja. Så det er på en måte det som er inklusjonskriteriene da for å få være med?

I1: Ja.

S1: Så dere har ikke definert på en måte noe, ehm... senfølger? At det må være innenfor en tidsramme – eller at det går ut på det du sier om hverdagen, om de ikke fungerer som før?

I1: Det må ha gått minst seks uker fra symptomdebut før du kan søke. Og det er mye på grunn av den spontane bedringen som skjer i starten. Men vi har jo også lange ventelister sant, så hvis det har gått seks uker også tar de kontakt – så får jo ikke pasientene hjelp med en gang.

S1 og S2: Nei (nikker).

S1: Ser du noe som går igjen i forhold til kjønn og alder på disse pasientene?

I1: I forhold til statistikken vår så er det.. de fleste som har henvendt seg, de er født på 70-tallet. Også er det en overvekt av kvinner, cirka 70 %, og cirka 30 % menn.

S1 og S2: Mhm.

S1: Ser du noe forskjell i symptomene hos kvinner og menn? I og med at det er flere kvinner.

I1: Eh, ikke.. Holdt på å si – ser ikke mye forskjell hverken på kvinner og menn i forhold til symptomer, og heller ikke alder.

S1: Nei, mhm (nikker)... Ja.. Ehm, nå skal vi gå litt nærmere inn på selve rehabiliteringen og behandlingen som dere har her. Ehm, du har sagt litt allerede.. men kan du fortelle litt om tidsspennet på dette, og litt om fasiliteter – hvordan det legges opp her?

I1: Mhm. Eh, det er slik at vi møtes to ganger i uken i en og en halv time hver gang – i to måneder. Så det blir totalt 16 ganger vi møtes. Og da kombinerer vi både undervisning og trening. Eh.. og av undervisning så har vi om lunge og pust, og jeg tror vi har cirka seks ganger i forhold til dette her med utmattelse. Ehm, så da er det både med hva utmattelse gjør, hva kan gjøre det bedre, også får pasientene også.. at de skal logge alt de gjør fra de står opp til de legger seg – for å se, ehm.. prøve å finne mønster i ting. Eh, også etter det så skal de lage en aktivitetsplan – fordi for veldig mange så er det veldig svingende i forhold til energinivå. Så det vi ønsker, det er at de skal lære å fordele ting, og ta pauser slik at man har et mer stabilt nivå – slik at ikke ting blir så veldig uforutsigbart. Eh, så har min kollega også om dette med kognitive utfordringer og strategier innenfor det... (tenker seg om). Vi har hatt samarbeid med sosionom som har vært her og snakket om NAV og økonomi, fordi det er veldig mange som er sykemeldt lenge. I tillegg så har de også hatt undervisning eller samtalegrupper om mental helse, og mestringsstrategier i forhold til mental helse.

S1: Ja!

I1: Men de... de går over i ny etat og noe greier, så de kommer ikke til å være tilgjengelig nå videre fremover – dessverre.

S1: Er det noen andre yrkesgrupper som har vært involvert enn fysioterapeut, ergoterapeut og sosionom?

I1: Vi har samarbeid med fastlege også. Før pasientene begynner i gruppe så sender vi en elektronisk melding etter de har vært her på testdagen – for å informere om at de skal være med på tilbudet. Vi sier litt om status i forhold til testene, og om det er behov for noe ytterligere undersøkelse – eller om de har hatt noen undersøkelser som vi må vite om, eller andre ting vi må ta hensyn til i rehabiliteringen. Eh, og av og til under testingen også, så ser vi jo ting som vi lurer litt på om burde vært videre undersøkt. Så da sender vi også en melding til fastlegen om de har noe formening om hva dette kan være, eventuelt undersøke det.

S1: Ja! Er det noe opplegg for når pasientene er ferdig her etter de to månedene – videre, som dere er med i?

I1: Eh, nei. Vi har, ehm.. siste gang de er her så har vi en samtaledel i forhold til veien videre – hva mulighetene er. Også har vi også.. under re-testen, så... snakker vi litt om hva de tenker om veien videre, også går jo vi gjennom sant, de fysiske testene igjen og forteller hvordan "ståa" (lager hermetegn med fingrene) er på de ulike domeneene og områdene.

S1: Hva legger du i domener og områder?

I1: Ehm, det altså, for eksempel det fysiske. Noen kan jo ha mest igjen å hente på det.. på styrkedelen mens andre har mer på utholdenhetsbiten for eksempel. Også er det i forhold til spørreskjemaene, så er det også delt inn i domener sant: Fysisk funksjon, angst/depresjon, søvn, utmattelse, smerte, og evne til å delta sosialt og på jobb.

S1: Ja!

I1: Så da kan vi se hvor de er.. eh, hvor ligger hovedutfordringen og hva... Det er jo ikke nødvendigvis at det er trening og fysisk aktivitet som er hovedproblemet, men at vi rett og slett må bremse litt opp og bruke energi på det som betyr noe.

S1: Har du noe eksempel på hva veien videre kan være for disse pasientene, etter de har vært her?

I1: Eh, det kan være at vi sender de videre til samarbeid med en fysioterapeut som jobber på institutt...

S1: Ja!

I1: ... For individuell oppfølging, fordi vi tenker at det hadde vært gunstig. Vi har også sendt noen til kommunal ergoterapeut, også for individuell oppfølging i forhold til aktivitetsregulering. For dette her er jo et gruppetilbud sant, så på en måte.. Ehm, det er jo begrenset hvor mye vi spesifikt kan gå inn på enkeltindividene. Også blir det jo veldig mye opp til pasientene selv hva.. hvor mye de jobber med det selv.

S1: Ja.

I1: Ehm, men av og til så ser vi det at det er noen som har behov for individuell oppfølging.

S1: Mhm.

I1: Eller så kan det være det at pasientene har tenkt å begynne på treningssenter. Ehm, det kan være.. nå snakker jo jeg mest i forhold til liksom det fysiske og det fysio-perspektivet på det da. Ergoterapeutkollegaen min hadde nok sagt.. eh... hadde hatt litt fokus på andre ting da. Ehm, hva var det, hva var spørsmålet ditt igjen?

S1: Veien videre, men det svarte du på (latter).

I1: Ja, veien videre (latter).

S1: Ja, opplever du forresten at mange av disse er sykemeldt når de kommer her, eller er det flere som er i jobb?

I1: Eh, cirka 80 % av de som henvender seg er sykemeldt i større eller mindre grad.

S1: Ja.

I1: Mhm. Og vi ber jo dem også, eh... om å tenke over på første kartlegging – så ber vi de tenke over, ehm.. i forhold til kapasiteten og at de skal begynne på rehabilitering, og at vi ønsker at.. at vi ikke skal få vannglasset til å renne over. Så hvis det vil si at man er litt på terskelen i forhold til jobb, at man ikke klarer så mye mer enn det – så anbefaler vi alltid at de sykemelder seg slik at de har kapasitet til å være med her.

S1: Ja. Vi skal snart gå litt inn på hvordan pasientene reagerer på hele denne rehabiliteringen, men først litt mer spesifikt om hvilke fysioterapeutiske tiltak du har benyttet i disse gruppene. Kan du fortelle litt om det?

I1: Eh... Jeg lener meg litt til *UpToDate*, systematisk oversikt, og det er jo selvfølgelig et område som trengs veldig mye mer forskning på. Og det er jo helt naturlig i en pandemi, at rekkefølgen på forskningen er som den er nå.

S1: Hva legger du i det?

I1: Nei for det første, så var det når covid kom – *hva er covid?* Vi må forske på hva covid er, innlagte pasienter, sykehuspasienter sant. Altså disse som *vi* har, som har hatt et mildt til moderat forløp – som ikke skulle tilsi at egentlig skulle ha blitt sykemeldt i lang tid i etterkant.

S1: Ja, for det er flest av de dere har?

I1: Ja, cirka (tenker seg om) ehm... ja, 70-80 % har hatt mildt til moderat forløp. Og i det legger vi at de ikke har vært innlagt på sykehus. Selvfølgelig kan man ha hatt en heftig runde med sykdom hjemme, men de har ikke trengt opphold på sykehus eller ligget i respirator.

S1: Ja, mhm.

I1: Og... hvor var vi før?

S1: Ja, fysioterapeutiske tiltak som du har benyttet.

I1: Det var en avsporing!

S1: Ja!

Alle: (Latter).

I1: Ehm. Ja, så i forhold til *UpToDate* så er rehabiliteringsgangen i det at man skal "dra det helt ned", og begynne med gjennombevegning av kropp, tøying, og pust. Så går man videre til å introdusere styrketrening, og gradvis øke på med styrketrening – og til slutt begynne med utholdenhetstrening. Så det er på en måte den malen vi har gått ut ifra som vi føler at har fungert veldig bra for våre pasienter.

S2: Skjer det samlet for hele gruppen at de går liksom fra tøying, til styrke, til utholdenhet?

I1: Ja, alle sammen følger det samme.

S2: Ja, det samme.

I1: Vi er veldig opptatt av at vi er en gruppe, men at vi trener individuelt. For det er veldig stor forskjell innad i gruppen, at man ikke skal sammenligne seg med noen – for det kommer helt ann på, ehm.. hvilken fysisk funksjon de hadde fra før av, og forløpet deres og i hvilken grad de sliter med de ulike senfølgene. Og for noen så er jo det.. at de får symptomer underveis når de trener, men i forhold til den utmattelsen så er det ofte noe som skjer i etterkant – at de kjenner ingenting når de trener også går de på en smell. Så blir de da liggende en til to dager. Ehm.. og det også en av grunnene til at vi drar det helt ned for å på en måte gradvis kunne bygge på, også når man begynner å kjenne at man nærmer seg terskelen, så vil vi helst holde oss tett opp under terskelen, men ikke over terskelen slik at man får disse konsekvensene da i etterkant av treningen.

S1 og S2: Mhm.

I1: Eh, også er det rom for... eh, at vi tilpasser litt individuelt og da har vi alltid sagt det at: Hvis det er noen øvelser som blir vanskelige, eller noen har behov for at det skal bli tyngre eller vanskeligere – så kan de bare komme til oss etter treningen så kan vi tilpasse det litt individuelt.

S1 og S2: Mhm (nikker).

I1: Men i forhold til styrkedelen da for eksempel – så i stedet for å jobbe med at alle sammen skal ta samme repetisjoner, så har jeg en stoppeklokke. Da jobber vi ett minutt, og da kan det være at i løpet av det minuttet så er det noen som gjør fem repetisjoner mens noen gjør 20-25. Ehm... og for de aller fleste så må vi bremse dem og ikke pushe dem.

S1: Mhm (nikker og smiler).

I1: For de fleste har... Noen har en tankegang: “Jo flere repetisjoner, jo mer jeg gjør – desto mer utbytte får jeg av tilbudet.” Ehm, mens vi prøver å si at det ikke er det det handler om. Det handler om å bli kjent med kroppen og hvor man er, for å gradvis bygge den opp igjen.

S1: Mhm. Så dere har ikke fulgt noen retningslinjer på dosering, i forhold til styrketrening og utholdenhetstrening – er det noen retningslinjer på det?

I1: Jeg har ikke funnet noen retningslinjer i forhold til dosering av...

S1: Nei (nikker forståelsesfullt).

I1: Nei. Har dere funnet noe?

S1 og S2: (Kikker på hverandre).

S1: Ehm, ikke foreløpig som vi har sett heller (latter).

S2: Nei (ler og smiler).

I1: (Latter). Men det er jo det med dosering at det er så individuelt.

S1: Ja (nikker).

I1: For eksempel ta en KOLS-pasient da. Det er ingenting som er skreddersydd slik som: "Åtte repetisjoner så blir du frisk!"

S1 og S2: (Smiler og nikker) Nei!

S1: Ja, så bra! Skal vi fortsette litt videre?

S2: Eh ja! Oppgaven vår går jo egentlig ut på hva du erfarer at funker for disse pasientene da. Eller hvordan opplever du at pasientene reagerer på tiltakene? Det kan være både positivt og negativt, eller om de har noen effekt eller ingen effekt.

I1: Mhm. Jeg tenker at akkurat med denne pasientgruppen her, så er den tverrfagelige biten veldig viktig – i forhold til det de oppgir av senfølger. I forhold til utmattelse, som er en stor del av det, så er ergoterapeuter veldig viktige i forhold til aktivitetsregulering.

S1 og S2: Mhm (nikker).

I1: Så kommer min kompetanse inn i forhold til dette med gradert trening. Så hva det viktigste vi... det var flere spørsmål der?

S2: Er det liksom ett av tiltakene som dere gjør som du føler har størst effekt, under rehabiliteringen?

I1: (Tenker seg om)... Eh, ja kanskje jeg vil si aktivitetsregulering. At det er det aller viktigste, for det hjelper ikke å peise på, på trening. Da får du heller, holdt jeg på å si, ehm... (tenker seg om). Det er vanskelig å bygge opp en kapasitet når du går i en slags berg og dalbane sant, for det er veldig mange pasienter som snakker om at

når de endelig føler at de har fått litt energi igjen så er det som at: “Jeg har fått lønn på konto.” Og da er det lett å bruke de opp igjen på en gang, og kanskje til og med “låne litt penger” – som gjør at de da sliter i flere dager etterpå.

S1 og S2: Mhm (nikker).

I1: Så riktig mengde aktivitet og riktig mengde hvile er viktig!

S2: Mhm, ja. Men, har alle pasientene som er innom her en viss forbedring i løpet av de åtte ukene?

I1: Det er jo store individuelle forskjeller. Vi ser jo at gruppene samlet sett har en bedring, men det er ikke nødvendigvis alle som har bedring. Og det er litt som vi snakket om at, det går ikke an å lage “det perfekte tilbudet” til KOLS-pasienter som treffer alle som har KOLS. Selvfølgelig vil det være noen som har stor forbedring, noen som har gjennomsnittlig forbedring – og også noen som får en forverring.

S1 og S2: Mhm.

S1: Hva skjer med dem som får en forverring i løpet av tiden de er her? Fortsetter de videre i gruppen? Er det store forverringer? Blir de alvorlig syke igjen?

I1: Det er veldig individuelt – det er det. Har dere hørt om PEM for eksempel?

S1 og S1: (Kikker på hverandre, smiler og ler). Eh, nei, det er nytt for oss!

I1: (Ler og smiler). Nei, det heter noe sånt *post exercise malaise* – som er liksom akutt forverring etter trening. Da må du skalere enda mer ned på trening, men vi prøver jo så godt vi kan – for på hver gruppetime spør vi hvordan forrige økt kjennes på kroppen.. Litt for vår egen del i forhold til hvor kjapt vi skal progrediere, men det viktigste er i forhold til at pasientene skal ha en slags refleksjon over seg selv: “Hvordan tålte jeg denne treningen?” Og da er det veldig viktig også at pasientene prioriterer å komme hver gang. For hvis man kommer i starten, og har et stort gap i midten og så kommer man inn igjen... det har vi hatt noen eksempler på. Da prøver

vi å si til dem at: "Nå har du ikke vært her på en stund, prøv å ikke gjør alt for mye akkurat nå", men det er enklere sagt enn gjort.

S1 og S2: Mhm.

S2: Hvordan måler dere eventuelt fremgang og forbedring hos pasientene?

I1: Det er den kartleggingen vi gjør før og etter. Så da har jeg det fysiske testbatteriet, så har vi disse spørreskjemaene. Også den PSFS i forhold til viktige aktiviteter, så graderer pasientene det på en skala fra null til ti. Og så skjuler vi skåren for pasientene, så de ikke vet hva de svarte forrige gang. Slik at de ikke kan sammenligne – og deretter viser vi de hva de har skåret.

S2: Ja, mhm (nikker).

S1: Og det var etter fire måneder i etterkant, og rett etter de åtte ukene?

I1: Og tolv måneder etter.

S1: Og tolv ja! Mhm.

I1: Og når de er ferdig med gruppen, får de ut et slikt evalueringsskjema der de krysser av og graderer fra null til ti. I forhold til de ulike delene av det de har vært gjennom, og hvor fornøyde de er med tilbudet.

S1 og S2: Mhm.

I1: Så for mange blir det veldig inngripende i forhold til dette med aktivitetsregulering. Det er jo mange som ikke kjenner seg helt igjen i forhold til hvem de var før. Sant fra å være aktiv og i 100 % jobb, og ha små unger hjemme, og å være et "ja-menneske" – til å ikke kunne delta på jobb, si nei til alt. Og så kommer vi og sier at kanskje faktisk pasientene skal gjøre enda mindre nå i perioden fremover, for å få hodet over vann. Så det er veldig tøft for mange.

S1 og S2: Mhm.

S1: Ja... Et spørsmål vi har er hvor lang tid det tar før du ser en effekt av disse tiltakene – og det blir jo da gjennom de kontrollene dere har. Men opplever du at du hører at pasientene sier at de føler at de har mindre tungpustethet, eller at de er sterkere, eller at de selv faktisk kjenner en forbedring underveis?

I1: Ja, absolutt! Det er enklere å jobbe med det fysiske – at de selv kjenner at de har bedre fysisk kapasitet, og at tungpusten ikke er like fremtredende. Den ser vi en raskere fremgang på enn for eksempel utmattelse og de kognitive utfordringene – de er litt seigere og tar litt lengre tid.

S1: Mhm. Interessant!

S2: Ja!

S1: Ja... skal vi se. Når og hvordan avsluttes denne rehabiliteringen – det er etter åtte uker? Da avsluttes alle som er med her. Har dere noe mål på lungefunksjon, om den har endret seg? Er det noe legen måler for eksempel, som dere har tilgang til?

I1: Eh, nei det er ikke noen slike avanserte... eh, det er ikke noe som vi tester, eller på spørreskjemaene så er det egentlig selvpålevde faktorer. Og så er det mange som har fått ta røntgen av lungene, eller spirometri i forkant fordi at de har kjent på disse pusteproblemene og tenkt at det er noe som er galt. Men i de aller, alle fleste tilfeller så er det ikke noe funn på medisinske undersøkelser – som i hvert fall skal tilsi at de kjenner på de tingene de kjenner på i forhold til pusten.

S1: Hvordan tror du funksjonen til denne pasientgruppen hadde vært uten fysioterapi?

I1: Kjempedårlig (latter)!

S1 og S2: (Latter).

I1: Eh, nei altså jeg tror jo at det er kombinasjonen av å møte andre i samme situasjon. Det kunne jeg sagt sikker på en av de andre spørsmålene... om hva som er bra. Men, virkelig det å møte andre i samme situasjon. Det er lettere hvis du har amputert en arm, eller går på krykker – for da blir det veldig synlig for omverden. Men alle disse senfølgene er veldig usynlige, så det å møte andre, og bli både hørt, trodd og sett tror jeg er veldig viktig. Eller jeg *vet* at det er veldig viktig, fordi det er jo noe vi spør om på evalueringsskjemaene også, og som pasientene understreker at er viktig.

S1: Mhm.

I1: Men det er jo det at pasientene kan utfordre seg i trygge rammer her. Mange blir jo redde for aktivitet og bevegelse fordi at det ofte trigger symptomer, og så blir de veldig usikre på hvor mye de kan trene, hva de skal trene, er det farlig å trene? Pasientene kan si ting som: “Legen min sa at jeg måtte hvile meg frisk, og ni måneder senere føler jeg meg ikke noe bedre – da har jeg bare ligget på sofaen etter jobb.” Så det å kunne jobbe opp en gradvis kapasitet, og samtidig få verktøy for å håndtere når man blir tungpusten eller å betrygge at det går fint å kjenne litt symptomer. Og en parameter er at det går fin å være litt ekstra sliten eller å ha litt symptomer når en holder på, og litt utover samme dag. Men, dersom man blir utmattet eller har så vondt at en må ligge på sofaen i to dager – da bør man heller nedskalere treningen litt.

S1: Litt snodig spørsmål, men hvis du ser for deg at du hadde hatt alle midlene du kunne hatt i hele verden, og skulle lagt opp et rehabiliteringsprogram for pasienter med senfølger etter covid-19. Kan være individuelt, i grupper – hva hadde vært det mest optimale, fra dine øyne?

I1: Eh, det er å... helt, helt optimalt da hadde vi hatt en lege. For nå driver vi bare å samarbeider med fastleger, så vi er jo i kontakt med masse forskjellige folk og det er veldig ulikt hva de vet om *long covid* og hvor mye de tror på *long covid*, eller... det er veldig mange pasienter som kommer her å er veldig frustrert over å gjentatte ganger gå til fastlegen å ikke bli trodd. Så det å ha en lege som hadde satt seg inn i covid og at vi kunne hatt samarbeid med en fastlege hadde vært bra.

S1: Mhm.

I1: Det hadde vært fint å ha en psykolog på laget fordi at det er mange som har emosjonelle utfordringer, både med angst og depresjon. Og det er jo helt naturlig når du står i sykdom lenge at det går utover både humør og alt som er. Så en psykolog hadde vært fint. Både at de kunne bidratt til undervisning, men også for de pasientene som hadde trengt individuell oppfølging. For vi snakker jo litt med de som skårer alvorlig på angst og depresjon på spørreskjemaet. Så hører vi litt dypere, og spør om: "Er dette her kanskje noe du skulle hatt mer hjelp til, og å bearbeide disse følelsene." Og om det er mer alvorlige tanker som selvmord og slik... Jeg har jo hørt historier om at folk har tatt selvmord med *long covid*. Så samarbeid med psykolog hadde vært veldig greit.

S1: Ja (overrasket og trist i blikket).

I1: Så er det jo det at det er så enormt lange ventelister, hvis ikke du går privat – og privat er jo kjempedyrt igjen. Og så er det noe som heter *Rask psykisk helsehjelp*, men det finnes ikke i (Navn på bydel) og ikke i (Navn på annen bydel) enda. Så det mangler. Med denne hjelpen kommer man jo raskt til, og de holder på å utvide nå da, slik at vi har et alternativ. (Tenker seg om)... Ehm, det hadde jo vært kjekt med litt mer "fancy pancy" utstyr da! (Latter).

S1 og S2: (Latter). Okei! Ja, som hva?

I1: Nei, jeg har jo bare et lite pulsoksymeter som jeg tar på før og etter. Men det å kunne hatt litt mer monitorering og i samarbeid med lege, hadde vært artig å sett. For det er jo noe med disse testene jeg gjør, at det er en takeffekt på de. De aller fleste pasientene vil skåre under referanseverdi før de begynner på gruppen, men hvis de kommer opp i referanseverdi så... for eksempel på 6 minutter gangtest så er det en restriksjon med at du ikke får jogge eller løpe – så da kommer det til et punkt hvor du ikke kan gå fortere. Så litt mer teknisk utstyr kanskje!

S1: Mhm, ja.

I1: Og... Mange skriver på evalueringsskjemaet at de synes at det hadde vært kjekt å fått mer oppfølging, men ikke like hyppig. Men, at det kunne vært noe mer oppfølging over tid.

S1: Mhm, altså etter de åtte ukene?

I1: Ja. At man kunne ikke like hyppig møtes.. eller at det hadde vært et sted der bare... et treningslokale hvor alle de med covid hadde kunne gått i etterkant samtidig. Så hadde de for eksempel hatt en fysio i rommet som kunne hjulpet eller guidet... For eksempel.

S1: Ja! For eksempel. Høres ikke dumt ut (latter).

I1: Nei! (Latter).

S2: Men nå når dere har holdt på i ett år, når dere startet opp i 2021, så var det ikke vanlig med vaksiner eller noe sånt. Har dere merket forskjell på de pasientene som dere hadde i starten, som ikke var vaksinert, og de som kommer nå etter at vaksinen ble mer vanlig blant folk?

I1: Vi får jo mest henvisninger fra uvaksinerte, men vi merker ikke forskjell på symptomer i forhold til om pasienten har vært fullvaksinert eller uvaksinert. Men vi har flere uvaksinerte enn vaksinerte. Og vi merker heller ikke noe forskjell på de ulike covid-variantene. Men vi har fremdeles folk som henvender seg som var smittet i 2020.

S2: Ja, mhm. Det er jo litt spennende egentlig.

S1: Ja veldig... Ja, vi har jo egentlig vært gjennom mye av det nå. Liksom starten når pasientene kommer inn, treningen mens de er her, og re-test – som er hele forløpet som dere har her.

I1: Ja, det glemte jeg å si at på re-testen så snakker vi om hva de skal jobbe videre med. Slik at når de kommer på fire-månederskontroll, så spør vi om de har jobbet med disse tingene eller ja.

S2: Ja, mhm!

S1: Ja!

S2: Vi har vel spurt om det vi hadde tenkt på hvert fall, så da er det eventuelt om du har noe annet du vil legge til som du tenker er viktig, eller som vi ikke har tenkt på.

I1: Nei... jeg tror ikke det! (Latter).

S1 og S1: Nei! (Latter).

S2: Men, kan vi ta kontakt hvis vi kommer på noe som vi har glemt å spørre om?

I1: Ja da, det er ikke noe problem. (Latter).

S2: (Latter). Ja, så bra!

S1: Ja, da tror jeg vi er ferdige med intervjuet. Da trykker vi på stopp!

Alle: (Latter).

(Opptak slutt).

Vedlegg 6: Transkripsjon av med informant 2, 3 og 4

INTERVJU 2

I2 = Informant 2

I3 = Informant 3

I4 = Informant 4

S1 = Student 1

S2 = Student 2

S1: Okei, da har vi tre informanter her. Da kan vi begynne fra min venstre. Kan du fortelle litt om deg selv, og din utdanning som fysioterapeut?

I2: Eh, ja jeg heter (Navn) og jobber som fysioterapeut på (Sykehus). Ehm.. jeg har tatt fysioterapiutdanningen i (Stedsnavn). Var ferdig der i 2015. Så var jeg i turnus i (Navngitt kommune) og på sykehus på alderspsykiatrisk avdeling. Så har jeg jobbet på sykehjem med rehabilitering, også på sykehjem i (Navngitt kommune), og nå er jeg her.

S1: Ja! Har du tatt noe videreutdanning eller spesialisering?

I2: Ehm.. nei, men jeg har litt annen utdanning fra før fra idrettshøyskolen blant annet.

S1: Ja, akkurat! Eh, og hvor lenge har du da jobbet med covid-19 pasienter?

I2: Cirka seks, syv, åtte måneder... noenlunde.

S1: Ja, mhm (nikker).

I2: Også har jeg i etterkant av det... nå har jeg jobbet med generell lungerehabilitering.

S1: Mhm, så bra! Okei, vi kan ta en liten slik runde på alle først da. Deg også (ser på informant 3), litt om deg selv og din utdanning.

I3: Jo, (Navn), (alder). Eh, tok utdanningen på (Norsk universitet) og var ferdig i august 2021. Ehm.. jeg har jobbet med covid fast siden januar 2022. Ja, ellers har jeg jobbet kommunalt og egentlig med alle aldersgrupper, tidligere 40 % barn og 60 % voksne.

S1: Ja, mhm. Har du noen annen utdanning?

I3: Nei.

S1: Nei (nikker). Okei, da hopper vi videre (ser på informant 4). Yes, litt om deg selv og din utdanning.

I4: Eh, (Navn) heter jeg. Jobbet som fysioterapeut siden 2010. Jobber med lungerehabilitering, litt hjerterehabilitering og covid-19 rehabilitering. Hadde første covid-19 pasient i mai 2020. Jeg har en videreutdannelse innenfor palliativ omsorg.

S1: Ja, akkurat – interessant! Okei, så dere har alle nå jobbet med covid-19 pasienter, en stund i hvert fall. Eh.. kan dere forklare litt om hvordan en arbeidsdag ser ut for dere?

Alle Informantene: (Ser på hverandre og smiler).

I3: Skal jeg begynne? (Informant 2 og 4 nikker). Vel, en arbeidsdag er jo veldig varierende fra dag til dag. Vi har jo timeplaner for teamene våre. Vi representerer to team i dette rommet, som er primært covid- og lungerehabilitering. Ehm, så det er jo fastsatt veldig hvordan en dag skal se ut, og så blir det enten trening eller individuelle samtaler i løpet av den dagen for oss fysioterapeuter. Men, det er jo mye "ekstra" (lager hermetegn med fingrene), som er for pasientene. Det er som regel det som står i hovedsiktet.

S1: For eksempel?

I3: Samtalegrupper med hverandre. Vi er jo et veldig tverrfaglig rettet team begge teamene. Vi består både av sykepleier, psykolog, sosionom...

I4: Ergoterapeut.

I3: Ergo, ernæringsfysiolog...

I4: Sosionom.

I3: Jeg sa det (smiler).

I4: Ja, og lege.

I3: Og lege. Så alle skal jo inn og hjelpe til på denne rehabiliteringen her da. (Tenker seg om). I dag er det jo (ukedag), så da er det fastsatt legesamtaler. Så da har vi fysioterapeuter litt tid til individuelle samtaler, med noen pasienter som vi kanskje ser at har behov for det da. I forhold til generell oppfølging.

S1: Ja! Dere er fra team-(tall) og team-(tall), er det disse teamene som har covid-pasientene?

I3: Akkurat nå så har vi delt, så vi har halvparten cirka covid og halvparten generell lungerehabilitering. Vi skal ha 16 pasienter per team, så det er cirka åtte av hver – men det er litt varierende etter hva vi får tak i rett og slett. Ehm... ja det er vel det.

S1: De andre teamene? Er det annen problematikk eller diagnoser?

I3: Ja, team en til to er (diagnose), team tre er et ukesopphold – så der er det både (diagnose) og (diagnose). Eh.. fire, fem, seks, syv er (diagnose) og de har gruppe inntak, så der kommer det inn nye pasienter hver fjerde uke. Vi her har rullerende inntak så noen reiser ut den uken og så kommer tilsvarende antall pasienter inn. Det er den største forskjellen mellom oss.

S1: Og dere er på ulike team?

I3: Ja, vi er det.

I2: Jeg er på team-(tall)...

I4: Og du har jobbet på team-(tall)... (Henvender seg til informant 2).

I2: Ja, og jobbet på team-(tall). Så kan jeg bare føye til det at etter sommerferien skal team-(tall) også ta imot covid pasienter...

Alle informantene: (Ser på hverandre smilende og med et lettet uttrykk).

I2: Ja, da er det noen som puster lettet ut!

Alle informantene: (Latter).

I2: Eh, vi skal ta imot i august tror jeg, da har vi en hel gruppe med covid pasienter – cirka fjorten til femten pasienter som skal være her sammen. Nå går jeg kanskje litt videre, men det kan være noen fordeler med det – at det er *en* gruppe som kommer inn og blir litt sammensveiset. For ut ifra det jeg husker, så kan det for noen pasienter kanskje være litt utfordrende at de kommer inn rullerende – og så finner de noen de får en god kjemi med, og så plutselig skal den medpasienten ut uken etterpå. Og så har du tre uker der du kanskje må starte på nytt og bygge noen nye relasjoner. Så det er en ting som jeg la merke til underveis, at det kunne være muligheter der da.

I4: Enig! Den gruppedynamikken – den er et godt element å ha med, mhm (nikker).

I2: Spesielt når en har en forventning om å møte andre i samme situasjon, så tenker jeg at det kan være en del fordeler med å være inne samtidig i fire uker og å reise samtidig.

I3 og I4: (Nikker).

I2: ... Men det er fordeler og ulemper med begge deler.

S1: Det er det.. absolutt. Ehm, og disse covid-pasientene.. hvor kommer de fra, og hvordan kommer de her? Blir de henvist?

I4: De blir henvist av fastlege, lungespesialist eller lege på sykehus. Og det er pasienter fra hele landet, fra alle helseforetakene. Men aller flest fra (Navn på det aktuelle helseforetaket).

S1: Hvorfor tror du det? Er det for at folk ikke vet om tilbudet eller for at dere skal dekke primært dette området?

I4: Ehh.. veldig mange fra særlig (Norsk landsdel) vil prøve å ta rehabiliteringen selv. Og så er det mange som ikke vet om tilbudet.

S1: Skjønner! Vi skal komme litt mer inn på det, men hva har deres rolle som fysioterapeuter vært i denne store behandlingsskjeden med deres profesjon? (Illustrerer stor sirkel med armene).

I4: Da de første pasientene kom, så ante vi ikke hva vi fikk. Vi visste ikke hvor dårlige de var, så vi visste ikke helt hva vi skulle gjøre. Så veien ble litt til mens vi holdt på, men vi fant fort ut at vi kunne bruke det vi kunne fra lungerehabilitering og at det hadde god effekt på dem – og at det funket.

S1: Det er interessant! Dere visste veldig lite i starten ja... Men da kommer de inn her og de har blitt henvist fra lege. Undersøker dere de når de kommer inn med en gang?

I3 og I4: Ja! (Latter).

S1: Ja, så bra! (Latter).

I3: Ja, vi gjennomfører tester. Vi har noen protokoller vi skal gjennom. Vi har en protokoll for en tredemølletest. Og så tar vi 1RM beinstyrke. Pasientene har også samtale med lege, de tar jo innførende prøver der. Det er vel også bilder som blir

tatt, altså røntgen av lungene. Spirometri blir tatt, og ofte så blir det gjennomført CPET under oppholdet – altså *Cardio pulmonar exercise test*. Det er en test med maske som du har sett langrennsløpere gjør.

I4: Sykepleierne gjennomfører 6 minutter gangtest. Og så har vi på noen pasienter gjennomført SPPB...

I3: ... På de mest skrøpelige. For vi har ofte opplevd at vi på SPPB får takeffekt, og som regel får pasientene takeffekt på slutten av oppholdet nesten uansett. Det er jo viktig å huske at vi kan få folk som har vært syke for ett år siden, og vi kan få folk direkte fra sykehus som har ligget i respirator. Det tidligste jeg har hatt er en pasient som kom til meg fire dager etter å ha blitt tatt av respirator. Så det kan være ganske store omveltninger. Da kommer de som regel på bære eller i rullestol, så kan de gå etter en uke eller to. Så vi ser jo stor progredierende utvikling på de da, ganske fort ofte også.

S1: Ja! Denne styrketesten på bein, var det det du sa? Hvordan gjør dere den?

I3: Da har vi beinpress, generell beinpress, hvor vi jobber oss opp til at de bare klarer en repetisjon. Så det blir en maksimal test på bein.

S1: Og tredemølle?

I3: Da har vi fire protokoller, eh en, to, tre og fire. Hvor fire er sakte ville jeg sagt, den starter vel på... Ja, vi kan egentlig hente den frem. Dere kan få en kopi av den. (I3 går ut av rommet for å hente kopi av protokoll).

S1 og S2: Mhm (nikker og smiler).

I4: Det er trinnvis økning, hvert andre minutt øker fart eller motbakke. Så er det en submaksimaltest, ingen makstest. Pasientene stopper ved anstrengelse, og vi bruker *Borg CR10*, pulsoksymeter for å følge med på oksygenmetning, og puls og pulsbelte. Vi kartlegger før, under og etter gjennomført test.

I3: (Kommer inn og legger protokollene på bordet til S1 og S2)

S1: Er det noen bakgrunn for de valgene dere har tatt med akkurat disse testene?

I4: Det er tester vi bruker i lungerehabilitering, så det var tester vi kjente fra før. Og særlig med den tredemølltesten, så får du kartlagt ganske mye under den testen da. Både de parameterne der, men også hvordan pasientene opplever det. Om pasienten synes det er utrygt, eller så følger vi med på pusteteknikk særlig.

S1: Ja, mhm.

I3: Det er jo veldig greie tester for å ha videre når vi for eksempel skal utvikle et individualisert utholdenhetsprogram da. For da har vi parametere på når pasientene synes at det er tungt, og da kan vi ta utgangspunkt i det når vi skal jobbe videre med det, når de skal ha utholdenhetstrening eller når vi skal jobbe med styrke. For det er jo også tester vi tar ved utreise, slik at du kan se klinisk forskjell – om de har lavere puls, eller om de er i bedre fysisk form enn når de kom her, eller om de har stagnert. Så det er egentlig ganske klinisk, enkle prøver også for å se progresjon.

S1: Ja! Vi skal komme litt inn på det etter hvert, hvordan dere nøyaktig måler dette.

I4: I forhold til kartlegging, så kartlegger vi også fatigue! Til de som er plaget med det.

S1: Ja! Med spørreskjema?

I4: Ja, da bruker vi FAS.

I3: *Fatigue assessment scale.*

I4: .. Ved innkomst og utreise. Og det er det vi fysioterapeutene som gjør.

S1: Det er det dere som gjør ja. Dette med 6 minutter gangtest som sykepleierne gjør, hvorfor gjør de det og ikke dere?

I4: Fra gammelt av, fra lungerehabilitering (smiler).

S1: Okei, ja (latter).

I3: Gammel vane, vond å vende!

Alle: (Latter).

S1: Ja! Dere kartlegger og undersøker. Hva finner dere da? Hvem er denne covid-pasienten?

I3: Skal vi tørre å begi oss ut på det? (Smiler og ser på de andre informantene).

I2 og I4: (Latter).

I3: På generell basis, vil jeg si at... Når du møter en person, så er det jo veldig spørsmål på hvilket forløp de har hatt. Har de hatt et alvorlig forløp med respiratorbehandling og slikt, så kan du se det ganske fort og da er det ikke alltid det er aktuelt med en tredemølltest heller – fordi de ikke vil klare å gjennomføre det. Da blir det kanskje fokus på å bygge opp beinstyrken, slik at de klarer å gjøre hverdagslige oppgaver – og så kommer utholdenhet og slike ting i andre rekke. Men, den generelle pasient.. det er vel flest underliggende sykdommer på de fleste pasientene våre. Og det kan være normale livsstilssykdommer, alt i fra diabetes til overvekt. Noen har underliggende lungesykdommer. Så det er en spredt pasientgruppe. Yngste vi har hatt er 19 år?

I4: 18, og eldste 86 år.

S1: Ja!

I3: Så vi har hele spekteret innad i gruppen. Så da er det jo vanskelig å si at: "Slik ser han eller hun ut!"

S1: Mhm (nikker).

I3: Hvis du hadde sett det i forhold til en hjertepasient for eksempel, så kunne en ha sagt: "Ja, mann i 50-årene, overvekt og lite trening." Men, her er det såpass variert da, at det er vanskelig å gi et generelt klinisk bilde på det.

I2: Hvis jeg kan trekke en liten digresjon. Jeg husker en gang jeg tok toget, var det en stor reklameplakat med bilde av mange forskjellige ansikter, så var spørsmålet stående i midten: "Hvem av disse tror du er mest utsatt for å bli alvorlig syk av koronaviruset?" Og det lå jo ganske åpent da, og litt slik som (Navn på informant 3) var inne på, så er det nesten hvem som helst. Så det er så veldig mange forskjellige mennesker man møter på her. Så vi kan på en måte ikke forutse på forhånd hvem vi kan møte på. Med generell lungerehabilitering så kan det være mer: "De har røyket så, så mange år, de har den eller den livsstilen og så videre." Men her er det lotto, du vet ikke hva du får, rett og slett.

S1: Mhm, godt bilde på det!

I2: Jo, takk!

S1: Ja.. det finnes jo noe forskning på området nå i starten her. Der sier de jo at det er noen symptomer som går igjen hos personer som har senfølger. Er det noen spesielle symptomer dere ser som går igjen, selv om det er en generell gruppe?

I2, I3 og I4: Mhm (nikker).

I4: Ehm.. dyspné, dysfunksjonell pust, svimmelhet, hodepine..

I3: Hukommelse, nedsatt hukommelse... Fatigue.

I4: Eh... ja, og nedsatt konsentrasjonsevne... Høy puls..

I3: Ja!

I4: Og for noen, særlig de med alvorlig forløp, så kan det være desaturasjon... ehm, ja men overraskende lite hoste- og slimplager. Og overraskende få med nedsatt lungefunksjon, en stund etter gjennomgått covid-19.

S1: Ja.

I4: Så man så for seg i starten at dette her var en ganske alvorlig lungesykdom, men det viser seg at det ikke preger lungene lang tid etter.

I3: Det gir ikke de kliniske utslagene på testene og spirometri som en normalt ser ved for eksempel KOLS da. For jeg husker sammenligningen i begynnelsen, var jo ofte at ødeleggelsene i lungene ved covid-19 lignet på KOLS. Men, hos covid-pasienten gir det jo ikke de samme kliniske svarene på for eksempel spirometri der vi ser på FEV₁⁷, FEV₈⁸, DLCO⁹. Så... i begynnelsen tror jeg det var mye katastrofetanker om det, og nå ser vi jo at vi ser en litt annen pasientgruppe enn hva vi forventet selv.

S2: Ser dere det samme hos kvinner og menn, unge og gamle?

I4: Mja, men veldig mange kvinner... Jeg vil si at det er flest kvinner som har hyperventilasjon, dysfunksjonell pust, fatigue.. Mhm, ja.

I3: (Nikker). Ja absolutt! Og fordelingen vi har hatt her er cirka 50/50 både av kvinner og menn, som har vært innlagt hos oss. Men absolutt så er det uhensiktsmessig pustemønster, det går nok igjen oftere hos kvinner enn hos menn vil jeg si.

I4: Men også på både kvinner og menn i forhold til de som ikke er etnisk norske.

S1: Aa, hva tenker du på da?

⁷ Forsert ekspiratorisk volum første sekundet

⁸ Forsert vitalkapasitet

⁹ Måling av diffusjonskapasitet

I4: Eh, det er mange av de som er veldig utrygge og kjenner på at pusten ikke er slik som den var før og syns at det er... det er mye angst rundt det da.

I2: Vi har jo i noen tilfeller, vet ikke om jeg hopper over til noe annet.. men i noen tilfeller der vi jobber med covid så har vi knyttet opp vår psykomotoriske fysioterapeut litt inn i bildet også. For eksempel gjennom en gruppeøkt med covid-gjengen. Så er det kanskje litt variabelt utbytte pasientene opplever at de kan få, men psykomotorisk fysioterapi er et litt annet perspektiv da – det med pust, avspenning, kroppsbevissthet som gir de noe litt annet enn det de kanskje har forventninger om når de er her. Når jeg tenker på rehabilitering – altså kondisjon, styrke og å bedre den fysiske formen som de opplever at har blitt kraftig svekket da. Enten ved et veldig alvorlig forløp som respirator, eller at de kanskje har sluppet sykehus, men allikevel opplever at de har en annen kropp enn før. Jeg vet ikke om vi nevnte det innledningsvis, men faggruppene. Så det har vi noen ganger tatt inn da – også på annen type lungerehabilitering, så det er ikke bare forbeholdt covid-19.

S1: Nei. Var det psykolog med i bildet også?

I2, I3 og I4: Mhm (nikker).

S1: Ja! (Nikker).

I3: Den ser vi kanskje oftere i bruk på de mer alvorlige forløpene, med respiratorbehandling og slike ting. Respiratorbehandling er jo en stor påkjenning for kroppen, så der ser vi også en generell dekondisjonering når de har ganske lange forløp altså: To, tre, fire, fem, seks, syv uker på respirator – så mister du masse muskelmasse. Du blir dekondisjonert, og det er ofte det vi ser også at de som har hatt mer alvorlige forløp er mer skrøpelige. Men med to år med pandemi så ser vi også at den generelle nordmann er nok mer dekondisjonert enn vanlig, det kan vi tørre å påstå.

I2, I3 og I4: (Smil og nikking).

S1 og S2: Ja. (Smil og latter).

I3: Det er mange som har hvilt seg i to år tror jeg.

S1: Mhm. Ser dere noe forskjell mellom de ulike variantene av covid-19?

I4: ... Vi har hatt ganske mange som hadde et alvorlig forløp i høst 2021 med delta-varianten, som kom her nå etter jul. Omikron-varianten har vi foreløpig ikke hatt så mange av enda. Ellers så har vi ikke sett så stor forskjell på de variantene før det, men delta var heftig for mange og de lå lenge på respirator. Det er de som ble syke i høst vi har fått nå da, etter jul. For i høst så hadde vi færre med alvorlig forløp vil jeg si.

I3: Ja.

S1: Ja. Dette med hvilket forløp de har hatt og slikt, er det noe inklusjonskrav her? Isåfall hva er de kravene?

I4: Nei, men vi har hatt flere hundre pasienter til rehabilitering og cirka et titalls stykker som venter på å få komme inn. Alt fra mild til alvorlig forløp, men fordi vi har så stor pågang så må vi prioritere ganske kraftig. Nå må vi prioritere de med utfordringer i forhold til pust og lunger. Så må vi videre henvise andre, for eksempel de med mye fatigue plager og lite utfordringer med pusten, de henviser vi til andre steder.

S1: Mhm, så det er det som er prioriteringen – pust hovedsakelig?

I4: Ja, lunge.

S2: Ja, mhm. Vet dere når dere fikk de første covid pasientene til rehabilitering?

I4: (Nevner nøyaktig dato), våren 2020. (Nikker, smiler og ler).

S1 og S2: (Smiler og ler).

S2: Ser dere forskjell på de som er uvaksinerte og de som er vaksinerte?

I4: Jeg har hatt flere uvaksinerte med alvorlig forløp. Men de som var syke i fjor, ser vi mer forskjell på.

S2: Ja, mhm. (Nikker).

S1: Ehm... nå kan vi snakke litt om hele omfanget av rehabiliteringen – hvordan det legges opp med tidsspenn, fasiliteter, boforhold her.. ja litt om denne timeplanen også.

I4: Mhm. Det er fire uker inneliggende rehabilitering, så da bor pasientene her i fire uker, følger aktivitetsplan.. mhm.

I3: Ja altså, det er jo nesten et hotell det vi har her. De får jo alle måltider, og alt slikt. Det er en buffet som de går til. Vi har jo hatt litt restriksjoner i forhold til trening – hvilken tid de har fått lov til å trene, tidligere på grunn av covid. Men nå er det åpnet litt mer opp slik som ellers i samfunnet, så nå får pasientene tilbud som regel en gang om dagen, og så kan de trene fritt på kveld eller ettermiddag som egentrening.

S1: Ja!

I4: Så alle pasientene følger individuelt tilpasset treningsprogram som de får etter første dag med oss. Så trener de sitt program, men sammen i en gruppe. Så alle trener sammen, men har sitt program. Eh.. og da er det oppfølging i styrke- og kondisjonssal, og så har vi tilbud om basseng, gymsalaktiviteter og spinning hver uke – og tur ute.

I2: Og yoga!

I4: .. Og medisinsk yoga.

S1: Så bra! Dere har fortalt litt om hvilke yrkesgrupper som er i dette bildet, så det trenger vi ikke å si så mye mer om kanskje. Ehm, men dette med de fire ukene, er alle inne i fire uker?

I4: Stort sett. Ja, de kommer for fire uker, noen avslutter oppholdet før. Og så har vi også noen som har fått forlengelse.

S1: Ja! (Nikker). De som avslutter før, hva kan det være grunnet?

I3: Noen har gjort det på grunn av familie, at de rett og slett vil hjem igjen til familien. Spesielt de som har hatt et alvorlig forløp og ikke vært hjemme på to, tre måneder kanskje. Men det kan jo være andre ting, for eksempel at de mistrives. Vi er jo mennesker alle sammen, så det er ikke alle som trives rett og slett. Det er ikke alle det passer for, hvis jeg kan si det. Og så er det andre utfordringer som kan være av medisinske årsaker. Det er kanskje ikke alltid rett plass for dem da.

I4: Så er det mange som føler at når de har fått den utredningen de skal ha, og har mulighet for å trene hjemme og er vandt med å trene fra før av, så kan de gjøre de hjemme da. Og da er det mer verdt å få være hjemme. Og veldig mange setter pris på å få den utredningen de får her, ikke bare det *vi* gjør, men alle de ekstra testene.

S1: Ja, mhm (nikker).

I3: Og samtalene med lege og alt det andre, alt det tverrfaglige som kommer inn der.

I4: Ja, at pasientene får sjekket at lunger og hjertet fungerer.

S1 og S2: Mhm (nikker).

I3: For det kan vi jo si – at vi ser ofte en redsel. Pasientene vet jo lite om sykdommen, så vi ser ofte en redsel når det kommer til det å kunne utfordre seg selv, og liksom tørre å presse kroppen. Fordi at pasientene har jo våknet opp en dag, og ikke har kunnet gjøre ting. De har ikke kunnet gå den turen de har gått før, eller de klarer ikke å stå i jobb. Den omveltningen der, kan være ganske vanskelig for dem. Og når de har fått svar på: “Nei, men lungene og hjertet ditt fungerer bra, det vil bare ta litt lenger tid”, så klarer mange å slå seg til ro. Men det er mange som også trenger det sparket bak da, og å tørre å stå i treningen og å tåle det.

I4: Det er mange som ikke har vært så syke før, så det er liksom en ny opplevelse å kjenne på kroppen at den ikke fungerer som den har gjort før. Det er mange som... når de kjenner at pusten ikke fungerer som den har gjort før, så er det utrygt. Og det å ikke kunne forskjell på når man er andpusten og tungpusten, eller hva det nå er – så velger de å ikke oppsøke de aktivitetene der det er økt pustebesvær. Og da blir man inaktiv da, så tør man ikke gjøre noe. Så det å få testet ut at: “Ja, det feiler deg ikke noen ting, lungene er fine”, få utfordret seg litt på trening, få testet seg litt ut der, presset seg litt og se at dette går bra. Det er ikke ufarlig. Så blir det økt mestring og trygghet, så det er veldig gøy å være med på. Da er det som å skru om en bryter på mange altså (smiler)!

S1: Ja, mhm (smiler). Hadde dere noen form for undervisning på dette?

I4: Vi har ikke egen undervisning på det. Vi ser at vi bruker de samme treningsprinsippene, og det samme opplegget som ellers. Så de er med på den felles undervisningen for hele lungerehabiliteringen da, mhm.

S1: Ja for der er det en pasientundervisning?

I4: Ja.

I3: Den omhandler fysisk aktivitet og helse.

I4: Ja. Og tilpasninger ut fra det, det tar vi individuelt med dem. Det er en så forskjellig gruppe, så da er det like greit å ta det individuelt med hver og en.

S1: Og etter disse 4 ukene da, er det noe opplegg for disse pasientene videre gjennom dere?

I3 og I4: Nei.

I3: Rett og slett, noen trenger ikke mer oppfølging, de klarer seg selv. Det er ofte de som er treningsvante fra før av og har trent på treningssenter, trenger egentlig bare den tryggheten på at dette går bra. Men noen trenger videre oppfølging av for

eksempel fysioterapeut, og da henviser vi, hjelper dem å finne rette personer da. Enten det er frisklivssentraler, der vi ser at i alle fall i (Stedsnavn), er det jo kommet flere covid-19 tilbud.

S1: Ja.

I3: Ehm, også er det noen som trenger... ofte de mer alvorlige forløpene vil jeg si, trenger mer en til to, tre ganger i uken trening sammen med fysioterapeut, der fysioterapeuten følger opp skikkelig da. Ser både at... altså om utholdenhetstreningen er tung nok eller om styrketreningen er tung nok. Det er der vi hjelper dem og finne rette folk videre.

S1: Så dere opplever at de som har hatt alvorlige forløp, er de som får flest senfølger?

I4: Ikke nødvendigvis, nei.

S1: Nei (nikker).

I3: Det er der det er så stor forskjell, men ehm...

I4: De som har hatt et alvorlig forløp er her jo ganske tidlig i rehabiliteringsprosessen sin. Så da er det vanskelig å si hva slags senplager de ender opp med. Eh... for mange av de plagene er jo helt normale å ha etter et intensivopphold med respiratorbehandling og så videre. Så man vet jo ikke hvor lenge det varer.

S1: Nei.

I4: Men det er kanskje mer senplager på mange av de som har hatt et mildt til moderat forløp og gått hjemme?

I3: Det, jaa!

I4: .. De som har gått og tråkka i det lenge.

I3: De som har vært syke i 2020 for eksempel.

I4: Ja, eller i begynnelsen av 2021.

I3: Ja. Vi ser ofte at... (blir avbrutt av I4).

I4: De som ikke har fått hjelp tidlig nok da. Sorry!

I3: Ja, nei, det er litt slik vi opplever. Det er ikke alltid at forløpet gir, hva jeg skal si, det...

I2: At det innfrir forventningene?

I3: Ja! At det innfrir forventningene om hvilke senplager de vil få da.

S1: Nei (nikker)!

I3: Rett og slett, for det... For mange så er fatiguen mer utfordrende hvis du har hatt et mildt forløp enn et alvorlig forløp, og for oss så er det ikke alltid at det gir mening

I4: Også for mange pasienter så har det mye å si hva slags belastning du hadde... da du ble syk da. Vi har mange, unge kvinner... mye jobb, småbarnsforeldre.

I3: .. Spreke folk.

I4: Spreke folk, helsepersonell.

I3: Treningsvillige.

I4: Ja!

I3: Som har stått på etter at de ble syke, og kanskje gjort litt over evne. For det er også en del av jobben vår, å holde folk tilbake, fordi at det er jo en grunn til at de... I forhold til trening etter covid og slikt, som er kommet fra statlige organ nå, så er jo

det ganske stor begrensning på maks puls og slike ting. Og det er nok en grunn til det! Så det er noen som har tenkt at dette her kommer til å gå bra, også... Det er jo en virustilstand som blir i kroppen ganske lenge, og det er der vi ikke har helt tall heller vil jeg tro på det. Men... så at noen har gått over evne tidlig i forløpet etter de har vært syke, det har nok hatt innvirkning på senplagene i ettertid.

I4: Og det å gå fra å kunne gjøre alt, med tett pakket dag og klare å mestre dagen, full oversikt, "flink pike"...

I3: Ja.

I4: Ehm, og til å ikke klare å mestre noen ting.

I3: Slite med å ta ut av oppvaskmaskinen.

I4: Ja, så den omveltningen der, den... Jeg tror også det har vært en veldig stor psykisk påkjennelse for disse. Og det ser vi jo. Ja.

I2: Min opplevelse da jeg begynte med de her i januar 2021, hadde ingen erfaring med de, og kom fra geriatrien. Det var jo litt som det vi var inne på med de unge, fremadstormende... ofte unge kvinner som, først trodde jeg at pasientene hadde møtt veggen, men det jeg opplevde etter hvert var at de hadde møtt veggen, falt bakover og fått veggen oppå seg.

S1: (Latter).

I2: Rett og slett. Det var mer enn som så, var min erfaring da, etter hvert. Så... jeg visste jo ikke hvordan jeg skulle møte disse pasientene da, på den tiden. Men jeg hadde jo da (Navn på informant 4) som jeg støttet meg litt på i begynnelsen. Det var en veldig interessant erfaring i hvert fall.

I4: Det er mange pasienter som har beskrevet dette som at de er truffet av toget liksom, hardt og brutalt.

I3: Og toget fortsetter å gå.

I4: Ja!

I3: Det bare fortsetter, og de prøver jo å hoppe av, men de når det ikke før endestasjon på en måte.

I4 og S1: Nei...

S1: Huff, det er brutale bilder.

I4: Men det er jo de som har behov for rehabilitering, de som fortsatt er plaget og de som har hatt et alvorlig forløp – det er de vi møter. Vi møter ikke de som ikke har senplager for de kommer jo ikke hit. Så ja, det er jo mange av dem og.

S1: Ja.

I4: Ja. Det er jo flere av de, enn det vi møter.

I3: Så vi kan vel si at det er et komplekst bilde vi har da, absolutt.

S1: Ja. Har dere satt noe, eller valgt en definisjon på senfølger etter covid-19? Med tanke på tidsspenn og slike ting.

I3: Nei, vi har ikke egne, vi følger nasjonale og internasjonale.

S1: Som er?

I3: ERS har vel tre måneder?

I4: Ja.

I3: Men også spørres det igjen på graden av forløp, tror jeg det var.

I4: Ja.

I3: Det er *European Respiratory Society*.

I4: Også hvis man tenker på andre sykdommer, så for at det skal være kronisk så skal det jo bare være mer enn seks måneder.

S1: Mhm, ja.

I4: Jeg tenker at av erfaring her, så selv om det er over tre måneder så betyr det ikke at det er slik det kommer til å være altså. Nei.

S1: Nei.

I4: Eller man kan fortsatt bli bra, men det tar tid. Ja.

I3: Jeg tror folk får en ny opplevelse av tidsperspektiv når man kommer hit, fordi vi kommer aldri til å få de friske på fire uker. Målet er å gi de verktøy for at de skal fortsette hjemme, i så lang tid det må ta. For det er det vi vet, vi har jo hatt folk nå på andregangsrehabilitering. De som var syke i 2020 kom tilbake igjen nå, og har kanskje tre ganger så stort utbytte av treningen eller av rehabiliteringen nå da. For de er mer, rett og slett, klare for det. Det er der vi ser at det ikke er noen "quick fix" på dette her. Du må stå i det, stå i stormen rett og slett.

I4: Og da føler jeg at vi, hele det tverrfaglige teamet, er ganske... vi snakker med pasientene, og sier de samme tingene, og legen er veldig klar og tydelig på at dette kommer til å ta tid. Legene her har jo gitt mange pasienter beskjed om at: "Du skal ikke tilbake i jobb etter at du er ferdig her, du skal være sykemeldt lenger." Det er viktig å ikke starte for tidlig da, så det at legen er tydelig her, det er viktig. Og legen har også egen undervisning i forhold til covid-19 for pasientene.

S1: Ja (nikker)!

I3: Og vi ser også at faktisk, på henvisningene som kommer inn også, er det noen av legene som har begynt å gi beskjed om at det her et langt perspektiv, og det begynner å komme ut i det offentlige også på en måte. Det er ikke bare spesialisthelsetjenesten som ser at dette her, det er ikke gjort i løpet av en måned liksom. Og da er jo jobben begynt allerede fra de kommer hit, for det er jo skummelt for pasienten å komme på... Alle tenker på rehabilitering: "Da skal jeg bli frisk!", men det er jo som regel, det er da jobben begynner for å bli det. Vi er starten på veien, også blir veien til mens vi går.

S1: Du nevner litt om denne verktøykassen som de får med seg herfra. Kan dere si litt om hvilke fysioterapeutiske tiltak fra deres side som ligger i denne verktøykassen?

I3: Det vi bruker mest er vel pusteteknikk, intensitetsstyring, balanse mellom aktivitet og hvile. Vi liker jo av og til at pasientene er opp til grensene sine, og at de kan pushe på dem, men hvis de overstiger grensene for hardt og for mye, for fort, så kan det slå ut på en negativ måte også. Slik at de lærer seg å holde seg innafor sine begrensninger, at de finner sin... Hva skal man kalle det? Grunnmur. Også må de legge planke for planke over det, og det er... vi har også ergoterapi som har dagsplan, energiplan, som har vært til hjelp for utrolig mange.

S1: Mhm (nikker).

I3: Videre så er det for dem med slimproblematikk, så har vi lungefysioterapi, aktiv syklus, pep-fløyte og slike ting... Mer slik medisinsk, så har vi også utprøving av oksygen for de som trenger det, men det er ofte et legespørsmål. Vi får ofte spørsmål om hva vi tenker eller hva vi tror, om det er hensiktsmessig eller ikke, og det begynner vi å få mer kontroll på etter hvert. Det er jo å lære pasientene opp i generelle treningsprinsipper som de kan bruke i forhold til sitt sykdomsbilde.

S1: Mhm (nikker).

I3: Som sagt det er jo komplekst, så det er ikke noe som passer for alle, og vi trener ofte litt annerledes enn hva den.. normale, friske nordmannen ville gjort da. Vi har

mer fokus på, for eksempel ren muskelstyrke. Vi bruker jo fire til seks repetisjoner på styrketrening. Vi kjører intervallbasert utholdenhetstrening, og vi kan kjøre en, to, tre minutter istedenfor den normale fire minuttene – fire ganger fire ikke sant. Så vi prøver jo å individualisere der, og det er jo noe pasientene kan fortsette med når de kommer hjem... Avspenningsteknikker har vi sett kan være veldig greit for de, litt der.. enten medisinsk yoga eller psykomotorisk. Eh, ja.

I4: Ja, helheten. Det å se pasienten og det å lytte og høre, ikke sant, du må se pasienten du har foran deg. Hva er det pasienten er plaget med? Ikke bare se på listen og dette her skal vi gjennom, men faktisk løfte blikket og se hvem vi har. Ikke bare diagnosene og plagene, men hvordan har pasienten det, også ta tiltak deretter. Det å samarbeide med hele det tverrfaglige teamet. Det å delta på samtalegrupper det gjør vi også.. ja. Det at de føler seg sett, dele erfaringer med andre og utredning, det er de tre tingene de nevner, som går igjen altså.

I3: Det er også slike likemannsgrupper, like personer, som er tidligere.. eller om man er tidligere covid-pasienter, man blir vel kanskje aldri helt frisk av covid. Det er i hvert fall folk som var tidlig syke som har gått sammen og dannet samtalegrupper som kommer hit på frivillig basis en gang i måneden.

I4: To ganger.

I3: To ganger i måneden, og kan svare på utrolig mange spørsmål som.. de snakker om sine egne erfaringer og hva de hørte fra andre, hva de opplever, og da er det utrolig mange som setter pris på akkurat det da.

I4: Og det er personer med ulikt forløp som er der.

S1: Ehm, dere snakker mye om denne helheten. Ehm.. er det noen av disse fysioterapeutiske tiltakene som på en måte gir "best" effekt? Eller er dem de samlet som gjør susen?

I4: Samlet.

I3: Vi kan ikke gå inn og si at: "Det her vil hjelpe deg!"

S1: Nei (nikker).

I3: Altså, om det er... uhensiktsmessig pustemønster så kan ikke vi si at: "Ja den pusteteknikken her vil bedre opp for deg", vi må bare prøve.

I4: Men det å være tett på, det å liksom være tilstede, ha tid og... ja, det å kunne gjøre justeringer underveis, det er viktig.

S1: Hvor lang tid tar det før dere, på en måte kan merke en effekt, det er jo helt forskjellig?

I4: Kommer an på tiltakene, hvis man korrigerer og jobber med pusteteknikk så kan det jo være bare innad i selve økten.

S1: Ja.

I4: Ehm.. og i forhold til disse tidligere rehab-pasientene, så ser vi jo at... (I3 avbryter).

I3: Dag til dag.

I4: Dag til dag. Det er helt villt. Altså, jeg har en pasient som er her nå som ikke klarte å reise seg opp alene fra sengen...

I3: .. Måtte være to personer.

I4: To personer og prekestol dag en, nå går han rundt her, tar 85 kg på beinpress.

S1: (Ler overrasket). Sykt!

I4: Mhm, det er på tre uker. Ikke tre uker en gang, to og en halv uke!

I3: To og en halv uke.

I4: Maks 1RM var 40 kg, og i går trente han på 85 kg.

S1: Imponerende!

S2: Mhm!

I4: (Smiler). Det er gøy å være med på!

S1: Ja!

I3: Men der ser vi også hva dekondisjoneringen gjør med kroppen altså. Det er jo et alvorlig forløp kan vi si, du blir jo... en av pensumbøkene våre som sier at man kan miste seks prosent av muskelmasse hvis du ligger stille i 24 timer. Selv om det blir gjort fysioterapeutiske tiltak med ståsegg og slike ting på intensivavdeling, og det er forflytning, så vil du aldri klare å gjøre opp for det muskelsvinnet. Og det er jo litt det vi ser her, spesielt hos pasientene med alvorlig forløp, at det er musklene som lider først.

I2: Man ser jo det at immobilisering, altså sengeleie da, jeg mener å huske at opp mot to ukers sengeleie kan man miste 20-40 % av muskelkraft. En ting er jo altså.. det henger nært sammen muskelmasse og muskelstyrke, men det er ikke så mye som skal til av inaktivitet, rett og slett.

I4: Og på denne pasienten da, så er det faktisk ikke.. han har ikke behov for oksygentilskudd, selv etter et alvorlig forløp. Men vi har jo mange pasienter som fortsatt bruker oksygen når de kommer hit. Noen blir kvitt det mens de er her, mens andre må reise hjem med oksygen. Viktig å tilpasse treningen og bruke pulsoksymeter ofte. Det er viktig.

S1: Ja.

I4: Ja.

S1: Ehm, dere merker jo effekt “her og der” på pasientene så klart, men sier de selv at de opplever noe fremgang eller effekt?

I4: Ja, også er det mange som blir litt “blinde”, men når man liksom: “Ja, men hvordan var det dag en og hvordan er det nå liksom?” Så blir de: “Åja, nei det har jeg glemt.”

I3: Eller ved utreise da, det er jo en grunn til at vi tar den testen. Jeg hadde jo en som klarte å gå i tre og et halvt minutt på protokoll to. Han gikk 21 minutt etter fire uker. Og du kan jo, altså prosentvisen der er helt eksepsjonell, men han husket jo ikke hvordan det var den første gangen fordi det er så mange nye inntrykk.

I4: Ja.

I3: Eh, så ja. Men ofte så kan du se dag til dag bedring på utrolig mange av de, men med noen så er det mer disse små tingene, små justeringene som kan gjøre at de kan fortsette hjemme som blir viktig for de da. At de faktisk finner noe som de kan gjøre i det daglige for å fortsette den gode trenden de har skapt... Ja.

S1: Er det dere som tar spirometrien og slikt, eller er det legen?

I3: Det er bioingeniøren.

S1: Ja.

I3: Vi har en egen lab her.

I4: De tar testen.

I3: De tar testen.

S1: Så det er alle de testene dere nevnte på innkost som blir tatt, re-testet, når de reiser ut?

I3: Spirometri og slikt, eh... vi tar kun 1RM og tredemølleprotokoll. Spirometri blir vel ikke alltid tatt ved utreise...

I4: Nei.

I3: ... og ikke CPET, det er vel som regel bare en gang under oppholdet at det blir tatt.

S1: ... Ehm. Skal vi se litt her (leser i intervjuguide). Dere bidrar jo med veldig mye her hører vi, eh.. Hvordan tror dere at denne pasientgruppen hadde vært uten fysioterapi?

S1 og I3: (Latter og smil).

I4: For de med et alvorlig forløp så ville selve rehabiliteringsforløpet vært ganske mye lenger. De ville ikke hatt den progresjonen på samme tiden da. Det vet man jo. Også tror jeg at mange pasienter fortsatt ville vært inaktive og fortsatt utrygge, gått hjemme og...

I3: ... hatt en ond spiral rett og slett (lager sirkel med pekefinger for å illustrere ond spiral).

I4: Ja, en ond spiral.

I3: Tør ikke å reise seg, blir mer inaktive, opplever mer tungpust, tør derfor ikke å gjøre noe som de har klart å gjøre før, også blir det... Det går bare nedover. Vi skal ikke skryte for mye av oss selv, men litt.

S1 og I4: Litt (latter).

I3: Jeg tror det er mange som hadde ikke kommet seg så veldig mye videre, rett og slett. Og det er jo mange som har sagt at dette har forandret livet deres, det her har hjulpet de ut av en situasjon som de så ganske mørkt på.

I4: Det er jo en forholdsvis ung pasientgruppe den hoveddelen...

I3: Mhm.

I4: ... Som egentlig er midt i arbeidslivet, og det er om å gjøre å få dem tilbake igjen i arbeidslivet.

S1: Det er flest av dem?

I4: De fleste av dem, etter en tid, må jo komme seg tilbake i arbeidslivet. Og de fleste har lyst til det, ikke sant. De har jo mye igjen å gjøre i arbeidslivet, og ellers da. Så det å få dem tilbake igjen til.. slik at de kan fungere slik som de gjorde før, det er viktig.

S1: Merker dere det at det er mange av de som har vært her som kan komme tilbake i jobb?

I3 og I4: Etter hvert.

I3: ... men veldig gradvis.

I4: Ja... Mange får kjenne på det å få prioritere seg selv for første gang på lenge, så her er det ikke noen andre krav til dem utover at de skal ta vare på seg selv. Det er ikke noe klesvask for andre enn seg selv, det er ikke noe matlaging, handling, oppfølging på jobb eller...

I3: Her har de lov til å være egoister for første gang.

I4: .. Sin egen boble.

I3: Ja.

I4: Det er mange som ikke har fått kjenne på det på veldig lenge da. Det å fortsette å prioritere seg selv når man kommer hjem, slik at man kan hjelpe til på andre områder – det er viktig.

S1: Absolutt. Nå har vi et litt snodig spørsmål litt mot slutten her. Hvis dere ser for dere at dere hadde hatt alle midlene i verden, og dere skulle laget det beste rehabiliteringstilbudet for pasienter som har senfølger etter covid-19, hvordan hadde det da sett ut?

Alle informanter: (Tenker seg om).

I3: Det hadde vært ganske likt som her, egentlig.

I4: Ja.

S1: Ja?

I2: Jeg kunne kanskje tenkt meg ett lite... Vi har jo utredningsopphold generelt på andre diagnoser på en uke, men et lite slikt opphold på ett til to uker: "Hvordan har det gått siden sist?" Følge opp litt slik.

I4: Ja.

I2: Kanskje seks måneder etterpå.

I3 og I4: Ja.

I2: Litt slik, noen har jo kommet inn for andre gang, men da er det for den fire ukers perioden. Men en liten oppfølgingsperiode: "Er det noe som har gått bra, noe som har gått mindre bra siden du reiste herfra for et halvt år siden?" At man har et par uker til å kunne ta opp noe, hvis det er noe.

I3: Det er ofte det vi ser... Pasientene som vi vet at ikke klarer å gjøre jobben selv, de kan fort falle ut av det. Og selv om vi prøver å tilrettelegge best mulig, så er det jo

den oppfølgingen fra noen som har fulgt deg i fire uker som de ofte skulle hatt da. Men vi har jo rett og slett ikke kapasitet til det.

I4: Jeg skulle kanskje ønsket at jeg kunne møte dem litt i forkant, for liksom forventningsavklaring, og kanskje man kunne gjort unna noen tester i forkant, så man er litt forberedt på hva som skjer *her*. Mange vet ikke hva de går til. At man kanskje hadde hatt enda bedre utbytte av oppholdet da. Mhm.

S1: Ja, så litt før og litt etterpå?

I4: Mhm.

S1: Ja.

I4: For ut ifra lungerehabilitering og ute i verden, så er det anbefalt mellom seks og åtte uker rehabilitering, og her har vi bare fire. Så det er mye som skal skje på kort tid, så det å få ordnet litt før og litt etter.

I3: Det er ganske tettpakket program. Og det som ikke står på den "covidplanen" som dere har fått utlevert nå da, så etter hver treningsøkt før så stod jo det "sett av tid til hvile".

I4: Det gjør det nå.

S1: Jada, mhm. Det står.

I3: Det har vi ikke på mitt team.

I4: Har ikke ditt team det? Mitt team har det. Rød skrift: "Sett av tid til hvile!" De blir også slitne etter samtalegrupper og undervisninger, på grunn av konsentrasjon og hukommelse. Det er totalbelastningen i løpet av dagen. Noen må ha passiv hvile, og noen kan ha aktiv hvile.

I3: Og det som er veldig fascinerende er hvor små forskjeller som kan velte, det er liksom "liten tue velter stort lass." Jeg husker veldig godt at jeg hadde en pasient som hadde trent crossfit i fem-seks år, så vedkommende var i god fysisk form. Pasienten kom her, og to dager før avreise jogget han tre kilometer på møllen, som gikk veldig fint. Men så skulle han bare gå en tur med de andre på gruppen, den var på 600 meter, da ble han sengeliggende i to dager. For det var for mye, akkurat den delen var for mye. Og det er liksom, da ser vi hvor lite som skal til før totalbelastningen blir for stor, og vi ser ofte at det som vi friske tar som en selvfølge, kan være en stor belastning for pasientene. Å sitte ute blant folk der det er mange samtaler rundt, kan koste de utrolig mye mer krefter enn hva det koster oss. Hvis det er musikk rundt, hvis det er støy rundt, så koster det de mer, fordi det er mer inntrykk som de må bearbeide.

I4: Og akkurat det kan være hardere enn en treningsøkt, eller en spinningøkt.

I3: Ja.

I2: Også har vi i motsatt ende. Jeg hadde en kar, kanskje du husker han (Navn på informant 4)? Som kunne trene to ganger om dagen her, ingen komplikasjoner mens han var her, og han var godt trent fra før av og, syklet mye, veldig aktiv person. Han hadde blitt smittet og hadde vel vært noen dager på sykehuset, men det hadde egentlig gått veldig greit. Så kom han hit på rehabilitering og sa på slutten av oppholdet at han hadde kanskje ikke egentlig noe særlig behov for å være her. Det gikk egentlig helt fint med han opplevde han. Så ja, da hadde vi den erfaringen og, at det er faktisk noen som det går veldig fint med også. Som omtrent ikke har noen utfordringer, om vi kan si det på den måten. De møter du på også.

I3: Men der har det jo blitt litt strengere i forhold til hva tar inn nå.

I4: Ja.

I3: I forhold til hva som blir henvist hit da, og hva vi kan henvise videre.

S1: ... Et vidt spekter, det.

I3: Det er vel egentlig det du sitter igjen med, du kan møte fugl og kanari skulle jeg til å si, hummer og kanari heter det.

S1: (Latter).

I3: Du vet aldri hva som kommer inn døren, og det er litt det som er gøy også.

S1: Så bra. Nå har vi fått høre egentlig gjennom hele forløpet syns jeg. Så jeg ser vi begynner å nærme oss timen. Eh.. så da er det egentlig å høre om det er noe dere sitter inne med, som dere føler dere ikke har fått sagt, eller noe annet vi ikke har spurt om som dere vil si noe om?

Alle informanter: (Tenker seg om).

I3: Glass-matt-forandringer? Nei...

I4: Ja...

I3: Altså, når de tar røntgen så i hvert fall så var det mye vanlig før å se på lungene, så så de en hvit stripe, det de kaller glass-matt-forandringer.

S1: Mhm.

I3: Ehm, men de så også at det går tilbake igjen. Det er vel virusinfeksjonen som har gjort sitt. Det er vel egentlig det mest kliniske funnet vi har, ehm.. og ja.

I4: Jeg har skrevet, for jeg har forberedt meg, (latter): Se pasienten, kartlegg både det fysiske og annen kartlegging, trygghet, tilpasse individuelt, gradvis økende belastning, og hjelp pasienten så pasienten får mestringsfølelse. Det å dosere slik at de opplever mestring, det er viktig.

S1: En god oppsummering (smiler). Okei, er det.. er vi i mål?

I3: Ja, hvis dere er fornøyde, så er vi fornøyde tror jeg.

S1: Ja, jeg tror vi er fornøyde. Ja, da er det opptak slutt.

(Opptak slutt).

Vedlegg 7: Transkripsjon av intervju med informant 5

INTERVJU 3

I5 = Informant 5

S1 = Student 1

S2 = Student 2

S1: Ja, da sitter vi her med informanten! Har du lyst å fortelle litt om deg selv og din utdanning?

I5: Ja jeg er utdannet i (Norsk by), jeg var utdannet i 1994, og har siden det vært ansatt på (Norsk sykehus) i ulike stillinger, men stort sett nevrologi rettet. Jeg har jobbet på ulike avdelinger innenfor nevrologi. Så var jeg fire år på kveld, da var det mer av kvelds-fysio og den akutte fysioterapien. Og så ble jeg ansatt på denne avdelingen i 2003, og har siden jobbet i ulike plasser innad i denne avdelingen. Og i begynnelsen i hvert fall, var det en stor andel av nevrologiske pasienter som var her, men det har snudd litt nå etter hvert som tiden går. Så her jeg jobber nå, så er det en ren (diagnose) post, der jobber ikke jeg. Der har de ulike poster innad i samme post. Og her som jeg jobber er det mer generell (diagnose) og alt annet – blant annet covid som kom selvfølgelig nå de siste to årene.

S1 og S2: Mhm (nikker).

I5: Og ja! Så har jeg vært med når de startet opp en post for (diagnose), det er en enhet som ble startet opp i avdelingen her og. Og da jobbet jeg der i tre, tre og et halvt år, før jeg gikk tilbake til vanlig post igjen. Da jobber man i turnus, det var litt annerledes bygd opp enn det er nå. Så stort sett er det nevrologi jeg har jobbet med, men det har etter hvert blitt mye annet også.

S1: Mhm (nikker).

I5: Min spesialisering, eller jeg er spesialist i nevrologisk fysioterapi siden 2013 tror jeg... Så covid har vi jo hatt selvfølgelig i fra pasientene kom, altså i fra de begynte å

bli syke og kom ut av intensivsen og hadde behov for rehabilitering – så vi har hatt de hele veien her. Så du kan si de første pasientene kom rundt påsketider 2020, etter at de begynte å bli skikkelig syke, og kom, så har vi hatt jevnlig tilstrøm siden, med litt mindre opphold. Alt etter trenden med smittetrykket i samfunnet. Men det har vel aldri vært totalt opphør av pasienter, men enkelte perioder har det vært mindre og så trykker det på igjen. Slik som nå når det har vært veldig mye, ikke sant. Ja, det har vært ganske mye nå etter... ja i fra juletiden og utover.

S1: Ja. Så du har da jobbet med covid-pasienter siden påsken 2020?

I5: Ja jeg husker ikke akkurat når vi fikk første, men jeg fikk faktisk den første covid-pasienten som de hadde her. Når covid kom så man at pasientene ble veldig alvorlig syke, og når de kom ut av intensivsen så var de såpass syke at de måtte ha rehabilitering – og da var det her de kom på den tiden. Stort sett er det her de kommer nå også, de som er så syke. Så går de eventuelt videre til andre senere, men de som kommer til oss, kommer kun fra akuttavdeling.

S1: Ja, okei. Ehm.. kan du beskrive litt hvordan en vanlig arbeidsdag ser ut for deg nå?

I5: En vanlig arbeidsdag... Ja, vi begynner om morgenen med et morgenmøte sammen med legen. Vi har jo faste pasienter for såvidt, men så er det jo mye som skjer. Det kan både være planlagt fravær og ikke-planlagt fravær. Og så må vi fordele, slik at vi er sikre på at vi har kontroll og at pasientene blir ivaretatt. Og disse møtene bruker vi en liten tid om morgenen til. Så er det gjerne litt skiving eller andre møter. Dette er vanlig.. eh, arbeidsdagen kan variere utrolig mye, men hvis jeg skal velge noe. Så begynner vi gjerne med pasientbehandling cirka klokken 09:30. Så er det pasientbehandling, eventuelt bakt inn litt pasientmøter inne i dette frem til 12:00. Så er det lunsj klokken tolv, ofte. Og fra 12:30 og utover er det litt det samme, sammen med nye møter. For vi har ganske mye møter. Vi jobber jo med rehabilitering – tverrfaglig rehabilitering her.

S1: Mhm.

I5: I forskjell til en akuttpost, så skal vi sørge for at pasientene... det må jo akuttpostene selvfølgelig også – sørge for at pasientene skal videre. Men vi har mer møtevirksomhet på grunn av at vi har enda tettere samarbeid med kommunen, og når de skal ut å sikre at pasientene får videre oppfølging. Ehm, ja. Så slik ser vel en vanlig... pasientbehandling, møter, fagutvikling. Sant, vi sitter i diverse kompetansegrupper og slikt. Og da har vi noen møter, vi møtes av og til, og så er det litt jobbing utenom det. Ja... Studentveileder, det kommer jo til faste tider. Og turnus har vi. Og akkurat nå er jeg ikke turnusveileder, men det har jeg også vært. Så det varierer litt hvem som tar det.

S1: Så jobber du kun med covid-pasienter nå?

I5: Nei, absolutt ikke. Det er ingen på vår post som bare jobber med covid-pasienter. De er en del av den pasientgruppen vi har. Så det er litt tilfeldig, hvis det reiser en og det kommer inn en covid-pasient på det rommet jeg har, så er det jeg som får den covid-pasienten. Eller hvis det plutselig er mange av personellet som står med kun covid-pasienter, eller at de har mange fysisk, tunge pasienter, eller noe slikt – så prøver vi å fordele litt rundt mellom oss. I utgangspunktet så følger jeg covid-pasienten om han kommer på det pasientrommet jeg har ansvar for. Tar imot pasienten når han kommer og sørger for at han får videre oppfølging, og sier hadet når han drar ut igjen (latter).

S2: Ja, mhm (smiler).

S1: Hvor mange covid-pasienter har du hatt den siste måneden?

I5: Den siste måneden... ehm. Jeg har jo en nå. Jeg har som regel en til enhver tid, en til to. Vanligvis så er de her noen uker. Så hvis jeg sier tre cirka, den siste måneden (ser spørrende ut og ler).

S1 og S2: Cirka, ja (latter og bekræftende smil).

I5: Jeg kan vel si at jeg til enhver tid har en covid-pasient, en til to. Jeg har oftere en enn to, for å si det slik.

S1: Og slik har det vært da siden pandemien kom?

I5: Nei, det har det ikke. Men så har det vært... blant annet nå i sommer, jeg klarer ikke å huske helt tilbake, men det har vært perioder når det har vært lite smittetrykk. Så det er klart at covid har vært der hele tiden, og de alvorlig syke har blitt alvorlig syke, men det har ikke vært så mange av dem i perioder. Og når pasientene blir alvorlig syke så trenger de som regel rehabilitering også. De som er i området til (Navn på sykehus), de kommer til oss etterpå – hvis de er såpass “dårlige” (lager hermetegn med fingrene). Så det kan være perioder hvor jeg ikke har hatt covid-pasienter, men jeg kan si i snitt at jeg har en covid-pasient til enhver tid.

S1 og S2: Ja, mhm (nikker).

I5: Ja, og i perioder kan det være mer også. På lik linje som det kan være mindre. Så i snitt er vel en riktig.

S1: Ja!

S2: Så dere har bare de som har hatt et alvorlig forløp av korona?

I5: Ja, vi har ikke... De kommer ikke inn på re-opphold hos oss, i hvert fall har de ikke gjort det. Dette er jo en ny gruppe, sant. Men de er inne etter tre måneder, da er de på kontroll hos oss. Og da gjennomfører vi testbatterier, pluss litt annet og hører hvordan det går og så videre. Utover det så har vi ikke re-opphold for disse pasientene. Så det er stort sett at de kommer fra akuttavdeling og inn til oss, fra intensiv, via lungeavdeling. Som regel er de en god tid på intensiven, så en kort tid på lungeavdeling, og så kommer de til oss. For når de kommer ut av intensivavdelingen, så er de på en måte såpass “bra” (lager hermetegn med fingrene) at de kan gå videre i systemet.

S1: Blir de henvist da?

I5: Ja da blir de søkt inn, ikke bare til fysio, men til avdelingen her. På lik linje med andre pasienter.. Så tar vi imot dem. Mange er jo såpass dårlige at de ikke kan gå

via noe kommunal rehabilitering. For det handler jo om det med oksygen, og mange slike ting. Jeg kan ikke huske at jeg har hatt noen pasienter som er ute i påvente av å komme inn igjen, de kommer på direkten. Nå kan det være noen andre her hadde svart noe annet, fordi de har opplevd noe annet, men i det store og hele kommer de rett fra akuttavdeling. Og da er det jo fortrinnsvis: Intensivavdelingen, lungeavdelingen som de hører hjemme på og så kommer de til oss.

S1: Så dere tar ikke imot fra andre sykehus, det er (Navn på sykehus) dere er knyttet til?

I5: Nei, altså pasientene kan jo komme fra (Stedsnavn), og i fra (Navn på nok et stedsnavn). Men som regel har pasientene vært så dårlige at de har måttet bli sendt til større sykehus. De aller fleste, og alle jeg har hatt, har vært gjennom et langt intensiv-forløp. De har vært alvorlig syke. Så de kan komme fra store deler av helseforetaket, men de kommer ikke fra andre deler av landet.

S1: Du som fysioterapeut, hva føler du at har vært din rolle i denne store behandlingskjeden?

I5: Vi jobber jo i team her, men jeg føler jo at fysio har en utrolig viktig rolle når pasientene har kommet ut av den intensiv-fasen. Det handler om å hjelpe dem og å kunne komme i gang med å bevege seg igjen. Jeg vet ikke hvor konkret jeg skal være her, for jeg ser at noen av spørsmålene går på hvilke tiltak vi gjør og så videre (ser på intervjuguiden). Men at vi har en viktig rolle, det er jo det. Jeg var på et webinar, og der var overskriften en veldig god beskrivelse: "Tungpustet, svimmel og redd." Så pasientene kommer her, og er kjempetunge i pusten, de er ustø, og de er kjemperedde. Bare de beveger seg så merker de at de er kjempetunge i pusten.

S1 og S2: Mhm.

I5: Så jeg føler at vi som fysioterapeuter har en enormt viktig rolle der, i forhold til det å trygge pasientene på at det er greit å bevege seg, og vise de hvordan de kan gjøre ting – rett og slett få de i gang igjen. Ofte så tør de heller ikke, for de merker at den minste ting gjør dem tunge i pusten. Og de har jo vært gjennom svært alvorlige ting,

og det med pusten er veldig traumatisk for veldig mange – hvis du merker at du sliter med å få nok oksygen. Sånt innledningsvis med denne pasientgruppen, var det jo at pasientene faktisk ikke kjente det så godt selv heller. Jeg husker med denne her covid'en, innledningsvis at pasientene ikke merket selv at de var tunge i pusten og redde, rett og slett. Masse spenninger i kroppen.

S2: Så det er de symptomene eller senfølgene dere ser hyppigest, tungpusthet og..?

I5: Ja, tungpusthet alltid! Og de er redde alltid. Med redselen så kommer det mye spenninger, og det vil jo igjen virke på respirasjonen – så det er en viktig ting bare det. Pusteteknikker, avspenningsteknikker og trygging. Ha god tid, trygge pasientene, vise dem hva de skal gjøre, de får trene sammen med oss på hva de skal gjøre når de blir tunge i pusten. Rett og slett å ta tilbake kontroll over pusten og livet sitt igjen. Så det går mye på å vise pasientene teknikker og metoder, og treningsprinsipper slik at de igjen får tilbake kontrollen og kan håndtere dette. Pasientene er ikke friske når de reiser fra oss, men da vet de hva de skal gjøre. Og de vet hvordan de kan håndtere det for å få en bedring. Så jeg føler at det er enormt viktig at de kommer til oss. Hvis pasientene hadde blitt sendt hjem og overlatt til seg selv, så hadde de sittet der og i beste fall hadde det gått mye lenger tid før de kom tilbake til livet sitt igjen. I verste fall så ville de ikke kommet i nærheten av der de kunne vært, det ville hatt en stor innvirkning på livskvaliteten. Så jeg føler det er enormt viktig at de får hjelp, når de er såpass dårlige. I hvert fall de vi har hatt.

S2: Ser dere andre senfølger enn tungpusthet og redsel?

I5: Ja altså... Det er jo dette med spenninger. Med tungpusthet følger det jo også med at de har lav oksygenmetning. Det er unntaksvis at pasientene ikke har oksygentilførsel når de kommer til oss. De er avhengig av oksygen i hvile, og enda mer under aktivitet. En del av pasientene reiser også ut fra oss med ekstra oksygen, vi har bare fått de ned i antall liter. De får ikke være her evig, og ikke bør de være her evig heller.

S1 og S2: Mhm.

I5: Med de pasientene sender vi henvisning til lungeavdeling, så er det lungeavdelingen som må rekvirere oksygen til hjemmebruk. Så blir pasientene fulgt opp derfra med tanke på den biten, og de aller fleste slipper tilskudd av oksygen etter hvert. Det er klart at det med tungpusthet, det sliter de lenge med. Det tar lang tid å komme tilbake, alt etter hvor dårlig pasienten har vært selvfølgelig. Men de aller fleste som reiser ut, reiser uten oksygen så det er sagt... Det er jo rett og slett tungpusthet og redusert kapasitet... Trøtthet og fatigue er det jo mange som sliter med i etterkant, at de sliter med den unaturlige trøttheten.. utmattelsen. Så det er jo også et veldig vanlig kjennetegn. Så har pasientene også generelt nedsatt styrke og selvfølgelig utholdenhet. Det er ikke det at de har lammelser eller den typen ting, men at de er generelt mer *nedsatt* eller redusert.

S1 og S2: Mhm.

I5: Også det med svimmelhet, det hører jo også gjerne med oksygen... De har også ustøhet, litt nedsatt balanse, men det pleier å komme seg ganske kjapt.

S2: Det høres jo ut som at det ofte er ganske komplekse situasjoner dere får inn, men når de kommer inn til dere – er det en fast måte dere undersøker pasientene på?

I5: Vi har jo testbatterier som vi kjører. Det er tverrfaglig. Fysio har noen visse tester, ergoterapeutene har noe, legen har noe, sykepleieren har noe.

S2: Hvilke tester er det dere tar?

I5: Det som vi tar er når de kommer inn. Det gjør vi på dag en, ikke den dagen de kommer, men dagen etterpå. Da er de på SPPB, kjenner dere til den?

S1 og S2: Mhm (nikker).

I5: Ja, det er den vi tar når de kommer inn. Og den tar vi også på dag syv, og så tar vi den når de reiser ut. I tillegg når de reiser ut så tar vi 6 minutter gangtest. 6 minutter gangtest og SPPB re-tester vi igjen på tre-månederskontroll. Og så har

pasientene andre tester fra andre yrkesgrupper som de gjør på tilsvarende tider: Dag en, dag syv, utreise og tre måneder.

S1 og S2: Mhm.

I5: Så det er de standardiserte testene vi har, men det er masse monitorering... eller de her.. at du måler (illustrerer pulsoksymeter på sin egen finger) oksygenmetningen i blodet. Så det bruker vi til å se hvordan det står til når pasientene *gønner* opp. Hvilken fart kan de ha egentlig? Hvor ofte må de ha pauser? Og det å lære pasientene å gjenkjenne på kroppen hva som egentlig skjer, så de slipper pulsoksymeter. Så målet er jo at de skal bli kvitt pulsoksymeter når de reiser ut, og ikke måtte gå å se på et apparat hvordan de har det. Vi har ruter vi går tur her, og da vet jeg at hvis de klarte å gå på fem minutter, med tre pauser, da vet jeg også at: Okei, når de setter seg ned i første pause så gikk metningen ned slik (lager rask bevegelse nedover med hendene), men så brukte pasienten kanskje bare ett minutt på å komme opp igjen til akseptabel grense – som ofte er 90 %. Og da har du de dataene som du kan sammenligne med. Også dette med: Dagen pasienten kom inn så brukte hun prekestol, og måtte bruke syv liter oksygen. Og uken etterpå trengte hun bare to liter oksygen når hun gikk. Kanskje har pasienten kortere pause, kanskje faller hun ikke like langt ned i metning, eller henter seg raskere inn. Så det er mange slike ting vi bruker. Vi bruker masse, masse målinger egentlig. Det er covid-pasientene vi måler mest egentlig på slike ting. Problemet deres er at lungene ikke klarer å hente nok oksygen.

S1 og S2: Mhm.

I5: Og så parallelt med dette jobber vi masse med at pasientene må gjenkjenne på egen kropp, symptomer på at de må ta pause. Og det å lære seg å tilpasse tempo, altså tilpasse intensiteten i gangen for eksempel, eller det de gjør til kroppen sin. Hvis de lærer det, da kan de reise! (Smiler og ler).

S1 og S2: Ja (smiler og nikker).

I5: For da kan pasientene sikre seg en fremgang. Og så lærer vi de litt andre prinsipper også selvfølgelig, men jeg tenker at det er enormt viktig. Vi har jo pasienter som kommer på poliklinikk her, som har kjøpt seg eget pulsoksymeter, og ikke kjenner noe, og bare driver å måler – og det er jo ikke okei. Så de må bli kvitt slike ting, og heller kjenne etter selv. Og det å ta pauser før du blir for sliten er alltid lurt også. Da henter de seg mye raskere inn, og kan holde mye lenger – i stedet for at de går tomme, og så var det alt. Så er kanskje hele dagen er ødelagt, så må du kanskje vente til neste før du kan gjøre noe. Så det er ikke en god måte å gjøre det på. Det er mange som går slik lenge og tenker “du skal jo bli trøtt”, så det er mer det moderate tempoet... ja nå er jeg midt i tiltak her (latter).

S1: Nei det er helt topp (smiler).

I5: Ja, mhm.

S1: Ja. Dere måler metning... eh..

I5: Puls.

S1: Puls (nikker).

I5: Ja, så det er også et slikt mål. Vi bruker også Borgs, som en slik “Hvor ligger du nå hvis du skal beskrive hvor”... sant.

S1: Bruker dere den CR10, eller bruker dere den som går fra..?

I5: Vi bruker den som går til 20. Den begynner egentlig på seks, det er det som er litt rart (latter). Men, det er den.

S1 og S2: Mhm.

S1: Eh, litt andre slike kliniske mål. Spirometri for eksempel, er det noe som er relevant her?

I5: Det kan absolutt være relevant, men vi bruker det vel ikke så mye.

S1 og S2: Nei (nikker).

S1: Eh, og dette med bilder av lunger og røntgen. Det tar de på sykehuset?

I5: Pasientene er jo godt dokumentert, holdt jeg på å si, når de kommer. Men, det kan godt hende at de må ta nye bilder for å se. Men det er ikke noe standard her, at de må ta bilder. Men de blir jo kalt inn... Det er mulig de gjør, jeg tror det er etter tre måneder.. de kaller pasientene inn på lungeavdelingen.

S1: Men det er ingenting dere som fysioterapeuter bruker?

I5: Nei, men hvis vi ser at pasienten er blitt veldig tung i pusten og forskjellig – da går det an å ta et nytt bilde. Pasienten kan jo ha fått en ny infeksjon. Og du er jo ekstra utsatt når du har vært så redusert, og da er det jo vår oppgave å formidle det. Og da sender legen en henvisning på det, på lik linje med alle pasientene våre.

S1: Ja!

I5: Men det er ikke noe standard som vi gjør. Eh, vi er jo en viktig bit i... for vi som fysioterapeuter ser jo pasientene når de blir slitne også. Og hvis vi har en mistanke om at det er noe sykdomsrelatert i utvikling, så er det jo viktig å følge med.

S1: Du har snakket litt om det allerede, men nå går vi litt over til selve rehabiliteringen her og litt om dette med tidsspenn for eksempel. Er det fast hvor lenge pasientene er her?

I5: Nei. De får ikke være her evig, det får de ikke. Men jeg vil tippe at de fleste er her rundt tre uker. Og allerede etter en uke cirka, så begynner en å tenke tidsperspektivet. Men selv om du sier det så kan enkelte pasienter trenge mer tid, men det kan også være pasienter som trenger så mye tid at de må videre til kommunal, døgnbasert rehabilitering. Da trenger de så mye tid at det hjelper ikke om de er en uke her, for det er for vanskelig for pasienten å reise hjem igjen. Pasienten

bor kanskje i femte etasje uten heis, og mange slike ting som gjør at det er vanskelig å fungere. Og da kan det være at en utvider tiden litt her hos oss, men hvis det er snakk om veldig lenge, da er det mer hensiktsmessig å sende pasienten til kommunen. Men cirka tre uker vil jeg tro er den mest vanlige tiden her inne.

S1 og S2: Mhm.

I5: Nå har jeg en pasient, han ga seg selv fjorten dager da han kom her. Men jeg tror han må være her litt lenger (ler omsorgsfullt). Fordi jeg skal teste han med 6 minutter gangtest i morgen uten oksygen, og se hva som skjer da. Så snakker vi med lungeavdelingen og sier: "Er dette resultatet godt nok til å kunne reise hjem uten oksygen, eller må han komme inn til deres avdeling på utredning?" Og hvis det blir slik, så tar det litt tid... Vi må vi henvise til lungeavdeling, så må de ha tid til å ta imot han og så videre. Så da må vi rett og slett ta noen dager ekstra. Men hvis det viser seg i morgen at han klarer dette fint og at kroppen hans håndterer det å gå i seks minutter uten oksygen – da er man jo kommet en bit på vei tenker jeg.

S1 og S2: Mhm (nikker).

I5: Så ja. Det er sjeldent at pasientene er her mindre enn fjorten dager, de som er her. Så de aller fleste ligger her rundt tre uker pluss. Og jeg syns også at jeg ser en endring: De som kom her til å begynne med, var kjempedårlige! De kan nok bli like dårlige nå, men vi ser også de som ikke er så dårlige. Og det tror jeg har med at til å begynne med måtte pasientene være så ekstremt dårlige før helsepersonellet tenkte på at de skulle videre, for det var så åpenbart. Mens nå er det litt lavere terskel for å sende pasientene videre til oss. At kanskje er de begynt å kunne gå litt med oksygen og slikt sant, men likevel har de veldig nytte av rehabilitering. For de som blir dårlige, blir jo dårlige fortsatt.

S1: Har dere sett noe forskjell på de som er vaksinerte og uvaksinerte?

I5: Til å begynne med så var ikke pasientene vaksinerte. Og så begynte folk å bli vaksinerte. Og det som vi ser nå da, etter at folk har begynt å få den tredje dosen, er at det nesten ene og alene er uvaksinerte vi får inn her. Så de uvaksinerte har mye

større risiko. Så vi har hatt ungdommer, 18-19 åringer, uvaksinerte, som går på en kjempesnell. Selv om de fleste pasientene ligger rundt 40-50 årene. Så det syns jeg er veldig tydelig, det rushet som har kommet etter jul nå. Og nå som de fleste har fått dose tre i samfunnet, så er de alle fleste som kommer uvaksinerte.

S1: Har dere sett noen forskjell mellom kvinner og menn?

I5: Ehm.. Det er vel egentlig flest menn, av de som blir veldig dårlige. Vi har flest menn. Det tror jeg at jeg kan si ja.

S1 og S2: Mhm.

S1: Og du sa 18-19 år. Hvilket aldersspenn har dere hatt her?

I5: På de med covid?

S1: Ja.

I5: Eh. Som sagt hadde jeg rett etter jul en 18-åring... (Tenker). Vi har jo hatt noen av de også, men de unge kommer ikke like ofte altså. Overhode ikke! Men, det er vanskelig å.. de kan jo være litt opp i alder også, men vi får ikke veldig gamle med covid.

S1: Nei.

I5: Nei. Det kan hende rett og slett at det er plassproblemer også. Hvis pasientene har hatt en veldig lav allmenntilstand i utgangspunktet, og har et lavt rehabiliteringspotensiale – da får de dessverre ikke komme her. Så det er hele kriteriet for å komme her. Så dermed blir det nok litt *silt*. Og dermed kan det og være at alderen på covid-pasientene går litt ned. Så jeg vil tro at de fleste vi har her ligger mellom 40 til 60 år kanskje. Vi har de eldre også, men det er akkurat som med ungdommene: Det er mindre av dem. Vi har jo egentlig hele spekteret, men det er en overvekt mellom 45 og 60 år vil jeg tro.

S1: Har dere noen tydelige inklusjonskriterier for å komme her?

I5: Ikke covid. Det er jo ikke vi som sitter på inntaket, så nå snakker jeg litt på gyngende grunn. Men det jeg vet på generelt grunnlag, jeg tror ikke covid-pasientene har noe... altså covid har jo blitt løftet opp, så dermed kan det være at de går på bekostning av andre grupper. Men i utgangspunktet så er kriteriene for å komme her at pasientene skal ha et rehabiliteringspotensiale, og de skal ha et tverrfaglig behov. Og det behovet må skje i spesialisthelsetjenesten, og ikke på kommunalt nivå. Så det er rett og slett hvor dårlige de er og hvem som kan hjelpe dem med det.

S1 og S2: Mhm.

I5: Så hvis det er en pasient som bare trenger fysio, så vil ikke han få kunne komme her. Hvis det er en som kun trenger sykepleie, så vil ikke han få komme her – da vil han kanskje få komme på et sykehjem. Så det er den tverrfageligheten, og det at pasientene skal være på riktig nivå i helsetjenesten, med spesialisthelsetjenesten. Så det er på en måte det som er kriteriene. Av og til får vi andre på det vi kaller vurderingsopphold. Og da bruker vi kanskje en uke, eller noe, og vurderer om det er riktig plass for dem eller ikke. Ikke så ofte med covid. Men om vi ser at pasienter er så dårlige at de ikke kan motta rehabilitering, da er det kanskje heller videre til et sykehjem i påvente av videre rehabilitering. Og her bygge seg opp med et kommunalt apparat, og heller senere komme inn her. Men dette er oftere med andre pasientgrupper, jeg har ikke sett dette så ofte med covid. For når de blir søkt inn her, så er de på en måte klare.

S1 og S2: Mhm.

S1: Eh, du har nevnt litt allerede. Men, kan du si litt om hvilke fysioterapeutiske tiltak du benytter i denne rehabiliteringen?

I5: Ehm... Altså det med trygghet, og god informasjon. Det med å skape trygghet er ekstremt viktig, og opparbeide en tillit til den du skal hjelpe. Og det går jo på pust dette her, så lungefysioterapi er jo et veldig vanlig tiltak.

(En annen yrkesgruppe kommer inn i rommet, og skal ha møte. Informanten og begge studenter flytter seg til et annet møterom).

S1: Da fortsetter vi bare der vi var. Du snakket om, snakket om fysioterapeutiske tiltak og du var på lungefysioterapi.

I5: Ja. Så det er jo et veldig vanlig tiltak, sant. Og det er noe av det første vi kartlegger: Om de har behov for noe hjelp fra oss. Og da går det jo på pusteteknikk, mini-PEP, sant. De typene tingene. Mobilisering er jo et kjempeviktig lungefysio tiltak, det å komme i gang og bevege seg, og ikke sitte i samme, eller ligge i samme stillingen – kjempeviktig. Så lungefysio er et veldig viktig og vanlig tiltak. Eh, mobilisering og. Hjelp de å komme igang med å bevege seg sant. Det tenker jeg også i forhold til å... lungene sant, åpenbart, men også begynne å komme i gang, og kunne sette systemet litt på press. Ikke mye, fordi her snakker vi om lavdosert til å begynne med, også moderat tempo. Også er det jo mer generell trening, styrke, utholdenhetstrening. Og da begynner vi veldig lavdosert, også bygger vi på til et moderat tempo etter hvert. For å finne riktig så er det både, i forhold til respirasjonsfrekvens... det er jo et symptom da, men det går jo på tung i pusten (etterlikner tungpust). Men nå hoppet jeg litt på tiltak, nå kom jeg liksom på det dere spurte om symptom (latter).

S1 og S2: (Latter).

I5: Så vi måler jo nøye, i hvert fall til å begynne med. Etter hvert så ser vi at det vi ser på målinger og det pasienten kjenner, begynner å samstemme. Og da begynner man å ta vekk måleinstrumentene, og bare ta kontrollmålinger.

S1 og S2: Mhm.

I5: Men det er egentlig generell trening, det er ikke noe «hokus-pokus» trening. Det er det, det eneste er det med å passe på at de skjer i et tempo slik at kroppen tåler det. Og da er det det med å ikke kjøre seg helt i kjelleren, for det er en dårlig strategi. Etter hvert så vil man jo det, men ikke på det stadiet de er her nå. Så da er det mer at vi begynner lavdosert, og bygger på til litt moderat tempo. De skal kjenne at de blir

andpusten, også i takt med at kroppen tåler det. Det er jo intervalltrening vi driver med, bare at det er veldig individuelt tilpasset.

S1: Ja!

I5: Så det er kanskje ikke det dere tenker på som intervalltrening, men det er jo på en måte det vi gjør.

S1: Intervalltrening, er det noen andre treningsformer dere bruker her?

I5: Ja, vi har jo avspenning og den typen ting. Så har vi masse apparattrening, men det... Altså intervalltrening kan man jo bruke på alt på en måte, både i forhold til styrke og utholdenhet, så det er jo... Jeg lurer litt på hva du tenkte på når du spurte om det?

S1: Nei, for eksempel det er kondisjon, styrketrening...

I5: Balansetrening...

S1: Mhm.

I5: En covid-pasient er vanlig, for de er generelt svekket. Så det er vanlige treningsprinsipp, men individuelt tilpasset til den enkelte, fordi det de sliter med er å få nok oksygen.

S1 og S2: Mhm.

I5: Så det er veldig individuelt tilpasset. Og da kan vi gjøre alt fra å gå, til å gå i trapper, til å gå ute. Det er som regel en progresjon, at det ligner litt på det de skal hjem til, vi tenker hele tiden på det. Men også trening inne i treningssal på diverse apparat, på tredemølle, på styrketreningsapparat. Bruke store muskelgrupper, ikke små, men der du får i gang *blodpumpa*. Men at pasienten må lære å kjenne hvordan de skal gjøre det.

S1 og S2: Mhm (nikker).

I5: Trappetreningen bruker vi mye, og veldig ofte har de trapper hjemme selv. Pluss at det er en god treningsform. Der kan man si: "Idag klarte du å gå opp trappen to ganger uten oksygen". Ja. Det er det, pluss mye funksjonstrening. Det bruker vi og. Det jeg ser er at vi prøver å tenke: "Skal han til hjemmet?" De er vant til å gå tur ofte. Det at de får kjenne litt på det, hvordan det er. For det er forskjell på å gå ute i kupert terreng, på forskjellige underlag, enn å gå inne på flatt gulv.

S1: Hvor ofte trener de med fysioterapeuten?

I5: Stort sett hver dag.

S1: Mhm. Har de noen timeplan som de følger?

I5: Ja, det har de. Så det er fordi vi er forskjellige grupper inne også sant, pluss at vi lager jo et eget treningsopplegg også. Så de skal på en måte kunne gjøre, slik at de får utnyttet tiden godt. Og det og er en veldig forskjell når de er kommet ut av den "sengefasen", og kan begynne å trene litt på egenhånd, så ser vi ofte en veldig fin fremgang. Da får de mye mer mengdetrening, enn liksom bare fysio den ene timen. Ofte klarer de ikke å holde en time heller, eller det er mye pauser i den timen.

S1: Er det noe som er gruppebasert trening?

I5: Vi har en type gruppe som er apparat-trening, og den er individuell. Pasientene flytter seg rundt, men er i en gruppe. Også er det en fysio eller to som hjelper med innstilling av apparater, men deltakerne har sitt eget opplegg. Det er ikke slik at noen står og hjelper de med selve treningen, men kan hjelpe de å komme inn på apparatene og slikt. Så det er vel det nærmeste vi har til gruppetrening. I hvert fall når de er hos oss... jeg vet at blant annet at de har gruppetrening på flere kommunale rehabiliteringstilbud, men de pasientene har nok litt bedre funksjon. De pasientene er en annen... de er nok begynt å bli litt mer ensartet enn de vi har her. Det er et enormt spekter.

S1 og S2: Mhm.

I5: De pasientene vi har er såpass dårlige at de egner seg ikke til en tradisjonell gruppetrening, men litt ut i forløpet kan de det. Eller de som ikke har vært så dårlige kan sikkert gå rett til kommunalt rehabiliteringstilbud, for kommunale tilbud har jo med den typen gruppetrening. Våre pasienter er rett og slett for sprikende og har et for individuelt behov.

S2: Ehm.. vi har jo snakket litt om hvordan rehabiliteringen går for seg, men kan du si litt om hvordan pasientene reagerer på de tiltakene du gjør? I forhold til om du føler det har en effekt, om det ikke har en effekt, for pasienten?

I5: Jeg føler jo at det har en effekt, jeg føler pasientene føler det også. Ofte ser du jo effekten veldig kjapt. Bare det at de er så redde, og spenner pusten sin så veldig, det gjør jo noe med oksygenmetningen. Det å på en måte gi de trygghet til å kunne bevege seg, og begynne å gi de litt kontroll, det gjør at du kan senke litt, puste dypere...

S2: Mhm.

I5: Noen pasienter trenger lenger tid på det, og noen trenger kortere. I og med at vi måler så mye, det er jo en pasientgruppe som er lett å se en objektiv effekt på også. Nettopp på grunn av at det er den gruppen vi måler mest. Da vet jeg jo at når jeg tester de på dag en og dag syv, og de både har høyere skåre på SPPB og de bruker mindre oksygen, og de går uten ganghjelpemiddel, ikke sant. Da ser du, også i fra gang til gang kan... selv om det er jo ikke slik at det går strake veien, du svinger jo på den veien. Du har dårlige dager, og bedre dager. Det er normalt, det sier vi til alle som kommer her, at man kan ikke forvente at hver dag er en strak vei oppover. Det svinger litt på den veien, men det skal jo svinge i riktig retning, og det gjør det for de aller fleste.

S2: Tar det lang... eller føler pasientene at de også har effekt av å være her?

I5: Ja. Det vil jeg absolutt påstå.

S2: På like linje med måten du føler at det har en effekt?

I5: Ja, jeg føler at vi er veldig samstemte der. De merker jo det med at når de kommer inn... De er jo.. jeg vet jeg trekker frem det med redd og tung i pusten, det henger veldig sammen, og det er ikke en god plass å være egentlig.

S2: Nei.

I5: Selv om de er jo glad for at de har kommet seg ut av respirator og alt dette, men det å merke at du plutselig kan bevege deg uten at du må ha følge. Du merker den progresjonen: "Å, i dag kunne jeg gå og hente meg kaffe selv!" Det er en forferdelig situasjon å være så hjelpetrengende på så livsnødvendige ting. Det å merke at du klarer mer og mer sant, så de aller fleste, det vil jeg si, de føler virkelig den fremgangen. Mange føler kanskje litt vel fremgang, og at de vil reise hjem litt raskt. Men vi ser at pasientene ikke har helt kontroll på dette med å styre intensiteten. For høy eller for lav intensitet vil i beste fall forsinke pasientene eller hindre de i å komme så langt som de kunne. Det er jo ikke bra at hjernen går uten tilstrekkelig oksygen heller. Det er jo en grunn for at vi må ha den. Nei, så jeg føler absolutt at personalet og pasientene er veldig samstemte der, fordi det er så konkret. De merker den forskjellen. Det er veldig forskjell å kunne gå på do alene, og å måtte ha fullt følge.

S2: Mhm, absolutt.

I5: Ja.

S2: Er det et av tiltakene du vil trekke frem som du føler er viktigst i behandlingen?

I5: Ehm... Det med både pusteteknikker, avspenning og utholdenhetstrening da hvis du må trekke en av de. Eller det høres nesten litt... utholdenhetstrening høres så voldsomt ut, men det er jo det vi ønsker å få til: At de kan gå mer og øke kapasiteten. Men styrketrening, altså det er jo noe med totalen her. (Tenker seg om). Hvis du skal velge ett ord, så er det vel kanskje gangtrening da.

S1: Ja.

I5: Det med å... for det er jo mange ting som blir styrt inn i den sant. Så det er det å, ja.

S1: Er det ergoterapeut her?

I5: Ja.

S1: Ehm.. forholder de seg noe til dette med aktivitetsregulering?

I5: Ja, absolutt. Det også er jo en ting som vi jobber med, men som ergoterapeutene er ekstra gode på. Men vi forholder oss det til det også. Det er egentlig litt det med å kunne kjenne på kapasiteten, og å ta pauser i forhold til det. Så det er veldig i tråd med det som ergoterapeuten jobber med. Det handler jo om å styre litt kreftene du har, på riktig måte, og ikke bare brenne av kruttet med en gang, slik at du klarer å holde ut best mulig og ikke får den der enorme trøttheten og fatiguen, eller hva du skal kalle det. Mhm.

S1: Det virker jo som at det ikke er en fastsatt... eller en tid de skal være her. Du har fortalt litt, men hva er det på en måte som avgjør at "nå er du ferdig hos oss", fra din side?

I5: Ifra min side?

S1: Mhm.

I5: Jeg er jo en del av et team, så det er sjeldent det bare er meg. Men når det er sagt, så er det veldig viktig det *jeg* gjør. Det som ofte er det avgjørende, fordi det handler om hvordan pasientene klarer å... ta hensyn til redusert kapasitet når de beveger seg. Da er jo fysio veldig viktig. Det er ofte jeg som ser hva som skjer når de går. Sykepleierne ser jo pasientene når de sitter i en stol og hviler, og de har mer kontroll på det, men det er noe av det første de klarer sant. Så det med om de klarer å... om pasientene er gode nok til å kunne ta hensyn til kapasiteten sin. Så det er ofte det som styrer, og kombinert med oksygentilførsel, altså hvordan klarer de seg når de går. For ofte så kommer de ut, altså pasientene ikke trenger å bruke oksygen

i hvile, men så er det det der med å skulle begynne å bevege seg og bruke kroppen mer. Det er ofte det som gjør at de må reise hjem med oksygen. De aller, aller fleste har jo kommet seg av oksygen i hvile. Da er fysio veldig viktig, fordi det er vi som jobber med det, det er vi som utfordrer de. Det er jeg som måler og ser hva som skjer, hvor lang tid de bruker på å hente seg inn igjen, hvor langt går de ned i oksygenmetning. Blant annet nå når vi skal bestemme når pasienten skal reise ut, han som jeg har nå, så er det den testen jeg tar i morgen som avgjør om han får reise. Altså 6 minutter gangtesten uten oksygentilførsel. Da skal vi se hva som skjer rett og slett.

S2: Mhm.

I5: Og da har jeg fått lov til å gå ganske langt ned i oksygenmetning, og så vet jeg at om han kommer under den grensen så må jeg bare bryte. Men i utgangspunktet så er det jo pasienten selv som skal styre den testen, men dersom det går for langt så må jeg jo bryte.

S1: Med oksygenmetningen?

I5: Ja, men denne testen vil bestemme om pasienten skal videre til lungeavdeling eller ikke. Så ofte er fysio veldig viktig, men det er jo en team-avgjørelse. For det kan jo være at *jeg* ser pasienten i *en* situasjon... men det er heller ikke uvanlig at når de for eksempel er med fysio, så oppfører de seg veldig.. de gjør alt jeg sier. "Å, du må gjøre slik og slik for å klare det." Men så med engang pasientene går uten oksygen og de begynner å streve rundt... og dette er det jo ikke *vi* fysioterapeuter som ser, det er de andre profesjonene sant. Så dersom de observerer slike ting, og tenker at pasienten trenger litt mer tid for å forstå hva det egentlig dreier seg om, for å kunne ta godt vare på seg selv. Vi tvangsholder ingen her, så av og til så reiser pasientene hjem om de vil hjem. Da er jo vår oppgave å prøve å formidle det at det er viktig at du lærer dette på grunn av... og bruke litt på det. Så det er egentlig når de har kontroll på.. at de klarer å justere intensitet i forhold til lungene og oksygen. Når de klarer den, da tenker jeg at de kan få reise hjem.

S1 og S2: Mhm (nikker).

I5: Hvis de er veldig motiverte til å ha med seg oksygen, så tenker jeg at da må de få med seg oksygen hvis det er det, men de aller fleste de vil klare dette pluss at de vil av oksygen. Så det er de to tingene, de henger sammen, som avgjør. Nå klarer de faktisk det sant, de klarer å gå en runde i moderat tempo i seks minutter. Det er ganske langt, da kommer du deg jo en halv kilometer sikkert i deres tempo da (latter). Det er en god begynnelse i hvert fall. Ja.. Svarte jeg på spørsmålet nå eller?

S1 og S2: Ja, ja!

I5: Du får bare komme inn og... Ja. Mhm.

S1: Eh.. og hvis de har oppnådd det så sendes de videre?

I5: Ja, da er det... Men bare for å korrigere. Det som bestemmer når det skal, når dere sier fysio sant. Det er jo et felles mål vi har satt felles med pasienten, og da tenker jeg teamet. Så det er på en måte det som... Pasienten kommer inn og sier: "Å, jeg bor i femte etasje og jeg må komme meg opp de trappene uten oksygen." Det var litt høye mål.. så da kan man heller si at da må du til kommunal rehabilitering. Dersom det er målet når de kommer her så setter vi en del delmål i forhold til det. Når vi ser at disse målene begynner å bli oppnådd, ja da er pasienten klar og har oppnådd det.

S1 og S2: Mhm.

I5: Så det er bestemmende, også for fysio. Vi jobber jo i team, og derfor så er det... men fysio er en viktig del av avgjørelsen om utreise, ofte.

S2: Mhm.

I5: På grunn av at vi ser pasienten når de har det vanskeligst. Ja. Mhm.

S1: Så er det jo litt om hvordan det går med de som har vært her?

I5: Ja, de kommer jo inn til kontroll etter tre måneder.

S1: Hvordan ser de ut da?

I5: Ja, det er ikke jeg som er på den kontrollen, og disse kontrollene har vi ikke hatt fra dag en. Vi hadde testing ifra dag en nesten, testbatterier, men den gangen stoppet det med fysio når de reiste. Så da fant vi ut at det var jo veldig lite hensiktsmessig, vi tok 6 minutter gangtest og hvorfor det? (Litt latter). Derfor så ble det innført det at pasientene har tre måneders kontroll også. Men magesfølelsen er nå at de aller fleste går det... Etter tre måneder er de ikke helt tilbake, men de er kommet langt, langt videre. Jeg følte også at det var en forskjell.. for jeg husker de første pasientene som kom, de var så ekstremt dårlige. Jeg husker den første pasienten, han kunne ikke snu seg i sengen engang, og han klarte jo ikke noe av SPPB. Jeg klødde meg i hodet og tenkte at vi hadde fått feil tester – de klarer ingenting når de kommer. Som regel var de ikke så dårlige som han, men han tror jeg nok er en av de som sliter enda, selv om dette er to år siden. Han var såpass skadet holdte jeg på å si, men de aller fleste er ikke slik. De aller fleste går det jo bedre med enn man hadde trodd, sier forskningen. Mange av pasientene må bruke lang tid, og de som jeg får er ofte de dårligste også. På grunn av at de kommer.. de dårligste på akuttavdelingene, så jeg vil si at samtlige har vært gjennom en respirator.

S1: Jeg bare kom på dette med SPPB og 6 minutter gangtest, som er på den måte de to testene dere som fysioterapeuter bruker. Har dere noen begrunnelse på hvorfor akkurat de to er valgt?

I5: De? Dette var jo en diskusjon når covid-pasientene kom, og dette er tester som de gjør andre plasser i landet. Så det var jo et samarbeid mellom de som tok imot de her covid-pasientene, men vi hadde også et internt samarbeid. Med én gang pasientene kom så stod vi og klødde oss i hodet. SPPB er jo egentlig utviklet for eldre, så vi hadde jo ingen tester som passet til disse pasientene. Vi prøvde oss på litt andre tester helt innledningsvis også, nettopp fordi vi tenkte at hvis de så ut som den første pasienten som kom, så måtte vi finne noe lavere. Etter hvert, så fant vi ut at den fanget opp ganske mye, og det gjør den. Særlig den oppgaven som er vanskelig på SPPB.. altså pasientene klarer ofte den balansetesten, der får de ofte full skår, så skårer de litt ned på gangtesten på grunn av tempo. Det de virkelig

skårer ned på er å reise seg fem ganger. Da bruker de så lang tid, eller så klarer de det ikke. Da ser du ofte en forskjell også ganske fort, allerede etter en uke tenker pasientene: "Hmm, det var jo helt noe annet." Så grunnen til at vi valgte de testene, det var jo det. Den 6 minutter gangtest den har vi valgt å ikke ta når de kommer, på grunn av de er ikke så bra de pasientene vi har. De vil ikke klare å gå seks minutter. Det er ikke snakk om, da kommer de ikke *her* (latter).

S1: Det var da etter syv dager?

I5: Mhm.

S1: Og utreise?

I5: Ja, og utreise, da er de så bra at da kan vi begynne å ta 6 minutter gangtest. Det er ikke hensiktsmessig å ta den før. Da kan vi også sammenligne de. Det er en veldig god test, for å sammenligne litt hva som skjer med kroppen når du går litt. Ikke bare den fire meter gangtesten, den er jo ingenting. Den sier litt om tempo, men den sier ikke så mye utover det, fordi den er så kort. Men seks minutter, da snakker vi altså. Da må kroppen tilpasse seg. 6 minutter gangtest er bare når de reiser hos, også etter tre måneder. Men det er 6 minutter gangtest de bruker på lungeavdelingen, og det er derfor jeg skal ta den selv om pasienten ikke skal reise nå, så skal jeg ta den, fordi det er informasjon til lungeavdelingen. Hvordan det går med pasienten, fordi det er den de bruker når de skal finne ut om pasientene må ha oksygen eller ikke. Da ser de kroppen på press over tid.

S1: Ja. Vi begynner snart å nærme oss slutten her. Ehm.. vi har et spørsmål som går slik at hvis du ser for deg nå at du hadde hatt alle midlene i hele verden som du trengte, og dere skulle laget det beste rehabiliteringsprogrammet for pasienter med senfølger etter covid-19. Hvordan hadde det sett ut i dine øyne?

I5: Ehm.. Ja, det var et vanskelig spørsmål, på en måte og på en måte ikke. Jeg føler jo at de man har her til den pasientgruppen, er veldig greit. Jeg tenker ikke at de må være noe lenger hos oss. De må få komme hjem. Da er det mer å heller få hjelp til å komme i gang hjemme, så kanskje mer der. Når pasientene reiser så er

det jo jobben vår og sørge for. Vi spør jo alltid og informerer, og prøver å motivere hvis vi ser at det er et behov for oppfølging av fysio for eksempel. Men det er klart at når pasientene er ute av sykehus da, da er det begrenset hvor mye... Hvis du er så dårlig så kan fysio komme hjem, men da kan de maks komme en til to ganger i uken, det er kommunen. Slik er det, de har ikke ubegrenset med ressurser. Det er klart at for de dårlige som får komme hjem, så kunne jo dette vært noe. Treningsveileder, ett eller annet der du kan få den hjelpen.

S2: Mhm.

I5: Mange av de pasientene som er så dårlige og, de har ikke tradisjoner på.. for det er jo en sammenheng... altså alle kan få det – men det er klart at er du overvektig og er du “storrøyker” så er det større sjans for at du får senfølger. Det med å få hjelp med å komme i gang, for når du ikke har treningsrutiner så er det ekstra vanskelig når du skal begynne på egenhånd. Det å ha fått den hjelpen. Jeg tenker mer hjelp ute, enn at de nødvendigvis skulle blitt så lenge her, for jeg tror det er så viktig å få komme hjem også. Og heller få hjelp hjemme, og ta tilbake hverdagen. Jeg tror det er ekstremt viktig de som kommer her, de som er så dårlige. De må komme her. Jeg ser på det som en slags skole. De må gjennom et program å lære å kjenne kroppen sin på nytt, og få trygging på at det er ikke farlig å bevege seg, men de må ta hensyn til “det og det”. De må gjøre “det og det”.

S1 og S2: Mhm.

S1: Og det får de her da gjennom fysio, ergo, kan du nevne?

I5: Ja, altså fysio, ergo. Noen må jo ha.. av de langvarig respiratorbehandlede pasientene, må jo ha logoped og slike ting også. Det er jo mer unntaksvis. Men så er det jo noen som trenger psykolog. Det er jo voldsomme ting de har vært gjennom.

S1: Har dere det her?

I5: Ja.

S1: Ja!

I5: Sosionom er jo veldig aktuelt. Pasientene er kanskje midt i arbeid.. og tenker: "Hva skjer nå?" De blir langtidssykemeldt. Og selvfølgelig lege og sykepleier. Sykepleierne er jo basen her. Hjelper pasientene med å gå på do, holde seg i gang, gå turer med de, og alt. Nå har jeg vært innom sykepleier og lege, eh.. fysio, ergoterapeut, sosionom. Alle de er jo inne uansett, også har du psykolog og logoped, som er mer ved behov. Vi har ikke ernæringsfysiolog. Pasientene blir henvist til (Navn på sykehus) for ernæringsfysiolog hvis det er behov, men vi har ikke egen. Så det er vel det.

S1: Ja. Et godt tverrfaglig team!

I5: Ja, sant. Så ofte må du innom i hvert fall de yrkesgruppene. Selvfølgelig lege og sykepleier, men også ergo, fysio og sosionom er alltid med.

S2: Jeg tror vi må avslutte, men har du noe annet du ønsker å tilføye som vi ikke har snakket om, eller noe du føler er viktig?

I5: Ikke som jeg kommer på. Hvis dere mangler noe får dere bare ta kontakt.

S1 og S2: Ja, det gjør vi (smiler).

I5: Det kan godt være det er noen tiltak jeg har glemt. Vi gjør jo veldig mye, men ikke noen veldig viktige tiltak, det har jeg ikke glemt. Det er jo veldig forskjellig hva vi gjør med pasientene.

S1 og S2: Mhm.

I5: Det jeg kan si er at disse pasientene.. covid er en ny sykdom, men problemstillingen er jo ikke ny. Vi har jo hatt den typen pasienter i all evighet. Så det som er nytt er kanskje at det kom så mange samtidig. Det er ikke det at.. ja, det er covid som har gjort det med pusten, men vi har hatt lungesyke som har vært gjennom alvorlige sykdommer som gjør at de er veldig redusert og mange slike ting.

Så det er jo ikke en ny pasientgruppe for oss. Tiltakene er jo ikke “hokus-pokus, dette vil gjøre deg bra”, men det er mer det her generelle, også det her med engstelse og avspenning og slik. Det er det med å få de i gang igjen, store muskelgrupper, intervalltrening, tilpasse.

S1: Ja, men så bra. Da har vi fått mye gode svar.

I5: Ja, jeg håper det (smiler).

S1: Da trykker vi her.

(Opptak slutt).