



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

FYS390-O-2023-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	01-05-2023 00:00 CEST	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	15-05-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 FYS390 1 O 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	217
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7992
----------------------	------

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:	27
Andre medlemmer i gruppen:	240

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

BACHELOROPPGÅVE

«Om du ikkje får puste, så er det jo ikkje vits i å trene» - Ei kvalitativ studie om behandling av anstrengelsesutløyst laryngeal obstruksjon

«If you can't breathe, there is no point in exercising» - A qualitative study about treatment of Exercise-induced laryngeal obstruction

Kandidatnummer: 217 & 240

Bachelor i fysioterapi

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse og funksjon

Innleveringsdato: 15.05.2023

Antal ord: 7992

Samandrag

Tittel: «Om du ikkje får puste, så er det jo ikkje vits i å trene» - Ei kvalitativ studie om behandling av EILO

Bakgrunn: Det er ueinigheit om kva årsaka til EILO er. Forsking viser positiv effekt av ulike konservative behandlingstiltak, men det er ingen klare retningslinjer om korleis ein skal tilnærme seg denne pasientgruppa (Olin, 2022).

Problemstilling: «Kva er fysioterapeutar og logopedar sine erfaringar med behandling av pasientar med anstrengelsesutløyst laryngeal obstruksjon (EILO), og kor viktig er fysioterapi for denne pasientgruppa?»

Metode: Problemstillinga er besvart ved bruk av kvalitativ metode. Datainnsamlinga vart gjort i form av semistrukturerte intervju med ein logoped og to fysioterapeutar. Analysen vår var basert på Braun & Clarke sin tematiske analyse.

Resultat: Informantane trekker fram anamnese som ein viktig del av undersøkinga der spørsmål rundt pasienten si fyrste oppleving med EILO står sentralt. Dei har ulike tilnærmingar til behandling, men alle trekker fram samarbeid og intensitetsstyring av fysisk aktivitet som sentrale delar av behandlinga. Betydinga av ei felles forståing mellom behandlar og støtteapparat vert påpeikt. Vidare formidlar dei at kunnskapsnivået om EILO overordna er for lågt og at det er viktig at tema vert belyst. Dei har ulike syn på samanhengen mellom EILO og psykologiske faktorar, men det er einigheit i at det er ein medverkande faktor.

Konklusjon: Våre funn syner at det kan vere samanheng mellom syn på årsaksmechanisme og tilnærming til behandling. Vi har erfart at pasientane sine ulike behov innan tilnærming til behandling kan vere ei årsak til at fleire ulike tiltak har effekt. I sum ser ein at tilrettelegging og godt samarbeid med støttespelarar, trenarar og foreldre er vesentleg for å optimalisere behandlinga. Kompleksitet og variasjonar ved diagnosen indikerer at ICF med fordel kan anvendast i arbeid med pasientgruppa. Meir forskning innan effekt av tiltak må til for å rettleie behandlarar og pasientar, samt at kunnskapsnivået om diagnosen må opp. I lys av nyare forskning og våre funn i oppgåva, spelar fysioterapeutar ei viktig rolle for denne pasientgruppa.

Abstract

Title: «If you can't breathe, there is no point in exercising» - A qualitative study about treatment of EILO

Background: There is a disagreement regarding what the cause of EILO is. Research shows a positive effect of various conservative treatment measures, but there are no clear guidelines on how to approach this patient group (Olin, 2022).

Research question: «What are physiotherapists' and speech therapists' experiences with treatment of patients with exercise-induced laryngeal obstruction (EILO), and how important is physiotherapy for this patient group?»

Method: The research question was answered using a qualitative method. Semi-structured interviews with one speech therapist and two physiotherapists was conducted. Our analyze of the data was based on Braun & Clarkes' thematic analysis.

Results: The informants emphasize anamnesis as an important part of a physiotherapeutic assessment where they focus on the patients first experience with EILO. Despite their different approaches to treatment, all mention teamwork and intensity management of physical activity as central parts of the treatment. The meaning of a common understanding between the therapist and the patients' support system is highlighted. The level of knowledge regarding EILO is too low, and it is therefore important to set focus on this diagnosis. There are different views on the relation between EILO and psychological factors, but there is an agreement of that this relation is an contributing factor.

Conclusion: Based on our findings, there might be a relation between view of cause and approach to treatment. Our experience is that the variations in patients' needs in terms of approach to treatment might be a reason for positive effects of different interventions. Summarized we find that a well functioning teamwork and correct adjustments are necessary to optimize treatment. Diagnosis complexity and variations indicates that the ICF-model with advantage can be used in treatment of the patient group. More research regarding the effect of measures is needed to guide therapists and patients as well as increasing the level of knowledge. According to recent research and our results, physiotherapists plays an important role regarding this group of patients.

Forord

I løpet av arbeidet med denne bacheloroppgåva har vi fått moglegheit til å fordjupe oss i eit tema vi hadde lite forkunnskapar om. Vi har opplevd arbeidet som svært lærerikt og engasjerande. Det har vore spennande å arbeide med eit tema som har hatt lite fokus i fagmiljøet inntil nyare tid. Undervegs har vi òg blitt overraska over kor mange vi har møtt som har diagnosen og er interessert i vårt prosjekt. Oppgåva har gjort oss ytterlegare merksame på viktigheten av å inkludere psykososiale faktorar for å oppnå gode behandlingsresultat, og dette er erfaringar vi skal ta med oss vidare i arbeidslivet.

Vi ønsker å rette ein stor takk til rettleiaren vår som har gitt oss gode tilbakemeldingar og god rettleiing. Vi ønsker òg å takke våre dyktige informantar som har delt sine kunnskapar og erfaringar med oss. Til slutt ønsker vi å takke kvarandre for eit meget godt samarbeid, god støtte og mykje latter, som har gjort arbeidet med bacheloroppgåva til ei kjekk og minnerik oppleving.

Bergen, 15.mai 2023.

Innholdsliste

1.0 Introduksjon	1
2.0 Teori	2
2.1 EILO - Exercise-Induced Laryngeal Obstruction	2
2.2 Førekomst.....	3
2.3 Ulike syn på årsaksmekanismer	3
2.4 Diagnostisering og differensialdiagnostisering.....	4
2.5 Ulike tilnærmingar og behandlingsmetodar	5
3.0 Metode	6
3.1 Kvalitativ metode	6
3.2 Val av informantar	7
3.3 Førebuing	7
3.4 Gjennomføring av intervju	8
3.5 Tilarbeiding av materialet	8
3.5.1 Transkribering	8
3.5.2 Analyseprosessen.....	9
3.6 Forforståing	9
3.7 Etikk	10
4.0 Resultat	10
4.1 Tilnærming	10
4.1.1 Pasientgruppa.....	10
4.1.2 Anamnese	11
4.1.3 Undersøking.....	12
4.1.4 Behandling.....	12
4.2 Vegen vidare	14
4.2.1 Intensitetsstyring.....	14
4.2.2. Samarbeid og felles forståing	15
4.2.3 Kunnskapsmangel.....	16
4.3 EILO og psykologiske faktorar	16
5.0 Drøfting	17
5.1 Årsaksmekanismer	17
5.2 Behandlingstiltak.....	18
5.3 Samarbeid.....	19

5.4 Relevans for fysioterapi	20
5.4.1 Kunnskapsauke	20
5.4.2 Klinisk resonnering og ICF	20
6.0 Metodediskusjon	21
6.1 Val av metode.....	21
6.2 Val av informantar	22
6.3 Førebuing og gjennomføring av intervju	22
6.4 Tilarbeiding av materialet	22
6.5 Validitet og overførbarheit	23
7.0 Konklusjon.....	23
8.0 Referanseliste.....	25
Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring.....	27
Vedlegg 2: Intervjuguide	30
Vedlegg 3: Utdrag frå analyseprosessen	31
Vedlegg 4: Transkripsjon 1.....	32
Vedlegg 5: Transkripsjon 2.....	44
Vedlegg 6: Transkripsjon 3.....	59

Innholdsliste for tabell:

Tabell 1: Introduksjon av informantar	6
---	---

1.0 Introduksjon

Obstruksjon av øvre luftvegar er ei vanleg årsak til pusteproblemer ved fysisk aktivitet, og vert ofte tolka som anstrengelsesutløyst astma. Nyare forskning syner at rundt 5-7% av unge har diagnosen Exercise-induced laryngeal obstruction (EILO), og at opptil 70% av alle som får diagnosen har forsøkt astmamedisin utan effekt ("EILO - exercise-induced laryngeal obstruction", 2019; Olin, 2022). Ulik omgrepsbruk har gjort det problematisk å samanlikne og oppsummere forskning, og har dermed vore til hinder for vidare utvikling innan området (Christensen et al., 2015). Frå 2021 har Inducible Laryngeal Obstruction (ILO) med ni ulike underdiagnosar stått i det offisielle diagnosesystemet ICD-10, der EILO utgjer tre av desse med ulike variasjonar av diagnosen ("icd10 - Kapittel J30-J39", u.å.).

Per dags dato er det ingen klare retningslinjer vedrørande behandling av desse pasientane. Ei følge av dette kan vere at mange ikkje får den hjelpa dei treng og dermed avstår frå fysisk aktivitet. Blant fagfolk som har ei rolle i å hjelpe personar med EILO er både fysioterapeutar og logopedar sentrale. Vi opplever at det er vanskeleg å vite kva ein som fysioterapeut skal gjere i møte med denne pasientgruppa, samt at det er uklart kven ein som pasient skal søke hjelp hos. Fysioterapeutar er ekspertar på kropp, helse og funksjon, og er ein viktig bidragsytar til å fremme fysisk aktivitet. Med bakgrunn i vår kompetanse ønsker vi å finne ut om fysioterapeutar kan vere viktige for denne pasientgruppa. Samt ønsker vi å inkludere logopedar i prosjektet, då dei deira rolle innan behandling av denne pasientgruppa er relevant for oss å vite noko om.

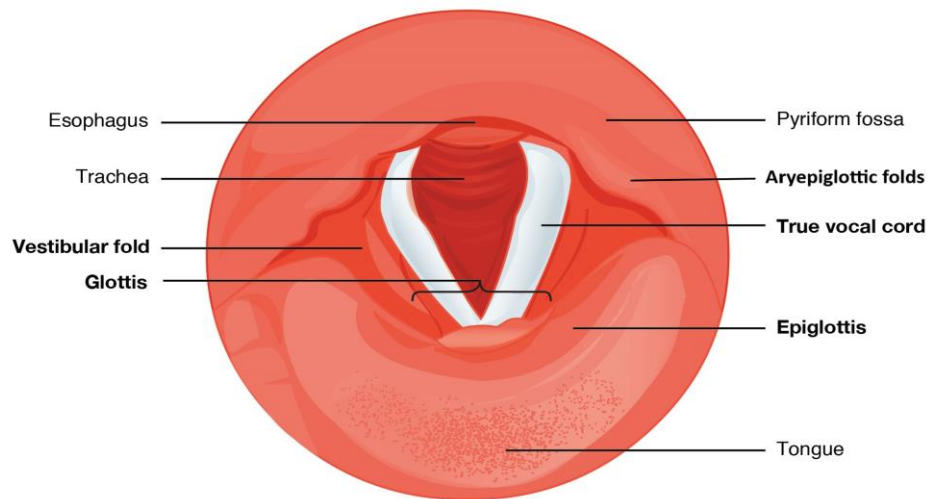
Hensikten med bachelorprosjektet vårt er å belyse fysioterapeutar og logopedar sine erfaringar med behandling av pasientar med EILO. Vi har eit ønske om å bidra til meir klarheit rundt behandling av diagnosen, ved å samanfatte kunnskapar og erfaringar frå fysioterapeutar og logopedar som arbeidar innan feltet. Med utgangspunkt i dette har vi formulert følgande problemstilling:

«Kva er fysioterapeutar og logopedar sine erfaringar med behandling av pasientar med anstrengelsesutløyst laryngeal obstruksjon (EILO), og kor viktig er fysioterapi for denne pasientgruppa?».

2.0 Teori

2.1 EILO - Exercise-Induced Laryngeal Obstruction

Anstrengelsesutløyst laryngeal obstruksjon (EILO) er ein tilstand der det oppstår ei uhensiktsmessig forsnevring av dei ekte stemmebanda (glottis) eller strukturar som ligg over stemmebanda (supraglottis) under fysisk aktivitet (Liyangedera et al., 2017). Supraglottis inkluderar blant anna dei aryepiglottiske foldene som ligg bilateralt i larynx over glottis. Larynx er den trongaste passasjen lufta skal passere. Vanlegvis er respirasjon under fysisk aktivitet assosiert med abduksjon av dei ekte stemmebanda og aryepiglottis som utvidar opninga av larynx under inspirasjon. Ved EILO skjer i staden ein adduksjon/medialrotasjon av desse strukturane som skapar ei forsnevring i larynx og fører til at luftstraumen møter ein obstruksjon (Røksund et al., 2017). Symptoma på EILO varierar frå pasient til pasient, men vert ofte karakterisert som pusteproblemer ved fysisk anstrengelse med unormal lyd ved inspirasjon (stridor) og ubehag i struperegionen. Det er vanleg at pasientar skildrar pustevanskar ved inspirasjon, men dette utelukkar ikkje nødvendigvis pasientar som har pustevanskar ved ekspirasjon (Olin, 2022). I nokre tilfeller kan symptoma bli så uttalt at dei utløyser kvelningsfornemming og panikk, og kan vidare føre til hyperventilasjon (“EILO - exercise-induced laryngeal obstruction”, 2019). Andre vanlege symptom er kjensle av klump i halsen, uproduktiv hoste, hesheit og problem med å svelge spytt. Mindre vanleg er tettheit i brystet og halsen (Olin, 2022). Mange er ofte ikkje i stand til å gjere greie for symptoma sine ved fyrste undersøking, og ein bør difor få pasienten til å merke seg når og kvar symptoma oppstår, om symptoma kjem hurtig og tida det tek før symptoma forsvinn. Får ein kartlagt dette kan ein med relativt stor sikkerheit stille ei tentativ diagnose, samt gje pasienten ei betre forståing av eigne symptom (Røksund et al., 2017).



Figur 1: «OpenStax AnatPhys fig.22.8 - Cartilages of the Larynx - English labels» by OpenStax, license: CC BY. Source: book 'Anatomy and Physiology', <https://openstax.org/details/books/anatomy-and-physiology>.

2.2 Førekomst

EILO er mest vanleg blant ungdommar og unge vaksne idrettsutøvarar (Olin, 2022). Sjølv om fleirtalet av dei publiserte studiane syner ei overvekt av kvinner, er ein stor andel av pasientane menn (Olin, 2022). Opninga av larynx er smalare hos ungdommar enn hos vaksne, og det oppstår kjønnsforskjellar i storleiken av denne under puberteten (Røksund et al., 2017). Kvinner utviklar difor ein mindre larynx enn menn, noko som gjer at dei har mindre areal for luftpassasje (Røksund et al., 2017). Dette er ei mogleg årsaksforklaring på alder- og kjønnsfordelinga av diagnosen.

2.3 Ulike syn på årsaksmechanismar

Det er usikkerheit om kva som er årsaksmechanismen bak EILO, og det er foreslått fleire ulike årsaksteoriar (Olin, 2022). Som nemnd i kapittel 2.2 er individuelle, anatomiske forskjellar ein faktor som kan ha innverknad på årsaksmechanismen. I følge Røksund et al. (2017) er ein mogleg årsaksmechanisme ei svakheit i muskulatur og strukturar rundt larynx som fører til ein reduksjon av opninga av larynx til under det nivået som krevst for å oppretthalde ein hensiktsmessig luftstraum under fysisk aktivitet. Dette ved at strukturane gir etter for dragsuget som vert skapa ved auka luftstraum under fysisk aktivitet, noko som gjer at dei vert trekt innover i staden for å halda seg opne. Ein anna teori er at mekaniske eller kjemiske stimuli på slimhinna ved supraglottis eller direkte stimulering av den superiore larynxnerva

kan aktivere ein refleks som adduserer i larynx for å beskytte luftvegane. Hyperventilasjon ved fysisk aktivitet kan representere ein mogleg trigger for å utløyse dette (Røksund et al., 2017). Ein tredje årsaksteori er Laryngofaryngeal refluks (LPR) som skaper ei overfølsomheit i strupen på grunn av tilbakestrømming av magesyre opp i oesofagus (Røksund et al., 2017). Desse årsaksforklaringane er i hovudsak biomedisinske då dei baserar seg på biomedisinsk, naturvitskapleg kunnskap og legg biologiske og fysiologiske prosessar til grunn, utan å inkludere andre faktorar rundt som kan påverke eit individ si helse (Farre & Rapley, 2017).

Ein fjerde årsaksteori skildra av ein med bakgrunn frå psykomotorisk fysioterapi, går ut på at stressorar i dagleglivet kan skape motoriske spenningar, forstyrningar i respirasjonen og stress i området rundt larynx (Kolnes et al., 2019). Forklaringa til Kolnes et al. (2019) skil seg frå dei biomedisinske forklaringane nevnt over, og passar betre med den biopsykososiale modellen. Den biopsykososiale modellen legg til grunn at biologiske, psykologiske og sosiale faktorar i gjensidig samspel påverkar korleis ein person har det. Pasienten blir dermed sett og forstått i eit heilheitleg perspektiv (Farre & Rapley, 2017). ICF-modellen er utarbeida av WHO og er eit klassifiseringssystem og kodeverk for funksjon som har ei biopsykososial forståing av mennesket (World Health Organization, 2001). Gjennom ICF vert organfunksjon vurdert i form av kroppsfunksjon og -strukturar, deltakings- og aktivitetsfunksjon i lys av miljø- og personlegheitsfaktorane til individet. Bruk av denne modellen gir blant anna fysioterapeutar eit breiare perspektiv på helsetilstand i samspel med omgivelsane (Pran, 2007).

2.4 Diagnostisering og differensialdiagnostisering

Diagnosen EILO er basert på direkte observasjon av innsnevring av supraglottis og glottis i korrelasjon med karakteristiske symptom, ved å nytte ein Continuous Laryngoscopy during Exercise Test (CLE-test). CLE-testen er rekna som gullstandarden av testar i diagnostisering av EILO (Olin, 2022). Testen vert vanlegvis gjennomført på tredemølle eller ergometersykkel, men har òg blitt gjennomført ved roing og symjing. Målet med testen er å framkalle symptom eller full utmatting innan 8-12 minutt. CLE-testen vert vanlegvis kombinert med ein spirometri, som er ein lungefunksjonsmåling som kan gi svar på kva som er årsak til pusteproblema under fysisk aktivitet (Røksund et al., 2018). Det er viktig med riktig diagnostisering for å unngå feilbehandling og at ein avstår frå fysisk aktivitet i ung alder (Olin, 2022). Pasientar med obstruksjon i øvre luftvegar vert ofte feildiagnostiserte med

EIB, og mange går på astmamedisin utan effekt. Det er likevel viktig å ikkje utelukke at EILO og EIB kan koeksistere og at enkelte vil kunne ha noko nytte av astmamedisin (Røksund et al., 2017). Det som karakteriserar EIB er at symptoma opptrer tre minutt etter endt aktivitet og toppar seg innan 10-15 min. Dette skil seg frå EILO ved at symptoma oppstår under hard fysisk anstrengelse og opphøyrer innan 1-5 min etter endt aktivitet (Olin, 2022).

2.5 Ulike tilnærmingar og behandlingmetodar

Psykomotorisk fysioterapi skil seg frå tradisjonell fysioterapi ved at ein forstår kroppen som ei funksjonell eining der ubalanse i ein del påverkar stabiliteten i resten, og at erfaringar og kjensler er forankra i kroppen (Thornquist & Kirkengen, 2020, s. 119–124). Behandlinga baserar seg på ei fysioterapeutisk funksjonsundersøking og består av massasje, tøying og øvingar med fokus på avspenning av respirasjons- og strupemuskulatur, samt aksessorisk respirasjonsmuskulatur. I ei case-studie leia av ein psykomotorisk fysioterapeut, fann forfattarane at behandling basert på norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) i kombinasjon med element frå kognitiv åtferdsterapi kan redusere symptom hos utøvarar med EILO (Kolnes et al., 2019).

Ein stemmelogoped er spesialist innan stemme- og respirasjonslidningar, og behandlinga innebærer blant anna pasientutdanning, pasientrådgjeving, avspenningsteknikkar og spesifikke pusteøvingar med mål om å optimalisere laryngeal avspenning, pustefrekvens og velbehag (Shaffer et al., 2018). Å informere personar i nær relasjon til pasienten, som til dømes foreldre, lærarar og trenarar, er òg eit viktig aspekt ved denne behandlinga (Shaffer et al., 2018). Shaffer et al. seier at stemmelogopedar kan legge til rette for åtferdsending og symptomkontroll samt at mange EILO-pasientar har god nytte av behandlinga, men påpeikar at nokre pasientar vil ha behov for vidare tiltak for å bli kvitt symptoma heilt (Shaffer et al., 2018).

Terapeutisk laryngoskopi under fysisk aktivitet (TLE) er ein behandlingmetode der ein nyttar biofeedback under ein laryngoskopi for å optimalisere larynxkontroll under fysisk aktivitet. Denne metoden vert blant anna nytta av fysioterapeutar og logopedar, og gjer det mogleg for pasienten å direkte observere video frå laryngoskopet medan behandlar kan

observere, tilrettelegge og gi teknikkar undervegs for å betre larynxkontroll i samtid (Olin, 2022).

Olin EILOBI er pusteteknikkar som er utvikla spesielt for idrettsutøvarar med EILO for bruk under fysisk aktivitet. Teknikkane vart utvikla under gjennomføring av TLE og vart kjenneteikna av ein todelt inspiratorisk fase. Dette er teknikkar som er utfordrande å implementere, men syner å ha gode resultat under høgintensiv aktivitet (Johnston et al., 2018).

Inspiratorisk muskeltrening (IMT) er ein behandlingsmetode som vert nytta for å styrke muskulaturen i øvre luftvegar og fremme riktig pusteteknikk ved å anvenda eit apparat som gir motstand ved inspirasjon. I ei studie av Sandnes et al. (2019) vart deltakarane instruerte i å hovudsakleg nytte diafragma ved inhalasjon utan å kompensere med å elevare skuldre. Dette er eit tiltak som kan ha effekt ved nokre tilfeller av EILO, men det er behov for meir forskning (Sandnes et al., 2019).

Ved tilfeller av EILO der det enten er ei alvorleg grad av supraglottisk kollaps eller uttalte anstrengelsessymptom som ikkje har hatt nytte av andre tiltak er det foreslått supraglottoplastikk. Dette er ein kirurgisk prosedyre der ein fjernar overflødig vev og har vist gode resultat blant utvalte pasientar der konservativ behandling ikkje har vore tilstrekkeleg (Olin, 2022).

3.0 Metode

I dette kapittelet vil vi presentere vårt val av forskingsdesign og metode. Her går vi nærare inn på førebuingsprosessen som innebærer utforming av intervjuguide og rekruttering av informantar. Vidare gjer vi greie for sjølve datainnsamlinga og etterarbeidet med transkribering og analysing. Avslutningsvis reflekterer vi over forskingsetiske aspekt.

3.1 Kvalitativ metode

I vårt prosjekt undersøker vi fysioterapeutar og logopedar sine tilnærmingar til pasientar med EILO. For å besvare problemstillinga vår, har vi valt å nytte oss av kvalitativ metode. Det er ein metode som opnar for forskning på felt der kunnskapsgrunnlaget i utgangspunktet er tynt, og ved problemstillingar der ein på førehand ikkje har oversikt over relevante svaralternativ.

Den kvalitative metoden kan nyttast til å utvikle nye skildringar, omgrep eller modellar (Malterud, 2017, s. 32). Metoden er godt eigna når ein ønsker å vite meir om mennesker sine erfaringar, samt om eigenskapar som tankar, opplevingar og haldningar (Malterud, 2017, s. 30). Dette samsvarer godt med problemstillinga vår der vi ønsker å innhente subjektive erfaringar om eit spesifikt tema. Intervju er difor ein velegna metode å innhente datamateriale på. I dette prosjektet har vi gjennomført semistrukturerte intervju med individuelle deltakarar.

3.2 Val av informantar

Det vart gjort eit strategisk utval av informantar for å belyse problemstillinga vår. Inklusjonskriteriet vårt var at informantane måtte ha utøvande erfaring med behandling av pasientar med EILO, samt at vi ville ha informantar frå ulike profesjonar. På grunn av prosjektet sitt omfang har vi valt å avgrense antal informantar til tre stykk. For å skape variasjon i resultatata vart det difor desto viktigare at informantane hadde ulik innfallsvinkel til temaet. Vi tok kontakt med to fysioterapeutar og ein logoped som vi fekk anbefalt, som alle var positive til deltaking i prosjektet. Dette resulterte i informantar med ulik utdanningsbakgrunn og truleg ulik tilnærming til pasientgruppa. Etter positivt svar vedrørende deltaking, fekk dei tilsendt samtykke- og informasjonsskriv og intervjuguide (vedlegg 1 og 2), samt at det vart avtalt tidspunkt for gjennomføring av intervju.

Tabell 1 – Presentasjon av informantar

Informant	Bakgrunn
1	Mann. Grunnskulelærerutdanning med utdjujing i logopedi i Noreg. Master i logopedi. PhD i logopedi. Stemmelogoped.
2	Kvinne. Bachelor i fysioterapi i Noreg. Master i psykomotorisk fysioterapi.
3	Kvinne. Bachelor i fysioterapi i Noreg. Master i klinisk fysioterapi med spesialisering i hjarte- og lungelidingar.

3.3 Førebuing

I forkant av intervjuar utarbeida vi ein intervjuguide i henhold til forskingsspørsmålet. Vi utforma opne spørsmål slik at informantane fekk moglegheit til å greie ut om sine egne

tankar og erfaringar, samt snakke mest mogleg fritt (Malterud, 2017, s. 133–135). Ved å dele spørsmåla inn i kategoriar fekk vi ein naturleg overgang frå eit spørsmål til det neste. Det var ein nøysam prosess der vi etterstreba ein god, men kortfatta intervjuguide. Vi gjennomførte eit pilotintervju med ein medstudent for å få eit innblikk i tidsbruk og generell flyt i intervjuguiden, samt for å kontrollere at det tekniske utstyret fungerte.

3.4 Gjennomføring av intervju

To av intervjua vart gjennomført over den digitale videotenesta Zoom, og eit intervju vart gjennomført fysisk. Vi fordelte roller på førehand, der ein var intervjuar og den andre observatør. Samtalen vart innleia og avslutta med uformell prat utan lydopptak, men sjølve intervjuet vart teke opp med diktafon. Intervjua varte i ca. 40 min til i overkant av ein time. Ein av informantane hadde eit stramt tidsskjema og vi måtte difor prioritere kva som vart viktigast å spørre om. Lydopptaket vart overført til passordbeskytta PC umiddelbart etter intervjuet. Vi har nytta same intervjuguide i alle intervjua, men sidan dette var eit semistrukturert intervju trengte vi ikkje å følge intervjuguiden slavisk. Det vart stilt oppfølgingsspørsmål for å sørge for at spørsmåla vart utdjupa og for å opne opp for nye spørsmål vedrørande problemstillinga (Malterud, 2017, s. 133–134). Det var varierende i kor stor grad informantane utdjupa kvart spørsmål, noko som førte til ulikt behov for oppfølgingsspørsmål.

3.5 Tilarbeiding av materialet

3.5.1 Transkribering

Etter gjennomføring av intervjua gjekk vi i gang med transkriberingsprosessen. Ved å strukturere materialet i tekstform vert det lettare å få oversikt, i tillegg til å vere ei byrjing på analysen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 206). Vi fordelte dei tre intervjua likt mellom oss. Då transkripsjonen av det eine intervjuet var meir omfattande enn dei andre, vart fordelinga nokså lik ved at ein transkriberte dette intervjuet medan den andre transkriberte dei to siste. Vi valte ein verbatim transkripsjon, noko som innebærer å transkribere intervjua i si heilheit. På denne måten ivaretok vi informantane sine erfaringar og meiningar slik dei vart formidla under intervjuet, og vi reduserte sjansen for å fortolke (Brottveit & Del Busso, 2018, s. 135).

3.5.2 Analyseprosessen

Vår analyse av dei transkriberte intervjuer var basert på tematisk analyse som skildra av Braun og Clarke (2006). Dette er ein analysemetode som vert nytta for å identifisere, analysere og skildre ulike mønster eller tema i eit datamateriale. Dei mønstra ein analyserer seg fram til må ha ein samanheng med det ein ønsker å undersøke. I vårt tilfelle endte vi opp med temaer som vi fann relevante til problemstillinga vår. Denne analyseprosessen består av seks fasar: 1) bli kjend med datamaterialet, 2) lag dei fyrste kodane, 3) leit etter tema, 4) gjennomgang og vurdering av tema, 5) definere bestemte tema, 6) skrive rapporten (Braun & Clarke, 2006, s. 77–81).

I fyrste fase av analyseringa bruka vi tid på å transkribere og bli kjent med datamaterialet. Deretter leste vi gjennom datamaterialet for å få eit overblikk, og diskuterte eventuelle usikre moment som dukka opp. I den andre fasen gjennomgjekk vi datamaterialet på ein systematisk måte ved å identifisere interessante aspekt som kodar og fann relevante sitat frå kvart intervju. Vidare i tredje fase definerte vi tema ved å sjå etter fellestrekk ved dei ulike kodane, for deretter som ein overgang til fjerde fase vurdere kritisk om dei skildra datamaterialet på ein relevant måte. Dei to siste fasane handlar om å finne namn som fangar essensen av tema, og deretter skrive rapporten ved å blant anna finne gode sitat som illustrerar tema på ein nyansert måte. Utdrag frå analyseprosessen vert vist i vedlegg 3.

3.6 Forforståing

Vår forforståing vert skildra ut i frå den ståstaden vi hadde i forkant av prosjektet. Denne består av erfaringar, faglege perspektiv og den teoretiske referanseramma vi hadde på dette tidspunktet. Dette er med på å påverke måten vi samlar, lesar og tolkar vår data på. Det er òg ei viktig side av vår motivasjon for å sette i gang med forskning omkring vårt tema (Malterud, 2017, s. 44–46). Vi har begge møtt denne pasientgruppa gjennom arbeid innan idrett og har merka oss at dette er ein frustrerande diagnose å ha med tanke på prestasjon, samt at utredningsprosessen kan verka belastande for nokre. Det er ofte langvarige prosessar med utprøving av ulike medikament og behandlingar, samt mykje usikkerheit ved at ein ikkje har fått nokre klare svar. Erfaringane vi har gjort oss syner at det vert nytta varierte tilnærmingar for å hjelpe denne pasientgruppa. Ein har ansvar for å kjenne til sine egne haldningar og fordommar, og ein bør ha klart for seg korleis dette påverkar eins handlingar som forskar (Brinkmann & Tanggaard, 2020, s. 599). I arbeidet med bacheloroppgåva vår har vi difor

prøvd å vere bevisst vår forforståing for å forsøke å bevare objektivitet og openheit for alternative perspektiver, sjølv om dette kan vere utfordrande.

3.7 Etikk

Før vi starta datainnsamlinga fekk alle informantane informasjon om datahandtering og personvern etter ein godkjent mal frå Høgskulen på Vestlandet, som er basert på godkjent meldeskjema vurdert av SIKT. Informert samtykke frå informantane vart sikra ved ei underskriven samtykkeerklæring før oppstart. Dei digitale intervju vart gjennomført over Zoom, som er ei godkjent videoteneste vedrørende personvern. Lydopptaka vart tekne med diktafon som òg var etter retningslinjene. Dei digitale lydopptaka vart lagra på passordbeskytta PC og sletta når me var ferdige med transkriberinga. Både i transkripsjonen og i sjølve bacheloroppgåva vart informantane anonymisert ved å bytte ut namn med «informant 1», «informant 2» og «informant 3». Andre identifiserbare data som arbeidsstad og kollegaer vart fjerna og erstatta med “(..)” i transkripsjonen som òg bidrog til å sikre konfidensialiteten til informantane. Dette samsvarar med tre av dei fire tommelfingerreglane som Brinkmann (2020) syner til i si gjenfortelling av etiske dimensjonar. Den fjerde tommelfingerregelen om forskarrolla og forskaren sitt ansvar for å kjenne til sine egne haldningar og fordommar vert omtalt i kapittel 3.6 om forforståing (Brinkmann & Tanggaard, 2020, s. 597–600).

4.0 Resultat

I dette kapittelet vert resultatata frå dei tre intervju vart presentert. Frå analysen enda vi opp med tre hovudtema: Tilnærming, Vegen vidare og EILO og psykologiske faktorar.

4.1 Tilnærming

4.1.1 Pasientgruppa

Alle informantene ser ei overvekt av unge, kvinnelege idrettsutøvarar i denne pasientgruppa og at førekomsten av pasientar med diagnosen har auka dei siste åra. Dei påpeikar likevel at det finst variasjonar. Sjølv om mange er på eit høgt nivå innan idrett, seier informant 3 at ho får inn alt frå dei som ikkje klarar å delta i gymtimen, til toppidrettsutøvarar som ikkje klarar å prestere normalt. Informant 1 seier han òg får inn ein del mosjonistar og at aldersspennet kan variere. Han har til dømes hatt små barn og pensjonistar som pasientar.

4.1.2 Anamnese

Vedrørende anamnese er alle informantane interesserte i å vite omstendighetane rundt den fyrste opplevinga med EILO og korleis dei opplevde det. Vidare ønsker dei å kartlegge korleis utviklinga har vore ettertid, og korleis dette påverkar aktivitetsnivået deira. Informant 3 meiner årsaka til EILO er innsnevringar i larynx under fysisk aktivitet og seier ho er oppteken av å kartlegge når og kvar det skjer, om det er skilnadar ved ulike aktivitetsformar og om det oppstår under trening eller i konkurranse.

Informant 1 ønsker å vite noko om kva pasienten kjenner og føler på under symptomoppståing. Klarar pasienten til dømes å skildre kva som skjer i halsen og om eventuelle lydar oppstår. Han stiller ofte spørsmål om pasienten har handteringsstrategiar ved symptom, utover det å roe ned situasjonen ved å avslutte fysisk aktivitet. Han ønsker òg at pasientane gir problemet sitt ein karakter på ein skala frå 0-10 for å talfeste kor påverka dei er. Vidare er han interessert i å vite om pasientane har andre symptom som til dømes halsbrann, sure oppstøt eller stille refluks, der han er spesielt merksam på sistnemnde. Her stiller han kontrollspørsmål om korleis halsen kjennes ut om morgonen. Han fortel at dette kan utløyse ein beskyttelsesreaksjon i strupen, nærare bestemt eit EILO-anfall, ved at slimhinna vert irritert og meir følsam for luftstraumar under anstrengelse.

Informant 2 seier ho har oppnådd gode resultat ved å vera bevisst på å møte pasientane der dei er og ved å ta tak i alle små og store problem i eit stressande ungdomsliv. Ho seier ho utelukkande har pasientar som har mykje på agendaen og mange arenaer dei skal prestere på. Difor meiner ho det er viktig å få tak på ressursar og belastningar i livet deira, og stiller spørsmål om deira sosiale liv, familiesituasjon, skulekrav, kosthald og om dei får nok søvn. Ho meiner altså at den samla totalbelastninga er ei viktig årsak til sjølve EILO-problematikken.

«Vi har en tanke om at pust, følelser og hjernen henger veldig i hop og at pusten alltid vil gi oss noen tilbakemeldinger på hvordan vi har det og om spenninger slipper muskulatur.»

(Informant 2)

4.1.3 Undersøking

Informant 2 seier at alle pasientane har fått diagnosen EILO før dei kjem til ho. Vidare seier ho at undersøkinga hennar baserar seg på observasjon av spenningsmønstre. Dette innebærer ei haldningsanalyse med blant anna fokus på pust, hovudet si stilling og korleis dei står på beina. Ho merkar seg inspirasjonsstillingar i brystkassa og pusten si omstillingsevne i ulike utgangsstillingar.

«Vi er opptatt av å observere om pusten har evne til å endre seg når de slipper i muskulatur.»

(Informant 2)

Det er fleire likheiter mellom informant 2 og 3 sine tilnærmingar til undersøking av desse pasientane. Informant 3 har òg fokus på pustemønsteret og aktivering av muskulatur under respirasjon, med utgangspunkt i ei fysioterapeutisk funksjonsanalyse.

Informant 1 seier han ikkje undersøker noko særleg meir utover anamnese då pasientane i dei fleste tilfella er diagnostisert frå medisinsk hald, og i nokre tilfeller ligg ein CLE-test til grunn. Han seier:

«Når vi jobber med EILO, men også når vi jobber med stemme og pust generelt, så driver vi med det som kan kalles for diagnostiserende behandling.»

(Informant 1)

Dette forklarar han ved at han får ytterlegare svar frå dei ulike teknikkane og øvingane som vert nytta under behandling. Vidare seier han at dette er ein kontinuerleg prosess der pasienten sjølv kan bli merksam på ulike ting utover i forløpet, som dermed bidreg til meir informasjon undervegs.

4.1.4 Behandling

Informant 1 jobbar med det han kallar for generell optimalisering av pusteteknikk. Denne tilnærminga baserar seg på ein spesifikk behandlingsprotokoll.

«Vi jobber også med teknikker for å ta kontroll over hvordan strupen opererer, gjennom reprogrammering av muskulatur der pasienten blir i stand til å viljestyrt styre åpningen av strupen og motvirke sin EILO.»

(Informant 1)

Informant 1 fortset med at dette ikkje har effekt utan at det òg vert implementert og automatisert inn mot fysisk aktivitet. Det er ikkje nok med berre ein behandlingssekvens der ein er involvert med direkte rettleiing, ein må òg inkludere dette i ein treningsfase etterpå. Han seier til dømes at han har tredemølle på kontoret der han kan instruere pasientane i korleis nytte teknikkane i praksis og får svar på om dei klarar dette på eiga hand.

Informant 2 nyttar mange ulike tiltak, men legg mest vekt på samtale og benkebehandling i sin praksis. Alle tiltaka har som mål å endre uhensiktsmessige vanar og redusere spenningar i kroppen for å gi betre forhold for respirasjon. Benkebehandlinga går blant anna ut på å betre rørsleutslaget i brystkassa, ved å til dømes tøyne trunkus og palpere og mobilisere på ribber. Ho jobbar med vond og stram muskulatur og gjer passive rørsler i nakken for å oppnå nøytral posisjon. Samtalen seier ho handlar mykje om ufarleggjering av diagnosen og trygging på at ein ikkje er sjuk. Ho nemner òg nokre fleire dømer på konkrete tiltak:

«Drikke ordentlig av et glass og snakke på utpust, for vi er jo opptatt av den utpusten. De får ikke til å puste ut og har ikke den pausen som skal være mellom en utpust og en innpust, for de er så opptatt av å skulle trekke inn.»

(Informant 2)

Behandlingstiltaka til informant 3 går i hovudsak ut på IMT og ulike pusteteknikkar. I tillegg nyttar ho TLE med biofeedback som behandling i forbindelse med undersøking. Desse tiltaka krever mykje treningsrettleiing, noko som fører til at dette tek stor plass i behandlinga. Ho forklarar at dette går mykje ut på bevisstgjerjing, der pasienten skal lære seg nye pusteteknikkar.

“Hvis du ikke får puste, så er det jo ikke vits i å trene.”

(Informant 3)

Det er einigheit mellom informantane om at modning er ein viktig faktor i tilnærminga til pasientar med EILO. Både informant 1 og 3 seier det er særskild viktig at pasienten forstår korleis pusten fungerer, noko som ikkje alltid er like lett. Informant 1 forklarar at ein må ha ei viss modenheit for å legge ned innsatsen som krevst:

«... I mange tilfeller krever dette såpass mye egeninnsats at du må ha eierskap til problemet.»

(Informant 1)

Informant 2 har gjort eit bevisst val i å hovudsakleg forholde seg til benkebehandling for desse pasientane. Dette grunngjev ho med at dei er utålmodige ungdommar som ho har erfart ikkje er mottakelege for øvingar der ein må “kjenne etter”. Informant 1 og 3 er einige om at modningsgrad spelar ei viktig rolle i kor mottakelege pasientane er for behandlinga og kor stor nytte dei gjer seg av den.

«De kan være 20 år og ikke forstå hva du snakker om og de kan være 12 år og skjønne det med en gang.»

(Informant 3)

Informant 1 forklarar at modning har betydning for kor dedikert ein går inn i arbeidet, då det handlar om å endre ein uvane til ein god vane. Både informant 1 og 3 påpeikar at modningsgraden ikkje nødvendigvis heng saman med alder.

4.2 Vegen vidare

4.2.1 Intensitetsstyring

Alle informantane er einige i at intensitetsstyring er riktig veg å gå for å meistre diagnosen. Dei meiner til dømes at ein bør unngå høgintensitetstrening og konkurransar ein periode. Informant 2 seier at dette er viktig for å unngå anfall, då dette er eit stressmoment i seg sjølv. Ved å trene på ein lågare intensitet samtidig som ein tek tak i andre faktorar som bidreg til stress, meiner ho at ein vil kunne sleppe spenningar i kroppen. Dei to andre informantane er meir opptekne av at pasienten skal kunne meistre dei ulike teknikkane dei lærer i klinikken, og at dei difor må meistre dette på låg intensitet før ein kan implementere det i høgare intensitet.

“Det er som med all annen teknikktrening. Det må du få til i moderat tempo først, før du kan øke intensiteten.”

(Informant 3)

Informant 3 seier at ein må handtere pusten for å bli betre, noko som kan vere vanskeleg for mange å skjønne. Ho legg til at regulering av treningsintensitet då vert ein viktig faktor på vegen mot å meistre dette.

“Veien til å bli bra er ingen quick-fix, men det er en lengre prosess for veldig mange.”

(Informant 3)

4.2.2. Samarbeid og felles forståing

Felles forståing blant alle som er tett på pasienten, er noko alle informantane ser på som viktig. Informant 2 og 3 har opplevd at trenarar legg stort press på utøvarane om å raskt returnere til idretten sin. Informant 2 òg nemner døme på tilfeller der det vert lagt press på ho som terapeut:

“Jeg har snakket med foreldre på vegne av trenere som spør om det er noe håp for stevnet som kommer om tre uker eller om de kan komme oftere til behandling for å få problemet fikset”

(Informant 2)

Informant 2 og 3 seier òg at dei har erfart at mange utøvarar kjem til dei og er bekymra for å få mindre speletid eller ikkje vert teke ut til kampar eller stevner ved å ikkje delta på treningane.

På spørsmålet om andre nyttige tiltak, reflekterer alle informantane over eit tettare samarbeid med støtteapparatet til pasienten. Informant 1 har allereie teke dette vidare ved at han har utarbeida eit informasjonsskriv som han gir til trenarar og idrettslærarar, der han beskriv kva han held på med og ber dei om å ta omsyn til pasientane gjennom å gi dei alternative opplegg. Han seier det er viktig med eit tettare samarbeid for å legge forholda til rette for betring, noko dei to andre er einige i. Etter informant 2 sitt syn vil ein ved eit godt samarbeid

kunne redusere den belastninga presset utanfrå bidreg til, som igjen vil påverke respirasjonen positivt.

4.2.3 Kunnskapsmangel

Informant 1 meiner at den manglande kunnskapen blant befolkinga skuldast at symptoma på EILO vart skildra med mange ulike omgrep, som har ført til at ein manglar den grunnforskinga som krevst for ytterlegare spissa forskning på diagnosen. Denne mangelen på kunnskap seier alle informantane kan vere ei årsak til utfordringane vedrørende samarbeid. Informant 2 seier i denne samanhengen at meir kunnskap må til og at alle som er involvert i pasienten sitt liv må ha lik oppfatting av problemet. Ho tilføyer:

“Kunnskapsnivået må opp, og vi må fronte vårt fag som et bidrag til dette.”

(Informant 2)

Informant 3 seier det er viktig at fleire no er med på å belyse temaet og bidreg til at kunnskapsnivået i befolkinga aukar. Ho legg til at det òg er viktig at kunnskapsnivået blant fysioterapeutane aukar, då vi er ekspertar på funksjon.

Alle informantane har hatt pasientar med eit langt utredningsforløp på førehand der dei har prøvd astmamedisiner og vore gjennom fleire utredningar for å få svar på plagane sine. Denne tendensen ser dei no er minkande då fleire kjem tidlegare inn på grunn av at det foreligger meir kunnskap. Informantane seier òg at etterspørselen etter deira kompetanse har auka etter at diagnosen har fått meir omtale i media.

4.3 EILO og psykologiske faktorar

Informant 2 og 3 nemner at opplevinga rundt det fyrste anfallet ofte set ei føring på korleis pasienten handterer situasjonen vidare. Det er difor ikkje uvanleg at ein etter ei slik oppleving avstår frå aktivitet då ein er redd for nye anfall, legg informant 3 til. Informant 1 fortel at mange av pasientane opplevde det fyrste anfallet som skremmande og at det vart ein oppjaga situasjon der ein ikkje klarte å få kontroll.

“Hvem ville ikke blitt skremt dersom kroppen nekter deg å puste?”

(Informant 1)

Informant 2 seier at ho ser ein klar samanheng mellom EILO og psykologiske faktorar, og at ho jobbar mest ut i frå dette. Som nemnd har ho ein grunntanke om at kjensler, kropp og respirasjon henger saman, og at summen av alle faktorar som bidreg til stress er årsaka til EILO-problematikken. Informant 1 er tydeleg på at det ikkje er direkte samanheng mellom desse komponentane:

“Den psykiske komponenten i EILO er at man blir skremt av det første anfallet. Tar man bort EILO frå regnestykket, så er ikke dette angstfylte pasienter. Det betyr ikke at nevrotiske og angstfylte pasienter ikke kan få EILO, men ikke alle angstfylte, nevrotiske personer har EILO. Og hvertfall ikke alle EILO-pasienter er angstfylte og nevrotiske.”

(Informant 1)

Ved refleksjon rundt same tema seier informant 3 at det ikkje er ein samanheng mellom EILO og stress, men at ho erfarer det som vanskelegare å kome gjennom med behandling av pasientar som strevar med dette. Ho seier at ein hektisk kvardag og høge skuldre kan føre til holdt respirasjonsmønster som kan gjere det vanskelegare å meistre riktig pusteteknikk. Vidare konkluderar ho med at sjølv om det ikkje er ein samanheng, kan det tenkast at stress kan verke hemmande på EILO-pasientar, og at desse i nokre tilfeller kan ha nytte av benkebehandling.

5.0 Drøfting

I dette kapittelet skal vi diskutere sentrale funn frå våre resultat. Vi ønsker å sjå på likheiter og forskjellar, og korleis informantane sine ulike praksisfelt kjem til uttrykk i deira forståing og erfaring med denne pasientgruppa. Vi vil òg knyte funna våre opp mot aktuell teori om pasientgruppa. Vi ser ein forskjell både mellom yrker og fysioterapeutar med ulik etterutdanning vedrørande syn på årsaksfaktorar og behandlingstilnærming. Likevel poengterer alle at intensitetsstyring og samarbeid er viktige tiltak i møte med EILO.

5.1 Årsaksmekanismar

Av resultatata ser vi at det er ueinigheit blant informantane om kva årsaka til EILO er og kva det oppretthaldast av. Vi ser at det ikkje nødvendigvis berre er yrke eller utdanning som skil informantane, men òg kva syn dei har på årsakssamanhengar. Informant 2 tek utgangspunkt i

ein tankegang basert på psykomotorisk fysioterapi og meiner årsaka til EILO er samansett og grunnar i summen av alle faktorane som bidreg til stress. Dette er i samsvar med Kolnes et al. (2019) som skriv at emosjonelt og fysisk stress over tid kan påverke respirasjonen og spenningar i kroppen. Dermed kan vi trekke ei linje til den biopsykosiale modellen (Farre & Rapley, 2017). Samanhengen mellom EILO og stress er derimot eit omdiskutert tema. Årsaksforklaringane til informant 1 og 3 går meir i retning av eit biomedisinsk perspektiv, då dei seier at anatomiske, strukturelle faktorar mogleggjer ein EILO-respons. Dei meiner det er viktig å ikkje tolke eventuelle panikkreaksjonar som årsak til pusteproblematikken, men heller som ein respons på kvelningsfølelsen i halsen. Imidlertid erfarar dei at oppretthalding av EILO kan vere meir samansett, og anerkjenner at psykologiske faktorar kan verke inn. Dei seier blant anna at ein psykisk komponent kan vere at ein vert skremt av det fyrste anfallet. Dette samsvarer med Røksund et al. (2017) som ikkje utelukkar at stress, angst og ulike personlighetstrekk kan forverre og truleg trigge symptom. I sum ser ein at det er sprikande oppfatningar om kva årsaksmekanismen er, både frå resultata våre og i forskning (Olin, 2022; Røksund et al. 2017). På trass av dette ser vi ei viss likheit i tilnærming ved at alle informantane tek høgde for psykologiske og sosiale komponentar i behandling og oppfølging av denne pasientgruppa.

5.2 Behandlingstiltak

Truleg vil behandlar sin bakgrunn og teori om årsakssamheng påverke korleis dei behandlar pasientane. Informant 1 og 3 si tilnærming til behandling baserer seg mykje på pusteteknikkar og reprogrammering av muskulatur. Dette er tiltak EILO-pasientar i følge Olin (2022) og Shaffer et al. (2018) kan ha nytte av. På bakgrunn av informant 2 sin årsaksteori har alle tiltaka ho nyttar som mål å redusere spenningar i kroppen for å gi betre forhold til respirasjon, samt at ho legg mykje vekt på samtale for å nøste opp i stressande faktorar. Av funna våre og forskning ser vi at behandling basert på prinsipp frå psykomotorisk fysioterapi kan ha god effekt hos EILO-pasientar ved blant anna kan føre til ein reduksjon i pusteproblematikk under høgintensiv trening og konkurransar, og betre symptomkontroll (Kolnes et al., 2019). Informant 3 antyder at pasientar i nokre tilfeller ikkje er mottakelege for hennar behandling, og at dei då kan ha nytte av andre tiltak som til dømes er meir retta mot avspenning. Det vert nytta fleire ulike tilnærmingar på behandling og det er lite forskning som støttar opp om effekten av dei ulike behandlingstiltaka, difor er det ingen fasitsvar på kva som gir best effekt (Olin, 2022). Basert på funna våre og forskning innan feltet kan det tenkast

at ulike tiltak kan vere til nytte i behandling av personar med EILO, og at ein kombinasjon av ulike tiltak ofte kan vere gunstig for å oppnå ein langvarig effekt (Olin, 2022).

Intensitetsstyring under fysisk aktivitet vert nemnd i forskning og resultatane våre som eit viktig tiltak og er ein fellesnemnar i alle behandlingstilnærmingane (Kolnes et al., 2019; Røksund et al., 2017). Dette går blant anna ut på å unngå høgintensitetstrening og konkurransar i ein periode for å sikre seg at ein fyrst meistrer teknikkane under låg intensitet. Informant 1 nyttar dette prinsippet i behandlinga si ved at pasientane ut i forløpet får prøvd ut pusteteknikkane på tredemølle. På denne måten får han observert og rettleia pasientane i overgangen til å nytte dette i praksis. Det kan tenkast at dette er noko ein burde vidareutvikle og få fleire til å anvende i praksis, då det å kome tilbake til fysisk aktivitet vil vere eit mål for mange. Johnston et al. (2018) påpeikar at det er krevande å få til pusteøvingar under høgintensiv aktivitet. Det kan òg tenkast at det vert stilt høgare krav til meistring av teknikkar i konkurransesituasjonar og i idrettar som allereie har mange element å ta omsyn til, som til dømes ballidrett. Intensitetsstyring er eit tiltak vi tenker har stort potensiale for pasientgruppa og verkar å vere viktig uavhengig av kva behandlingstilnærming ein har.

5.3 Samarbeid

Det kan verke som at det er individuelle forskjellar i kva behov kvar enkelt pasient har, og at pasientane si eiga oppfatting av problemet avgjer kva for fagperson dei oppsøker. Kanskje er det familie eller personar i nær omkrets si oppfatting som er avgjerande for kven dei oppsøker eller vert henvist til. Truleg har dei ein tanke om at dette enten dreiar seg om stress og muskelspenningar, eller at det handlar om anatomi og at noko er gale i halsen. Sjølv om pasienten har ei oppfatting om kva som er årsaka til problemet, ligg ansvaret på behandlarane å sørge for at pasienten får riktig behandling, og vurdere når andre behandlarar bør inkluderas. Sidan ein stemmelogoped er ekspert innan stemme- og respirasjonslidningar og ein fysioterapeut er ekspert på funksjon og tilrettelegging av fysisk aktivitet, kan det tenkast at dei har noko å tilføye kvarandre. Difor kunne eit mogleg samarbeid vore henvisning frå logoped til fysioterapeut når pasienten har lært teknikkane og er klar for å implementere dei i idretten sin. I tilfeller der det er hensiktsmessig å ha fokus på å løyse spenningar og redusere stress, kan det tenkast at ein kan ha nytte av eit samarbeid med psykomotorisk fysioterapeut.

På ei side vil eit slikt samarbeid blant anna kunne føre til eit betre behandlingstilbod, redusere ventelister og belastning på andre helsetenester. På ei anna side kan ein tenke seg at dette vil kunne utfordre kvarandre sine rollar innan feltet, då vi av resultata våre ser fleire likheiter mellom fysioterapi og logopedi vedrørande tilnærming. Uansett er det nødvendig at ein veit kva andre gjer for å kunne henvise til kvarandre. Det kan tenkast at skillet mellom yrkesgruppene vert meir tydelege etterkvart som det foreligger meir forskning og at ein då i større grad vil kunne nytte kvarandre som ressursar ved å komplementere kvarandre i staden for å konkurrere ut kvarandre.

5.4 Relevans for fysioterapi

5.4.1 Kunnskapsauke

Av resultata våre og tidlegare forskning ser vi at førekomsten av EILO er størst blant unge idrettsutøvarar. Fysioterapeutar møter denne pasientgruppa blant anna i primærhelsetenesta i forbindelse med skulehelsetenesta og i idrettsmiljø, der dei ofte spelar ei sentral rolle. Difor står fysioterapeutar i ein særskild posisjon med moglegheit til å fange opp desse pasientane, og kan dermed hindre unødvendig lange utredningsforløp og unngå feildiagnostisering. Dette er noko ein ser kan føre til at ein i ung alder avstår frå fysisk aktivitet (Olin, 2022). Informant 3 seier det er viktig å auke kunnskapsnivået blant befolkinga, særleg blant fysioterapeutane. Då fysioterapeutar spelar ei rolle i behandling og handtering av EILO, vert det viktig å fronte vårt fag for å auke kunnskapsnivået. Dette innebærer blant anna å auke bevisstheita om diagnosen blant befolkinga, informere om at fysioterapeutar kan vere til hjelp og å utdanne pasientar, trenarar, foreldre eller andre i miljøet rundt pasienten (Røksund et al., 2017). Med bakgrunn i dette kan det tenkast at ein vil få betre effekt av behandling dersom støtteapparatet er godt nok informert og inneforstått med hensikta av tiltaka, og at alle spelar på lag.

5.4.2 Klinisk resonnering og ICF

Anamnese er ein stor del av ei fysioterapeutisk undersøking, og er essensielt for å kunne stille ein diagnose. Dette viser seg å vere særleg viktig ved EILO, då funna våre og forskning antyd at ein tentativ diagnose kan stillast på bakgrunn av svar frå anamnesa aleine (Røksund et al., 2017). Vidare kan observasjon og undersøking av pust og spenningsmønstre gi eit svar på kva som er med på å oppretthalde EILO. Det vil likevel vere nødvendig å henvise til spirometri for å utelukke eller avdekke eventuell samtidig astma. Dermed vert det kanskje ikkje behov for ein CLE-test, som både er ressurskrevande og lite tilgjengeleg, for å

gi informasjon og for å få satt i gang behandling. Ein kan difor seie at klinisk resonnering er viktig for å avdekke og behandle EILO, noko som òg er framheva i studia til Røksund et al. (2017).

Gjennom utdanninga tileignar vi oss mykje kunnskap om kropp og rørsle og korleis sosiale og psykologiske faktorar spelar inn. Som hjelp til å kartlegge dei ulike faktorane lærer vi å nytte ICF-modellen (Pran, 2007). Ved å anvende denne modellen får vi eit heilheitleg syn av pasienten og eit bilete på grad av funksjonsnedsetting. Av resultata og forskning ser ein at EILO kan knytast opp mot fleire faktorar under ICF. Desse bør kartleggast i tilnærminga til denne pasientgruppa, deriblant personlege faktorer samt kva i miljøet rundt som kan påverke (Røksund et al., 2017). Symptoma kan mellom anna opplevast belastande og skremmande for pasienten sjølv og for personar i nær omkrets, noko som kan føre til eit stressande miljø for pasienten. Vidare kan ubehaget ved å ikkje kunne puste føre til at pasienten avstår frå aktivitet, noko informantane påpeikar som ein sannsynleg konsekvens. Dette kan vidare få følger for deltaking ved at risikoen aukar for å falle utanfor enkelte miljø. ICF-modellen kan difor vere eit fordelaktig hjelpemiddel for denne pasientgruppa, då den involverar heile mennesket og ivaretek deltakar- og aktivitetsperspektivet i rehabilitering (Pran, 2007).

6.0 Metodediskusjon

I dette kapittelet skal vi diskutere metoden som vart nytta i oppgåva ved å vurdere styrker og svakheiter.

6.1 Val av metode

Vi valde å nytte oss av kvalitativ metode for vår problemstilling, då kvantitative metodar som bygger på data i form av tal ikkje ville vore tilstrekkeleg for å utforske mennesker sine erfaringar og opplevingar (Malterud, 2017, s. 30). Ved å nytte oss av det kvalitative forskingsintervjuet fekk vi moglegheit til å gå i djupna på kva tankar og vurderingar informantane gjer seg rundt problemstillinga vår (Malterud, 2017, s. 133), samt opna det opp for eit mangfald av moglege svar innan eit felt med tynt forskingsgrunnlag (Malterud, 2017, s. 32). Fokusintervju vart tidleg utelukka då vi ønska å gi informantane tid og rom til å dele sine individuelle erfaringar utan fare for avbryting, og vi valde difor å nytte oss av semistrukturerte intervju i vår datainnsamling. Vår vurdering var at den kvalitative metoden var mest relevant for å besvare problemstillinga, då den eignar seg til å svare på

forskingsspørsmål der ein ikkje har oversikt over relevante svaralternativ på førehand (Malterud, 2002).

6.2 Val av informantar

Vedrørande val av informantar har vi gjort eit strategisk utval for å få relevante informantar, og dermed imøtekomme behovet for intern validitet. Det kan styrke pålitelegheita på resultatnivå ved at vi fremmar ekspertise innan eit smalt område (Malterud, 2017, s. 60). Ei svakheit ved denne metoden var at meiningspopulasjonen vart liten, då det ikkje vart innsamla data frå eit stort utval fysioterapeutar og logopedar. Eit breiare utval av informantar kunne gitt meir variasjon i datamaterialet. Til trass for dette, fekk vi rike skildringar frå behandlarar med mykje kunnskap og erfaring med pasientgruppa. Med bakgrunn i omfanget og tidsramma er vi tilfreds med tre informantar.

6.3 Førebuing og gjennomføring av intervju

Intervjuguiden var til stor hjelp undervegs då vi begge er uerfarne med intervju, og vi var førebudd på å stille oppfølgingsspørsmål der det var behov for dette. Vi erfarte at svara vi fekk var veldig ulike då informantane var forskjellige i grad av utdjuping og føring av samtale. I nokre tilfeller der informanten i stor grad greia ut om eit spørsmål vart det ikkje stilt like mange oppfølgingsspørsmål, noko vi i etterkant såg tilfeller der dette skulle vore gjort. Intervjua vart gjennomført relativt tett på kvarandre, noko vi i ettertid ser at ikkje var optimalt då vi fekk avgrensa tid til å reflektere over kva som gjekk bra og dårleg, samt å utføre endringar i intervjuguiden. Vi oppdaga blant anna då vi var i gang med skriveprosessen at det var spørsmål som skulle vore meir spesifikke.”

6.4 Tilarbeiding av materialet

I transkriberingsprosessen etterstreba vi å skrive ord-for-ord frå lydopptaka for å få med heile meiningsinnhaldet i samtalen. Enkelte ord og setningar var ikkje like samanhengande og presise som det kom fram i den munnlege samtalen, grunna informantane sine språklege særpreg. Ved enkelte siteringar i resultatdelen har vi endra desse varsomt for å minimere risikoen for å svekke informantane si formidling på grunn av eit munnleg språk (Malterud, 2017, s. 78). I analyseprosessen var det viktig å vere bevisst på vår forforståing og oppretthalde refleksivitet ved å erkjenne tydinga av våre rollar (Malterud, 2017, s.21).

6.5 Validitet og overførbarheit

Med bakgrunn i relativt få informantar, kan vi ikkje seie at funna våre kan generaliserast for ei heil yrkesgruppe. I vårt tilfelle vil difor ikkje resultatane representere alle logopedar, psykomotoriske fysioterapeutar og fysioterapeutar med master i hjarte- og lungelidingar. Ei styrke ved utvalet, var at dei hadde ulik utdanning og bakgrunn. Vi har relevante funn frå feltet og meiner resultatane våre kan bidra med kunnskap som vil vere nyttig for behandlarar og andre som potensielt kan møte denne pasientgruppa (Malterud, 2017, s.66). Vi ser òg at våre funn kan underbyggast av teori, noko som gjer at ei viss overførbarheit kjem til uttrykk.

For å vurdere validiteten av prosjektet har vi drøfta utvalet, datainnsamlinga og analyseprosessen. Vi har kritisk og systematisk gjennomgått framgangsmåten i forsøk på å gjere prosessen transparent. I arbeidsprosessen har vi òg prøvd å aktivt utvikle motforestillingar og argument der vi drøfter våre avgjerder og tolkingar opp mot alternative moglegheiter (Malterud, 2017, s. 192). Ved å gjere greie for vår forforståing og vårt teoretiske perspektiv kan vi bidra til å auke reliabiliteten til oppgåva. Vi er klar over styrker og svakheiter ved metoden vår og at vi som forskarar alltid vil forme resultatane i kvalitative studiar i noko grad.

7.0 Konklusjon

I dette prosjektet har vi funne både likheiter og ulikheiter ved dei ulike informantane sine tilnærmingar til behandling av personar med EILO. Våre funn syner at behandlingstilnærming kan vere avhengig av kva syn ein har på årsaksmekanismen, som igjen kan ha samband med utdanningsbakgrunn. Vi har erfart at pasientar med EILO kan ha ulike behov til tilnærming til behandling, og at dette kan vere ei årsak til at fleire ulike tiltak har effekt. Eit viktig fellestrekk handlar om det som kan bli gjort i pasienten sitt miljø for å optimalisere behandling, og innebærer å inkludere støttespelarane og tilrettelegge omgivelsane. Ei felles forståing om hensikt og forløp er nødvendig for å få til eit samarbeid og for best mogleg utbytte av tiltaka.

Erfaringa vår gjennom arbeidet med dette prosjektet er at dette er ein kompleks diagnose med store individuelle forskjellar og variasjonar. Ein må difor ta omsyn til fleire faktorar, noko som indikerer at ICF med fordel kan anvendast i arbeid med pasientgruppa. Vi ser eit behov for meir forskning innan feltet for å få ei klarheit om årsaksmekanismar og moglegheita til å

kunne utarbeide retningslinjer for behandlarar og pasientar. Då dette er eit prosjekt med forholdsvis lite omfang kan vi ikkje trekke endelege konklusjonar, men den kan vere med på å belyse ulike faggrupper si tilnærming til pasientgruppa og vere informativ for andre fysioterapeutar og behandlarar. Informantane våre har bidrege med erfaringar og kunnskap som vi ser som svært overførbare til vår eigen kliniske fagutøving, og vi har fått bekrefte at fysioterapeutar spelar ei viktig rolle i møte med denne pasientgruppa.

8.0 Referanseliste

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology*.
<https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (2020). *Kvalitative metoder: En grundbog* (3. udg.). Hans Reitzel.
- Brottveit, G., & Del Busso, L. (2018). *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder: Om å arbeide forskningsrelatert*. Gyldendal akademisk. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2021081948504
- EILO - exercise-induced laryngeal obstruction. (2019, november 12). *NEL - Norsk Elektronisk Legehåndbok*. <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/lunger/pasientinformasjon/diverse/eilo-exercise-induced-laryngeal-obstruction/>
- icd10—Kapittel X*. (u.å.). Henta 10. mai 2023, frå
https://finnkode.ehelse.no/contentpages/ICD10SysDel/Kapittel_X_2595813.html
- Johnston, K. L., Bradford, H., Hodges, H., Moore, C. M., Nauman, E., & Olin, J. T. (2018). The Olin EILOBI Breathing Techniques: Description and Initial Case Series of Novel Respiratory Retraining Strategies for Athletes with Exercise-Induced Laryngeal Obstruction. *Journal of Voice*, 32(6), 698–704.
<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2017.08.020>
- Kolnes, L.-J., Vollsæter, M., Røksund, O. D., & Stensrud, T. (2019). Physiotherapy improves symptoms of exercise-induced laryngeal obstruction in young elite athletes: A case series. *BMJ Open Sport — Exercise Medicine*, 5(1), e000487.
<https://doi.org/10.1136/bmjsem-2018-000487>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2018091205061
- Liyanagedera, S., McLeod, R., & Elhassan, H. A. (2017). Exercise induced laryngeal obstruction: A review of diagnosis and management. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology: Official Journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS): Affiliated with the German Society for Oto-Rhino-Laryngology - Head and Neck Surgery*, 274(4), 1781–1789.
<https://doi.org/10.1007/s00405-016-4338-1>
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.

<https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-forutsetninger-muligheter>

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

Universitetsforl.

Olin, T. J. (2022). Exercise-induced laryngeal obstruction. I A. E. Dixon & D. G. Deschler

(Red.), *UpToDate*. Henta 23.04.23 frå <https://www.uptodate.com>

Røksund, O. D., Heimdal, J.-H., Clemm, H., Vollsæter, M., & Halvorsen, T. (2017). Exercise inducible laryngeal obstruction: Diagnostics and management. *Paediatric Respiratory Reviews*, *21*, 86–94. <https://doi.org/10.1016/j.prrv.2016.07.003>

<https://doi.org/10.1016/j.prrv.2016.07.003>

Røksund, O. D., Olin, J. T., & Halvorsen, T. (2018). Working Towards a Common

Transatlantic Approach for Evaluation of Exercise-Induced Laryngeal Obstruction.

Immunology and Allergy Clinics of North America, *38*(2), 281–292.

<https://doi.org/10.1016/j.iac.2018.01.002>

Sandnes, A., Andersen, T., Clemm, H. H., Hilland, M., Vollsæter, M., Heimdal, J.-H., Eide,

G. E., Halvorsen, T., & Røksund, O. D. (2019). Exercise-induced laryngeal

obstruction in athletes treated with inspiratory muscle training. *BMJ Open Sport &*

Exercise Medicine, *5*(1), e000436. <https://doi.org/10.1136/bmjsem-2018-000436>

Shaffer, M., Litts, J. K., Nauman, E., & Haines, J. (2018). Speech-Language Pathology as a

Primary Treatment for Exercise-Induced Laryngeal Obstruction. *Immunology and*

Allergy Clinics of North America, *38*(2), 293–302.

<https://doi.org/10.1016/j.iac.2018.01.003>

Thornquist, E., & Kirkengen, A. L. (2020). *Sammensatte lidelser: Et samfunnsspeil* (1. utg.).

Fagbokforlaget.

World Health Organization (Red.). (2001). *International classification of functioning,*

disability and health: ICF. World Health Organization.

Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Vil du delta i bachelorprosjektet

”Fysioterapeutar og logopedar sine tilnærmingar til pasientar med anstrengelsesutløyst laryngeal obstruksjon (EILO)”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke fysioterapeuter og logopeder sine erfaringer med anstrengelsesutløst laryngeal obstruksjon (EILO). I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formålet med prosjektet er å undersøke fysioterapeuter og logopeder sine tilnærminger til pasienter med anstrengelsesutløst laryngeal obstruksjon (EILO). Dette innebærer spørsmål om pasientgruppen, kunnskap om diagnosen og egne erfaringer med undersøkelse og behandling. Bakgrunnen for dette prosjektet er at vi har merket oss hvordan aktivitetsnivået til personer med anstrengelsesutløst laryngeal obstruksjon (EILO) blir påvirket, hvor lite forskning som er tilgjengelig og hvor lavt det generelle kunnskapsnivået om diagnosen er i befolkningen. Med bakgrunn i dette ønsker vi å intervju et utvalg fysioterapeuter og en logoped om deres erfaringer og behandlingstilnærminger i møtet med tilstanden anstrengelsesutløst laryngeal obstruksjon (EILO). Dette prosjektet vil utgjøre en 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 blir spurt om å delta i prosjektet fordi du er fysioterapeut eller logoped og har erfaring med pasienter med anstrengelsesutløst laryngeal obstruksjon (EILO).

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. Spørsmålene innebærer hvordan du som fysioterapeut eller logoped undersøker og behandler pasienter med anstrengelsesutløst laryngeal obstruksjon (EILO) og hvilken kunnskap og erfaringer du har tilegnet deg om diagnosen. Det vil ta deg ca 30-60 min. Vi tar 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 skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Kun vi som studenter 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 2023).

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 Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

innsyn i hvilke 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.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Bacheorstudenter: xx
- Veileder: xx
- Høgskulen på Vestlandet ved prosjektansvarlig xx
- Vårt personvernombud: xx

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

- Personverntjenester på e-post (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

xx
(Veileder og lærer ved fysioterapeututdanningen)

xx
(Studenter)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Fysioterapeutar og logopedar sine tilnærmingar til pasientar med anstrengelsesutløst laryngeal obstruksjon (EILO)*, 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: Intervjuguide

Intervjuguide - Semistrukturert intervju

TEMA OG SPØRSMÅL

Uformell prat

- Gå gjennom informasjonsskriv
- Forklare teieplikt og anonymitet
- Har du nokre spørsmål før intervjuet?

Bakgrunn

- Kva utdanningsbakgrunn har du?
- Kor lenge har du jobba som fysioterapeut/logoped?

Start av lydopptak

Diagnose

1. Kva kjennskap har du til diagnosen anstrengelsesutløyst laryngeal obstruksjon (EILO)?
2. Kan du skildre denne pasientgruppa?
3. Korleis kjem desse pasientane i kontakt med deg?

Undersøking/behandling

4. Kva legg du vekt på under gjennomføring av anamnese?
5. Korleis erfarer du at EILO påverkar pasientane?
6. Korleis undersøker du desse pasientane?
7. Korleis er di tilnærming til behandling av denne pasientgruppa?
8. Har du tankar om andre tiltak som kunne vore nytta for desse pasientane?

Kunnskap/informasjon

9. Kva tenkjer du om det generelle kunnskapsnivået om EILO i befolkninga?

Avslutning

10. Har du noko meir du vil legge til som du synest er viktig å nemne?

Vedlegg 3: Utdrag frå analyseprosessen

Transkripsjon	Kode	Tema
«Når det kommer litt lengre opp i aldersgruppene, der du vil finne flere pasienter, altså rundt omkring 11-12 og oppover, begynnelsen av tenårene, så viser det seg at alderen har mindre betydning, men det som har mer betydning er modenhet.» (Informant 1)	Frå begynnelsen av tenåra har alder mindre betydning enn modenheit	Modning
«Men absolutt det med modning, de kan være 20 år og ikke forstå hva du snakker om og de kan være 12 år og skjønne det med en gang, sant.» (Informant 3)	Variasjon i modningsgrad	
«For jeg er jo litt sånn, er det en pasient som har panikk eller ikke, også er det noe med modningsgrad. Om de forstår det du ønsker å formidle. For sånn som vi, i behandlingen, så vil jeg jo si at de i hovedsak må forstå pusten.» (Informant 3)	Modning og forståing	
“Hvem ville ikke blitt skremt dersom kroppen nekter deg å puste?” “Den psykiske komponenten i EILO er at man blir skremt av det første anfallet. Tar man bort EILO fra regnestykket, så er ikke dette angstfylte pasienter.” (Informant 1)	Ingen sammenheng, men skremmande fyrste gong	EILO og psykologiske faktorar
“Det er jo kanskje det jeg jobber mest ut ifra, man er jo opptatt av stressfaktorer som påvirker hele systemet vårt.» «De står i mye stress, de blir stressa av at de plutselig må stoppe i høy-intensitetsaktiviteten sin fordi at de ikke får dratt pusten inn. Det gjør de stresset, og så tenker de mye på det.» «De tenker på alle øktene de ikke får tatt fordi de må stoppe opp og: «da blir jeg ikke god nok, jeg får ikke være med».» (Informant 2)	Absolutt sammenheng. Stress før, stress pga. og stress i etterkant. Påverkar heile systemet.	
«Men ser jo at det er noen som sliter mer med å komme gjennom med behandlingen fordi at de er stressa.» «Det er ikke noe sammenheng, men det kan hende at det ikke hjelper for de som allerede har EILO å være stresset i tillegg.» (Informant 3)	Stress ikkje grunnen til EILO, men kan vera ein begrensande faktor.	

Vedlegg 4: Transkripsjon 1

Transkripsjon intervju 1

Informant 1: I

Intervjuar: A

A: Då spør eg om kva kjennskap du har til diagnosen anstrengelsesutløyst laryngeal obstruksjon, òg kalla EILO?

I: Den er veldig stor. Det er, jeg er vel kanskje den logopeden i verden som har størst kunnskap om EILO. Så det ville tatt timevis om jeg skulle sitta her og fortalt dere om det.

A: Då kan vi korte det litt ned då med kor du høyrde om diagnosen for første gong?

I: Du, det gjorde jeg i forbindelse med at jeg ble invitert med i det som kalles for (...). Som er ei forskningsgruppe som holder til på (...), og på den tida så hadde jeg en bistilling i poliklinikken på øre-nese-hals og samarbeidet med en øre-nese-hals lege i poliklinisk undersøkelse av pasienter. Så i 10 år så hadde jeg en bistilling der jeg var sammen med han i poliklinikken og undersøkte og diagnostiserte, pasienter eller kontrollerte, hadde kontrolloppfølging av pasienter. Ehh og han var med i den tidligste gruppen som startet på 90-tallet og se på dette med EILO, sammen med (...). Så det var jo de i fellesskap som utviklet denne CLE-testen og diagnostisering. Noe som er gullstandard for diagnostisering av EILO. Og han så behovet for at det var en logoped tilknyttet den gruppen som kunne gå inn og kanskje se noe på hvordan kan vi tilnærme oss disse pasientene. All den tid at, i, skal vi kalle det generell litteratur om temaet, så ble logopedi beskrevet en av de mest, hva skal man si, fruktige tilnærmingene til problemstillingen. Samtidig som den var ekstremt dårlig beskrevet i litteraturen, altså at man gikk ut med, med angivelser av suksessrate ehh, i enkelte av disse studiene, uten at man egentlig fortalte hva man hadde gjort med pasientene for å få oppnå de resultatene. Så jeg kom inn der i den gruppen der rundt omkring 2008, tror jeg det var. Ja, det var 2008. Og startet jo umiddelbart å, å sette meg inn i tematikken, ikke minst ehh, gjennom å være med på veldig mange sånne CLE-tester. Dere vet hva CLE-test står for?

A: Ja.

I: Ja, bra. Ehh så jeg var med på veldig mange sånne tester, rett og slett for å observere hva som skjedde, hva pasientene gjorde, hva problemstillingen gikk i. Og ehh, også snakke med pasientene for å finne ut hva de opplevde, rent subjektivt. Hva som skjedde i kroppen. For å prøve å forstå hva dette gikk i. Og ut ifra det så begynte jeg å kokkelere om noen hypoteser om hvordan vi kunne tilnærme oss dette på den rette måten, prøve å systematisere en tilnærming som kunne utgjøre en behandlingsmetodikk når vi kom til, til ja slutten av dette. Så det var en prosess som gikk fram til rundt omkring, 2011 tror jeg det var. Ja, det var 2011 vi starta med fullskala behandling. Så blant annet så, så var dette, inngikk dette i at jeg hadde disse hypotesene. Jeg gjennomgikk en, en nasal laryngoskopi eller en fleksibel skopi som gjorde at jeg kunne se min egen strupe, og gjorde ulike teknikker mens jeg så på skjermen. Sånn at jeg kunne se om det jeg forsøkte å gjøre kunne ha den, nytten eller effekten som jeg var ute etter. Og som gjorde at jeg kunne skrelle ned og fjerne en del av disse ulike teknikkene som, som, jeg så ikke hadde ønsket effekt. Og stå igjen med da noen teknikker som da, vi rekrutterte da ett, en gjeng med første års logopedstudenter sånn at vi skulle ha minst mulig forhåndskunnskaper om hva de skulle gjøre. Og så kjørte vi dem gjennom det samme, at de skulle bli laryngoskopert, at de fikk informasjon om hva de skulle gjøre, så blir de skopert også skårer vi da ut effekten på dette. Og den prosessen gjorde at vi fjerna enda noen av disse teknikkene som jeg hadde lagt inn, og vi oppdaget noen andre effekter som ble med i det sluttproduktet da. Så den utprøvingen der, det ga gjenstand i en masteroppgave i logopedi. Så det var en student med i den prosessen. Og så kjørte jeg da to pilotgrupper med ti pasienter i hver, som da fikk denne behandlingen på to ulike måter. Den ene behandlingen gikk på 1 time i uken med egentrening imellom, mens den andre behandlingen fordelte seg utover 2,5 dag med intensiv behandling hele dagen. Og, og den utviklingen mellom de to behandlingsformene da, den handlet kun om det at Norge er et langt land og at pasienter som hadde behov for den behandlingen som ikke bodde i umiddelbar nærhet av (..) ville bli veldig vanskelig å reise for bare 1 time i uken. Nå skal det sies at det var en pasient i denne langtidsbehandlingsgruppen som bodde i (..) og som reiste ned til (..) hver mandag for 1 time med meg, også reiste tilbake igjen. Det var en veldig hissig, hissig altså med tanke på å skulle få den behandlingen. Og veldig dedikert og motivert pasient som var veldig gøy å jobbe med. Det må også legges til at på den tida så hadde Norwegian etablert seg med rute mellom (..) og det kostet et par hundrelapper for flybillett. Så det kostet jo ikke skjorta for å sette av en dag, for å dra og følge opp den behandlingen. Men de måtte jo også ha en CLE-test før de startet behandlingen, de måtte komme tilbake til en CLE-test etter de hadde drevet med

egentreningen en periode etter behandlingen også. Sånn at det var jo i utgangspunktet da, det på en måte 5 sett du går igjennom i behandlingen sånn at de var jo nødt til å komme 7 eller 8 ganger i løpet av den prosessen. Så ut ifra evalueringen av effekten som var kjempebra på disse pilotstudiene, så startet vi da i 2011 med fullskala pasientbehandling. Som er det vi har drevet på med siden. Og jeg vet ikke om dere kjenner til dette Help ILO-prosjektet?

A: Jo.

I: Så er det jo den behandlingen pasientene får som er i prosjektet (...). Men vi har jo også, vi publiserer jo også på annet materiale. Så en (...) holder jo på å fullføre, ferdigstille nå en artikkel som baserer seg på pasienter som har vært i det vi kaller for EILO-registeret. EILO-registrert EILO-registeret inneholder jo alle pasienter som har vært igjennom en CLE-test på Haukeland. Og dem har plukket ut nærmere 30 pasienter som både hadde tatt CLE-test før og etter, og som hadde gjennomgått logopedbehandling. Så har gått gjennom dataene og disse spørreskjemaene som vi bruker, og finner vel ut av sånn ca. 86% av de pasientene har enten blitt helt kvitt sin EILO eller blitt veldig mye bedre av sin EILO. Så det er, i internasjonal sammenheng så er det helt utrolige resultater. Det er ingen som er i nærheten. Ehh så det er jo også veldig gøy, og vi er jo veldig spent på hva dataene fra Help ILO-studien vil vise. Da er det jo langt større, da er det jo 10 ganger så stort materiale.

A: Ja. Kan du skildre denne her pasientgruppa?

I: Den er egentlig veldig sammensatt. Du kan si at, hvis vi skal snakke om en typisk pasient da. Den typiske pasienten vil være en jente i alderen 12-13 opp imot 20 år, sant. Fordi de er i overvekt. Det er litt forskjellige resultat som er blitt fått i forskjellige studier. Men man kan i hvert fall legge til grunn at det er 2 jenter per gutt med denne problemstillingen. Der igjen så blir gjerne den typiske pasienten gjerne en jente. I og med at det er dobbelt så mange, hvert fall dobbelt så mange. Ehh samtidig så er det sånn at hvis man ser på aldersfordelingen av pasienter, så ser det ut som en normalfordelingskurve nesten, altså en sånn Gauss-kurve, hvis dere kjenner til det. Så når vi kommer ned i alder så er det færre pasienter, og opp mot tenårene så stiger antall pasienter, før de gjør en ganske stor kul imellom 12-13 år og 20 år, eller ja 19-20 år. Også får du en avflatning igjen opp igjennom alderen. Men det betyr i utgangspunktet at pasienten kan finnes i alle aldersgrupper. Sånn at det er ikke sånn det kun er jenter i tenårene som får dette problemet, men de utgjør den største gruppen. Samtidig så er

det over hele aldersspennet. Så jeg har jo hatt pensjonister som har EILO. Og jeg har også hatt barn, små barn, med denne problemstillingen. Selvfølgelig jo yngre pasienten er, dess vanskeligere er det å jobbe med dem. For i mange tilfeller så krever dette såpass mye egeninnsats at du må ha et eierskap til problemet. Små barn har sjeldent eierskap til problemet. Det er ofte foresatte eller andre rundt barnet som reagerer på at barnet har dårlig utholdenhet i lek og i samvær, fysisk samvær med andre. Og det gjør behandlingen vanskeligere når det kommer til barn, små barn. Når det kommer litt lengre opp i aldersgruppene, der du vil finne flere pasienter, altså rundt omkring 11-12 og oppover, begynnelsen av tenårene, så viser det seg at alderen har mindre betydning, men det som har mer betydning er modenhet. Så du kan faktisk ha en 15-åring som er mindre moden enn en 11-åring. Og det har betydning for hvor, hva skal jeg si, hvor dedikert de går inn i det arbeidet. For det handler om å reprogrammere muskulatur. Det handler om å endre en uvane til en god vane. Og det betyr at man må drive på med overlæring. Har man ikke eierskap til problemet, kjenner man ikke hvor skoen trykker. Veldig vanskelig å motivere seg til akkurat det. Så, du kan si at pasientgruppen den varierer veldig. Det handler om både at det finnes over hele aldersspennet og at det er både gutter og jenter som får det, det er både kvinner og menn som får det. Og vi har en opphopning av pasienter, som hvis vi nå skal se på, hva skal jeg si, demografiske data, som er imellom tenårene og opp imot 20-årene. Ehh og der det er en overvekt av jenter. Så er det jo andre faktorer som spiller inn i bildet, for å kunne beskrive denne pasientgruppen. Veldig mange pasienter opplever denne, dette som skjer med dem som skremmende. Hvem ville ikke blitt skremt dersom kroppen nekter deg å puste? Og mange får jo en nærmest dødsangst i situasjonen, hvert fall når de opplever det i begynnelsen. For noen så går det seg til. De skjønner at dette ikke er farlig, at det ikke er noe som de kommer til å dø av. Det er veldig ubehagelig. Men veldig mange pasienter, når vi snakker med dem i anamnesen om de husker første gangen de fikk dette, hvilken situasjon var de i da, hva skjedde, at de tar oss igjennom forløpet. Så beskriver de at de fikk panikk, de begynte å gråte, omgivelsene ble veldig oppkjørt, og mange kom til, kanskje ble ambulanse tilkalt og så videre. Det ble en veldig oppjaget situasjon som ga dem veldig lite rom for å roe ned og få kontroll på situasjonen. Så det var med på, på mange måter, på å gjøre dette mer utfordrende enn det trenger å være. Klart, så er det sann at når vi får panikk, så går vi inn i flight-or-fight modusen. Vi spenner muskulaturen i kroppen, økninger skjer gjennom hele kroppen. Noe som påvirker pusten direkte og som øker muskelspenninger, også i strupen. Sånn at sjansen gjennom panikk å gå inn i en enda høyere spenningsmønster der situasjonen eskalerer, er veldig sannsynlig. Så, det har vært spekulasjoner rundt dette med, hva skal jeg si, om vi skal

kalle det for emosjonelt ustabile pasienter eller om å si at EILO er en psykisk komponent. Den psykiske komponenten i EILO er at man blir skremt av det første anfallet. Uten, altså tar man bort EILO fra regnestykket, så er ikke dette angstfylte pasienter. Dette er ikke pasienter, dette er ikke nevrotiske pasienter. Så det blir en hønen-og-egget diskusjon. Selvfølgelig betyr ikke det at nevrotiske og angstfylte pasienter ikke kan få EILO, det kan de selvfølgelig få, men ikke alle angstfylte, nevrotiske personer har EILO. Og hvert fall ikke alle EILO-pasienter er angstfylte og nevrotiske. Så den kan vi bare legge død med en gang. Det er ikke sånn det henger sammen. Ehh og sånn jeg sa i sted, hvem ville ikke bli redd viss kroppen nekter deg å puste? Det betyr ikke at du er angstfylt og nevrotisk av den grunn. Så er det vært løftet frem den type spørsmål som, om dette er sånne overyttere. At dette er pasienter som pusher seg for langt fordi at de skal hevde seg. Ehh ja i en del sammenhenger så ville det være det, fordi at vi jobber jo med utøvere som er nødt til enhver tid til å presse seg lenger og lenger for å kunne yte bedre og bedre. For de ønsker å hevde seg i konkurranser for eksempel eller kamper, fotballkamper, håndballkamper og så videre. Men det gir ikke den hele og fulle forklaringen. Fordi at veldig mange av disse er helt normale ungdommer som er med på et eller annet idrettslag og som egentlig ikke har noen ambisjoner om å bli noen ny Therese Johaug eller Erling Braut Haaland, what ever. Sant? De er med for å ha det gøy, men de klarer ikke å være med å ha det gøy fordi pusten begrenser dem. Så de driver, pusher seg selvfølgelig i de situasjonene de er i når de spiller kamp eller går renn og sånne type ting, men det er samtidig ikke den hele og fulle sannheten. Fordi EILO er beskrevet i medisinske tidsskrift i Storbritannia som er tilbake til 1800-tallet, det var før prestasjonssamfunnet egentlig eksisterte. Og dette henger ikke på greip heller i det vi ser klinisk. Så i en beskrivelse av pasientene så kan heller ikke si at det er spesielt prestasjonshungrige pasienter. For veldig mange av våre pasienter, de er mosjonister. De ønsker å holde seg i form. Men det er den fysiske aktiviteten koblet opp til pusteproblemet som gjør at de blir begrenset. Så det de fleste beskriver, det er at de føler at de har et høyere potensiale, men de kan ikke få tatt det ut ved at EILO'en begrenser dem i å fu.., å realisere hele sitt hele potensiale fysisk.

A: Opplever du at mange er feildiagnostisert?

I: Om jeg skal si at jeg opplever at mange er feildiagnostisert, så blir det et litt sånn delt, hva skal jeg si, svar på det. Fordi at når de kommer til oss så er det fordi at de har fått riktig diagnose. Men mange av pasientene har vært igjennom en relativt lang vei før de kommer så langt som til oss. Fordi at de har prøvd ut astmamedisiner, de har hatt lungeutredninger, de

har hatt ulike andre utredninger, sånn at deres fastleger har spunnet på en kanossagang i systemet for utelukke andre ting. Og nå må dere ta det jeg sier med en klype salt, for jeg husker ikke tallene nøyaktig. Men jeg mener det at man gjorde en opptelling av et års, kan vel kalle det for et års kull av pasienter som ble diagnostisert på Haukeland. For å se hvor mange av disse hadde fått en astmadiagnose og fått astmamedisin. Og jeg lurte på at det tallet var over 70%. Når man igjen spurte disse, litt over 70, 74 jeg husker ikke helt, prosent, hvor mange av dem som hadde effekt av astmamedisinene, så tror jeg det var over 65 prosent som svarte at de ikke hadde effekt av astmamedisinene. Så det betyr at det som hadde vært vanlig kutyme, det var det å gi de pasientene som klagde over at de slet med pusten under fysisk aktivitet, de fikk astmamedisiner, punktum. Også gikk de og tok den astmamedisinen og følte at den ikke hadde noe effekt. Det betyr ikke at ikke en pasient med astma kan få EILO også. At de kan koeksistere. Derfor er vi veldig nøye med det at vi sier til pasientene som vi behandler, og som har fått en astmadiagnose, at de uansett må ta astmamedisinen sin. Vi legger oss ikke opp i medisinbruken. De skal i hvert fall ikke slutte med medisinene på bakgrunn av at de får behandling for EILO hos oss. Det er noe de må ta opp med legen sin. Lungelegen eller fastlegen. Så, så det er vi veldig tydelige på, men det har vært, og det må vi kunne tilskrive mangelen på kunnskap rundt dette med EILO, så har det vært vanlig at veldig mange pasienter har gått igjennom denne runden med astmadiagnosen og astmamedisiner og så videre, og så videre, også utredninger i syv lange og syv breie. Så, forsinkelsen før du kommer til den behandlingen som egentlig har effekt, den har blitt relativt stor for mange. Så de går i mange år før de egentlig kommer til. Og det er jo problematisk. Så, når de kommer til oss, så opplever vi at, at pasientene har fått blitt stilt diagnosen, men at det har vært en forhistorie, for veldig mange. Heldigvis så blir det mindre og mindre av dem, fordi kunnskapen rundt EILO har økt, men vi opplever det ennå.

A: Du nevnte jo dette med (..), men har du pasienter som kjem i kontakt med deg på anna vis?

I: Å ja! Altså det, du kan nesten si det at det kommer gjennom alle kanaler. Ehh det er via, det kan være via bekjente som har hørt om EILO og syns at dette passer veldig bra til det du sliter med, her må du komme videre i det. Det kan være via, det kan være foresatte som tar kontakt med meg. Som har vært på en eller annen samling eller konkurransen der de har fått beskjed om at her har vi fått behandling i (..) for, du må ta kontakt med dem for de kan hjelpe dere med dette. Det er en del sånn jungeltelegraf. Det er en del pasienter selv som har blitt

klar over gjennom medieoppslag, i TV eller avisa, der de har lest om dette og funnet ut at, nei men dette er jo sånn jeg har det. Og som da har nøstet videre på dette. Så er det jo pasienter som går til for eksempel øre-nese-hals eller lungelege på grunn av pusteproblemene sine og får beskjed om at dette er en aktuell problemstilling med EILO og som henviser til oss. Sånn at, så det er på en måte hele fjøla egentlig sånn sett, med egen, enten at de tar kontakt selv, enten de har blitt oppmerksom på diagnosen, for eksempel gjennom media eller bekjente. Det kan være gjennom idrettslag, det kan være foresatte som tar, har fått tips og råd om å ta kontakt med oss. Det kan være via fastleger, det kan være via øre-nese-hals-leger i privat eller offentlig regi. Det kan være lungeleger i privat eller offentlig regi og så videre. Og vi er på mange måter nasjonalt dekkende når det kommer til EILO, så vi får pasienter fra hele landet. Så, så det er mange veier til Rom, ikke sant. Eller alle veier leder til Rom.

alle ler

A: Ja. Angående undersøking, kva legg du vekt på under gjennomføring av anamnese?

I: Ja, nå var jeg jo litt inne på det. Vi er interesserte i hvor lenge pasientene har hatt sin EILO. Hvor lenge har de slitt med pusteproblemer, ehh når oppstår dette. Husker de første gangen, hva var omstendighetene rundt dette, hva opplevde de som skjedde, hva følte de på og kjente de på. Om de fikk, om de ble redd, om de fikk panikk. Begynte de å gråte. Hva skjedde i situasjonen. Hva har vært utviklingen siden da. Har dette, på en måte, vært stabilt, det samme, eller har det blitt verre, har det blitt bedre eller har variert. Vi er interessert i om pasienten, hva pasienten kjenner når ting skjer. Med, med, for eksempel hva er det som skjer i halsen, hva kjenner de som foregår. Vi er interessert i å vite om det oppstår stridor, om de lager lyd på innpust. Vi er interessert i å vite om de har noen strategier eller noe de gjør utover det å bare roe ned situasjonen, altså stoppe opp eller ta en pause og så videre. Vi er også interessert i å vite om pasienten merker noe til, til sure oppstøt, halsbrann og så videre. Og der har vi også kontrollspørsmål med tanke på hvordan de føler halsen kjennes ut når de våkner om morgenen. Om de er gruggen i halsen. Da er vi spesielt oppmerksomme på dette som vi kaller for stille reflux. Altså ikke det at de nødvendigvis får syre opp, men at syregass. Det kan virke irriterende på slimhinnen og dermed igjen gjøre slimhinnen mer følsom for lufthastigheter som strømmer ut og inn under anstrengelse, og dermed bidra til å kunne utløse en beskyttelsesreaksjon i strupen, nærmere bestemt et EILO-anfall. Så det er faktorer som vi er interesserte i å få med igjennom anamnesen. Også pleier vi ofte om å be

pasienten om å gi problemet sitt en karakter, på en skala fra 0-10. Der 0 er ikke noe problem, og 10 er så ille som det kan få blitt. Rett og slett for å prøve å tallfeste hvor de opplever de er. I tillegg så må det legges til at vi også er interesserte i å vite på hva slags aktivitetsnivå de må være for å kjenne på problemet. Det vil si, altså merker de noe i hverdagen eller er det kun på harde økter eller trening. Noen pasienter vil jo oppleve det ved å gå opp en trapp, eller skal opp en bratt bakke eller skynde seg til bussen, så vil de sann sett merke det i hverdagen. Mens andre igjen, må de liksom opp i harde økter og intervalltrening og så videre for å merke, for å merke på, kjenne på pusteproblemene. Så det er jo også noe som vi spør noe om.

A: Mhm. Så korleis er det du undersøker pasientene?

I: Jeg har ikke noe mer undersøkelse utover det. Fordi at i de fleste tilfeller så ligger jo den CLE-testen til grunn. Nå er ikke det alltid fordi at det, spesielt for de over 18 år, så er det jo da ekstremt lang ventetid på Haukeland. Så de er vel oppe i en, imellom, halvannet til to års venteliste der for å komme til diagnostiseringa. Så en del pasienter blir bare undersøkt vanlig poliklinisk på øre-nese-hals avdelinga, der de gjør en forsert insperie, altså kraftig innpust, også ser man om det er strukturer i strupen som reagerer negativt på det at de skal trekke pusten kraftig inn. Så da er det, da er det mer en anamnetisk diagnose som vi gjør. Du kan, kan på mange måter si at det vi jobber med når det gjelder EILO, men også når vi jobber med stemme og pust generelt, så driver vi på med det som kan kalles for diagnostiserende behandling. Det vil si at de ulike teknikkene og øvelsene som vi bruker vil gi oss ytterligere svar. Sånn at det er en, på en måte, en kontinuerlig prosess. Samtidig så er det sånn at pasientene kan bli oppmerksomme på ulike ting utover i forløpet. Sånn at vi får mer informasjon ifra pasienten, også underveis. Sånn at en undersøkelse utover det som allerede har vært gjort i fra medisinsk hold, er ikke det vi gjør. Vi har ikke noen funksjonsprøve, og noe som helst vi gjør. Så det som kanskje er mer sånn ting som gir oss et slags svar på hvor vi er, det er at vi veldig ofte velger å bruke tredemølle i overgangen i fra det som vi kan kalle tørrtrening på teknikker, da vi skal begynne å implementere og automatisere det til fysisk aktivitet. Da har vi tredemøller på kontoret, sånn at pasientene kan løpe på tredemølle, og så kan vi instruere dem underveis hvordan de skal bruke teknikkene i praksis. Og det forteller oss enda litt mer om hvordan de klarer å bruke de pusteteknikkene og de teknikkene ellers for å ha kontroll på strupen som vi har forsøkt å drille inn igjennom disse fem behandlingstimen som vi har i forkant av akkurat det.

A: Du har nok vore innpå det, men kva er di tilnærming til behandling av denne pasientgruppa?

I: Ja, den tilnærmingen det er jo denne behandlingsprotokollen som vi har utviklet som, som vi har benyttet nå siden 2011. Sånn at det å gå i detalj på den behandlingsprotokollen i et sånt intervju, det er det verken tid til eller jeg interessert i. Fordi at den behandlingen, den trenger man opplæring i å skulle gi sånn at å gå på noe detaljnivå på det. Men utover det som allerede er sagt, altså vi jobber med det vi kan kalle for generell optimalisering av pusteteknikk. Også jobber vi med teknikker for å ta kontroll over hvordan strupen opererer, gjennom reprogrammering av muskulatur der pasienten blir i stand til å viljestyrt styre åpningen av strupen og motvirke sin EILO. Men dette har ikke effekt uten at det blir implementert og automatisert inn mot fysisk aktivitet i tillegg, sånn at det ikke er nok å bare gå igjennom selve din behandlingssekvens som der vi er involvert direkte med veiledning. Men det er også en egen treningsfase etterpå, der de skal implementere og automatisere dette. Så jeg tenker det er egentlig, generelt det jeg vil si om selve tilnærmingen i behandlingen.

A: Ja. Har du tankar om andre tiltak som kunne vore nytta for desse pasientane?

I: Ja, altså i en del tilfeller, så kan det være nyttig at pasienten har et godt samarbeid med treneren eller, eller gymlærer for å ha kanskje ha et alternativt opplegg i den fasen der de jobber med denne automatiseringen og implementeringen av teknikkene inn mot fysisk aktivitet. Sånn at det er tiltak som jeg tror kan være viktig å gi en del tilfeller. Så har jeg et sånt skriv som jeg har utsteder til pasientene som de skal ta med til gymlærer eller ta med til treneren i idrettslaget. For, for der jeg beskriver hva de holder på med og ber dem om å ta hensyn til dem gjennom å gi dem alternative opplegg. Det kan være lurt å ikke konkurrere, for eksempel en periode kan det være lurt å ikke spille kamp på en periode, og det kan være lurt å ha et alternativt treningsopplegg i en periode. Det andre er jo dette med, der vi får, skal vi si overbevisende signaler på at det foregår en sammenheng med fordøyelsessystemet. Sånn at da kan både dette med kostholdsråd være aktuelt, men også dette med utprøving av for eksempel, skal vi kalle det for bivirkningsfrie refluksdempende produkter. Og da tenker jeg spesielt på sånne skumbarriere preparater, og teste det ut. Type Gaviscon, Reduflux, Galviele. Ehh selvfølgelig vanskelig å bruke under aktivitet, all den tida, magen skumper jo rundt hele tiden, men hvert fall der vi kan fange opp at pasienten opplever at de er dårligere i halsen når de våkner opp om morgenen. All den tid at det kan være det tidspunktet der denne stille

refluksen har påvirket mest altså gjennom natten mens de ligger ned. Så, det er det som slår meg nå, sånn umiddelbart, når dere spør.

A: Ja. Er det mulighet for å få tilsendt det informasjonsskrivet? Som du sender til pasienten?

I: Som. For så vidt så kan jeg jo ta ut en utskrift av mal, men det har jeg ikke her og nå.

A: Nei, nei.

I: Sånn at da kan nå dere se hva vi, vi informerer dem om.

A: Ja.

I: Nå er det snart 2 minutter igjen til jeg skal være i en annen samtale, så nå tror jeg vi må begynne å tenke på å fullføre.

A: Ja. Då vil vi berre til slutt spørre om det er noko du vil legge til, som du synast er viktig å få nemnd, som du ikke har snakket om.

I: Jeg tror på mange måter at jeg har fått fortalt det sentrale her. Det som, det som jeg tenker er viktig å legge til, og som igjen kanskje er knyttet opp til det spørsmål 9 som gå på generell kunnskap, det er jo det at, som jeg sier, mange har fanget opp dette med at logopedi er kanskje den mest lovende behandlingen for EILO. Og knyttet opp til det jeg sa tidligere om dette med, hva skal jeg si, spesialiteter kontra generalister, at mange under, en logoped er en logoped punktum. Det betyr at det fins logopeder rundt omkring som jobber med EILO der de jobber med EILO på den måten som de jobber med stemme, tradisjonelt. Og det er det at de har en verktøykasse med ulike tiltak og så tilpasser de disse tiltakene til hver individuell pasient, og det gjør det helt umulig å reprodusere den behandlingen de har gitt. I noen tilfeller oppnår de suksess med den behandlingen, i andre tilfeller så fører den ikke frem. Den, det, og den generelle kunnskapen om EILO ute blant fagfolkene, og ikke minst blant befolkningen, den er ikke spesielt stor. Og det skyldes et veldig viktig faktum. Og det er det at tidligere i litteraturen, så har alle de som har beskrevet EILO problematikken, de har brukt sine egne begrep på dette. Det har gjort at det er en haug med ulike begreper når man gikk igjennom litteraturen og så på symptomer på dette som beskriver samme forholdet. Og da fikk man

ikke denne grunnforskningen som igjen leder til ytterligere forskning om å spisse seg inn på problemet. Man fikk bare mange sånne øyeblikksbeskrivelser av det samme, men under ulike navn. Så kommer jo dette arbeidet som blir gjort under Bergen ILO-group der man fikk satt ned gruppe en gruppe, ERS, internasjonale, nei Europeiske organisasjon for øre-nese-halsleger og for lungeleger som task-force, som jobber frem monokulturen, altså begrepsbruken. Og da kommer dette med EILO og ILO inn i bildet, og vi begynner å få inn disse subinndelingene som vi opererer med, ut ifra i dag. Så det var først når dette arbeidet var gjort man begynte å jobbe med denne forskningen og som jo, Bergen ILO-group er fremst i verden på. At vi begynte å både få fram kunnskap om problemstillingen, men ikke minst og en kunnskapsbase og å spre den informasjonen utpå. Sånn at dette er fortsatt i sin spede begynnelse innenfor veldig mange fagområder, både mitt fagområde og deres fagområde. Men i mange andre fagområder også, innenfor øre-nese-hals, innenfor lunge også videre. Sånn at generelt sett så vil jeg si at det er veldig viktig når man går på dette med diagnostisering og når vi går på dette med behandling, ikke minst, at man må finne frem til folk som faktisk kan dette. Og det er den årsaken som ligger bak. At vi har bestemt oss for at den behandlingsprotokollen som vi jobber etter, den metodikken vi jobber etter, den skal være sertifiserbar. Det vil si at man må gå på et spesifikt kurs og få en sertifisering for å kunne drive den behandlingen. Dermed så har vi kontroll på dette og da kan vi ha en liste med navn, "disse folkene her, de kan dette". Og det er en måte å få brutt opp det sammensurium av ulike måter å skulle tilnærme seg dette på. Ikke det at jeg, jeg sier ikke det at folk får hjelp, men den er ikke systematisk, det er ikke en metode, det er en sånn en litt sånn betasuppe, spikersupper, der vi putter forskjellige ting sammen også håper vi at når vi koker det opp så vil det fungere.

A: Mhm.

I: Jeg er to minutter over tiden. Det går an å kontakte meg viss dere har oppfølgingsspørsmål, men nå er jeg nødt til å si takk for meg. Sånn at vi for eventuelt snakkes videre. Når dere har fått tygd litt på dette så er jeg tilgjengelig.

A: Mhm. Tusen hjertelig takk.

I: Okei, lykke til! Ha det godt.

A: Ha det.

Vedlegg 5: Transkripsjon 2

Transkripsjon intervju 2

Informant 2: I

Intervjuar: A

A: Då kan vi starte med første spørsmål som er kva kjennskap har du til diagnosen EILO, altså anstrengelsesutløyst laryngeal obstruksjon?

I: Mhm, det som er litt spesielt med EILO for meg da, er at som fysioterapeututdanna på grunnutdanningen visste jeg ingenting om det. Det er etter at jeg ble psykomotoriker at jeg har hørt om EILO, og det er jo i den henseende at jeg må svare for meg i dag. For det er nettopp psykomotorikere de kontakter disse her EILO-pasientene oftere nå enn før, ehh, så det er på det grunnlaget jeg uttaler meg. Så jeg har truffet noen i klinikken min rett og slett av disse her ungdommene som tar kontakt, så kunnskapen om EILO har jeg fått etter at jeg har blitt masterutdanna og psykomotoriker og kan mer om pust og respirasjon og holdning. Ehh, på grunnutdanninga not so much, ikke i det hele tatt lærte vi noe spesifikt om det. For det er ganske sånn ny diagnose, ehh, hvis man i det hele tatt kan kalle det en medisinsk diagnose. Det er jo på en måte en ganske stor diskusjon bare det, så ja, jeg kan mer om det nå og har lest meg opp mye etter at jeg ble psykomotoriker. Så sånn.. sånn har jeg fått kjennskap til den diagnosen.

A: Ja, mhm.

I: Jeg ble introdusert for den på studiet vårt i Tromsø fordi vi har en foreleser der som har tatt doktorgrad eller har hatt et pilotstudie på denne diagnosen som heter (..) hva heter hun da, ..hvis dere skal ha noe litteratur.. ja jeg kommer på det. Men hun introduserte oss for PMF for disse her da. Da ble jeg nysgjerrig for jeg liker å jobbe med ungdommer og ungdommer har jeg alltid synes har vært kjekt å ha med å gjøre, så da.. ja, så sånn vet jeg om det, hvis det var det dere lurte på, hvordan jeg kjente til det.

A: Ja, stemmer det. Så korleis vil du då skildra denne pasientgruppa?

I: Ja, skal vi se.. De som kommer, eller de jeg har i behandling nå da, de er, jeg har tre av de gående nå. Denne pasientgruppa er jo i hovedsak unge mennesker. Ehh, som er ambisiøse på et relativt høyt nivå innenfor sin idrett. Jeg har to som driver å svømmer fælt, mye, og så har jeg en som driver med sånn mellomdistanseløping.. og er på krets nivå og de andre to er sånn.. de driver å vaker på ungdoms-

NM og den type ting i svømming. Ehh, så det er 14, 15 og 16 år som går hos meg. Ehh, så de er unge, de er ambisiøse og de har masse plikter på seg fra før, det er trening og det er skole og det er venner og de skal få plass til alt dette her. Så det er travle ungdommer som har vanvittig mye treningstimer jeg seg, som får problemer med denne her pustinga si. Så ja..

A: Mhm, ja.. Ser du at mange av disse her er feildiagnostiserte med for eksempel astma?

I: Jaa, alle tre har vært innom astma, og har brukt astmamedisin som mange andre av oss kan respondere ganske greit på hvis vi får oss en dose med astmamedisin. Ehh, en av de har nok astma også, men tegnene de viser og det de forteller om gjør at jeg blir litt sånn overbevist om at de har EILO, og alle tre har også vært igjennom en slik EILO-kartlegging, der de har fått tips og råd om å prøve en psykomotoriker, de har hatt disse her kameraene inni munnen sin og de har blitt filma på stemmebåndene sine og.. så det er klart at det er også noen foreldre her og trenere som er ivrig på å så hjelpe til, der astmamedisin ikke har hjulpet. Så det ser jeg, at de tar kontakt når de har blitt tipset om at vi kanskje kan hjelpe de med noe. Alle tre faktisk, som jeg har gående nå, og så to tidligere.. som har vært innom enten sykehus eller fastlegen som har nevnt EILO, og at de må utredes på en måte eller de kan prøve dette. Sånn psykomotorisk.

A: Mhm, ser du ei utvikling i forekomsten av dei pasientane?

I: Ja, jeg synes det. Jeg synes at jeg merker meg at de.. En ting er at legene som styrer med dette her kanskje vet om oss, at vi har hjulpet noen av disse her og at det går gjetord om det. Men det er jo et sånn voldsomt opplegg bl.a. på Lillehammer og på Haukeland hvor de har alle disse testene hvor de løper hardt på mølle og de har kameraer på seg og inni munnen og at de også har blitt obs på at vi også finnes da, psykomotorikere. Det har jo vært et samarbeid vet jeg på Lillehammer bl.a. med psykomotorikere og de som tester disse her pasienten. Ehh, så det.. det tror jeg.

A: Mhm, og så lurar vi litt på EILO og stress, har du sett nokon samanheng der?

I: Absolutt, ehh.. det er jo kanskje det jeg jobber mest ut i fra. Når de kommer i klinikken her nettopp fordi jeg er psykomotoriker. Nå vet jeg ikke hvor mye dere har lagt til rette for å skulle si noe om hva en psykomotoriker jobber med, det vet dere kanskje litt selv også, jeg vet ikke? Men man er jo opptatt av stressfaktorer som påvirker hele systemet vårt. Så det er klart at vi har en tanke om det når de kommer til oss. De står i mye stress, de blir stressa av at de plutselig må stoppe i høy-intensitetsaktiviteten sin fordi at de *gispelyd* ikke får dratt pusten inn. -Det gjør de stresset, og så tenker de mye på det, ikke sant. De tenker på alle øktene de ikke får tatt fordi de må stoppe opp og da blir jeg ikke god nok, jeg får ikke være med. Og så er det sånn at det kommer et stevne til helgen, kan

du hjelpe meg? Ikke sant. For det jeg ser hos disse ungdommene her er at det er vanlige ungdommer i full hormonell utvikling. Det er pubertet, det er skolekrav, de er ofte veldig ambisiøse, flinke elever også, som gjør masse skolearbeid og de trener masse timer og er gode, får ros for at de er flinke. Så det er klart stress er et kjempestort tema som blir veldig aktuelt i klinikk når de kommer hit. Hvordan kan vi redusere det stresset? Kroppslig ved å jobbe psykomotorisk med det som gjør at vi tenker at EILO kan komme, og også få de med på tanken om er det på tide å bremse litt ned og gjøre ting litt på andre måter. Så ja, det er det vi jobber med i en sånn type klinikk hos meg da, hvis det gir mening?

A: Ja, det gjer det absolutt. Og korleis kjem pasientane dine i kontakt med deg?

I: Ja det satt jeg og tenkte litt på i går, og det jeg opplever med de jeg har hatt da og litt sånn når jeg har snakka med andre som har hatt noen av de i klinikken, det er jo at dette er jo høytfungerende pasienter på alle mulige måter, ikke sant. Det er ofte pliktoppfyllende og ressurssterke foreldre der, ikke sant, og trenerteam og den type ting. Det er ikke pasienter som får prioritet på et driftstilskudd for eksempel. Så de har hørt om oss, og de tar kontakt med oss. De finner oss på nettet og så ringer de og hører om de kan komme til time. Ehh, og da er det jo dette her med å betale med sine egne penger, ikke sant, med private klinikker, og det gjør de. Og så vil de gjerne ha tips og råd og litt rask hjelp, og da har de ikke tid til å stå og vente noen steder. De kommer i kontakt med meg ved å ta kontakt, for de har hørt om at vi finnes, og noen har kanskje tipset de eller de har googlet fram at, oi, på (..) er det en. Nå har jeg en som kommer fra (..) faktisk hit til meg innimellom og får hjelp fordi de kommer ikke til andre steder, for eksempel. Så de tar kontakt på eget initiativ altså, til meg.

A: Hm, ja. Og alle dei er diagnostiserte på førehand, eller?

I: Ja, de har fått en eller annen, noen har sagt til de, eller de har sagt i blokka si at de har EILO. Og en har også astmadiagnosen.

A: Mhm, ja. Ehh, kva legg du då vekt på når du gjennomfører anamnese?

I: Ja.. altså anamnese for oss, altså nå snakker jeg som psykomotoriker, for jeg er fysioterapeut altså, men med spesialisering på kropp og psyke og alt som vi belastes med gir spenninger i muskulatur, og så doserer vi jo i våre klinikker etter pusten, respirasjonen og hvordan den er, den gjør liksom mye rart i kroppen vår, er vår tanke. Men ja, i anamnesen så er jeg opptatt av å få tak på ehh.. om det er innpusten som er et problem for de om *gispelyd*, at de ikke får dratt pusten lenger inn, det er ikke noe å gå på. Det må de si litt om, og så er det jo om de tenker mye på dette her, ikke sant, og hvor hindret de er i aktiviteten. Når er det det kommer, er det med en gang, gir det seg, ikke sant, og så trygge de på at det gir seg. Og jeg er opptatt av å trygge de på at de er ikke syke, altså, det er veldig

sånn at når de er på disse testene sine og sånn så er det alle disse instrumentene som skal på plass, og du føler deg litt som en sånn medisinsk forsøkskanin på en måte. Du blir ikke bedre, og så skal de finne ut hva som feiler. Så jeg prøver alltid å finne en sånn ro med de, om at kanskje EILO ikke er noe som feiler deg, men noe som er stramt og hardt og fordi du har muskler som fungerer sånn og slik, så jeg må prøve å forklare de litt om at selv om du kjenner at *gispelyd* du får ikke puste når du gjør intervallene dine, så er du ikke syk. Altså, det er litt viktig å få roet de ned på at dette her kan slippe og dette kan noen hjelpe deg med, men det er noe muskulatur her og kroppen din og all treningen som setter seg i kroppen din som gjør at dette skjer. For de har jo en tendens til å gruble på dette her, de blir stresset for at de ikke får gått på et stevne ehh.. så i starten så bruker jeg mye tid på å prøve og forklare de at de er ikke syke. De skal ikke kveles og det er viktig at de stopper, fordi det kommer til å slippe taket veldig fort når de stopper med denne høy-intensiteten sin i aktivitet. Så å trygge de på at de kommer til meg sånn at vi kan utforske hva dette her handler om uten at vi skal ha noen instrumenter som skal måle og teste og si at de er syke, det tror jeg er viktig. Da ser jeg at de blir litt sånn lettet. Og så er det viktig å få tak på i anamnesen hvordan de har hverdagen sin sånn ellers, er det mye trøkk? For det er det jo ofte i den perioden i livet. Hvordan de spiser, hvordan de sover, ikke sant. Om de sover nok, om de tenker på noe annet enn trening. Hvor ofte de trener, ikke minst. Kanskje trener de for mye. Hvor mye hardt de trener vs hvor mye på lavere intensitet de trener, altså rett og slett hvordan de har lagt opp treningen sin. Og så er det jo av og til sånn at de er såpass unge at foreldrene ofte er med på disse konsultasjonene, ikke sant. Så da er det å finne en sånn der «skal mamma og pappa være her eller skal du være alene». For ofte er det jo kanskje sånn at vi åpner oss mer hvis mamma og pappa ikke er der, samtidig er det veldig viktig at mamma og pappa også blir informert om dette her. Så å finne den balansegangen og tørre å ha en direkte dialog med både ungdommen som kan svare godt for seg, og de vokse. Det være seg trenere også, ikke sant, som er litt opptatt av at her må vi få fikset greiene, for vi må ha disse intervall.. altså høyintensiteten må være med i treninga for å bli enda bedre. Så det er en sånn balansegang det der å få de med på notene i det hele tatt. Få de til å sette i gang med tanker om at du er ikke syk, du blir ikke kvalt, men du er nødt til å stoppe med det du gjør, og så finne andre måter kanskje å trene på en periode. Altså alle sånne ting du må overbevise ungdommer om, må jeg bruke tid på i anamnesen, men særlig søvn og mat, ikke sant. Dette her med trøkk på leksefronten, venner, er det konflikter. Er det gode familieforhold, eller har de mye annet stress som plager de i tillegg. Det blir viktig i anamnesen. Så den skiller seg jo på mange måter fra før ut i psykomotorisk fysioterapi fra det vi lærer på grunnutdanningen kanskje. Vi stiller litt andre spørsmål, men det er viktig å få tak på dette med næring og underernæring og om de får gått på do, og om de har mensen, om de har mistet den eller om de tenker på trening 24/7. Og så er man nødt til å være litt ungdommelig i språket. Jeg er litt opptatt av det at hvis du skal møte de på riktig måte, så må de føle at de får lov til å fortelle på sin egen måte. Så da er det jeg som sitter med ansvaret med å finne de rette begrepene, altså er det «chill». De bruker mye ord og begreper da som vi voksne ikke skjønner, ikke sant. Det er «cringe» er det mange som sier, det er rart. Altså, «det er

cringe at du spør om», ikke sant. Det gikk jo to ganger før jeg skjønnte hva det og det betydde. Så det handler om å finne balansen i at jeg kan trygge de på at dette skal vi vertfall nøste i, og det kan du bli bedre av, og så at de ikke er syke. Det er viktig. Og så den balansegangen med mammaer og trenere, det er en utfordring. Og en ivrig ungdom som bare vil puste godt når de trener. Så ja, det er sånn grovt hva jeg prøver å få tak på i en anamnese mer enn å, ja, få kartlegge bredt.

A: Mhm, ja. Du har jo vore litt inne på pust, så da kan vi gå vidare på korleis du undersøker pasientane, meir enn pusten?

I: Ja ehh.. vi, jeg, tar utgangspunkt i en psykomotorisk undersøkelse, og den skiller seg jo vesentlig fra det vi lærer på grunnutdanningen som jeg regner med dere også har lært med holdningsanalyse, gangtesting og grovtesting og stilt opp og.. for det er der vi på en måte skiller oss litt ut fra det vi lærer på grunnutdanningen, det er nettopp at vi tenker mer sånn helhetlig. Ehh mot å så tenke litt sånn kloss for kloss, så prøver vi å undersøke de litt mer sånn dynamisk om jeg kan si det sånn. Vi prøver å se litt sånn spenningsforholdene, hvordan de står på beina, hvordan de har skuldrene sine når de står i ro. Altså vi ser på store spenningsmønstre i kroppen og da følger vi med på pusten og kassa. Det er det vi ser mest etter, men vi snakker ikke så mye om det i psykomotorisk fysioterapi. For det er veldig komplisert, men vi har en tanke om at pust og følelser og hjernen henger veldig i hop, og at den på en måte alltid vil gi oss noen tilbakemeldinger på hvordan vi har det og om spenninger slipper muskulatur, det er det pusten som gir oss beskjed om når vi observerer den. Så det holder jeg alltid øye på i undersøkelsen, men vi har vår helt egen undersøkelsesmetodikk i psykomotorisk fysioterapi som vi har lært i Tromsø som skiller seg ut fra.. så det gjør jeg alltid, tar alltid en psykomotorisk første, eller prøvebehandling kalles det. Det er en undersøkelse som foregår i stående, sittende, ryggliggende og mageleie der vi gjør både passive bevegelser, aktivt ledet bevegelser og palpasjoner. Så den tar ca. ja, 30 minutter, den bør ikke ta lenger tid enn det. Og så prøver vi hele tiden underveis å se hva slags respons man kommer med når man er i en sånn situasjon. Derfor kaller vi det prøvebehandling. Ehh, så den skiller seg fra grunnutdanningen, og vi er hele tiden opptatt av å observere om pusten har evne til å endre seg når de slipper i muskulatur. Så jeg prøver jo å få tak på hvor er de voluminøse i musklene sine, ikke sant. Er det veldig høye skuldre på disse folkene her, ikke sant, de er jo kanskje stresset for dette her. Hode sin stilling som ofte er veldig viktig med EILO, fordi larynx her ikke sant, jobber vi jo mye med, men vi jobber med mye annet også for å få de til å slippe godt til. Men hodets stilling om de er ekstendert, ikke sant. Om de er halsende, fremme der. Protraherte skuldre, opptrekte skuldre. Ofte er det jo veldig sånn voluminøse svømmere i hvertfall, som crawlere og alt sånn. Mye store, overfladiske muskler. Og så ser jeg etter inspirasjonsstillinger i brystkassen. Hvor mye ribbene der er låst i en viss pustestilling, det er veldig viktig å få tak på. Ofte så opplever vi at de har veldig sånn.. de har ikke mer å gå på i bevegelsen i kassen, det er nesten sånn *innpust*, de er så store, det er sånn wingsuit på de noen ganger, sant. Så de står veldig sånn ansent

på beina, og du ser at kassa er tydelig preget av å være i inspirasjonsstilling. Dette har dere jo stålkontroll på, inspirasjon og ekspirasjon og hvordan kassens form er da. Så den inspirerte stillingen er jeg opptatt av, for da gir det meg inntrykk av hvordan de puster overfladisk, om det er mye ekstra muskler med, og da nakkens stilling sånn at det er helt tydelig at det kan komme låsningstendens i halsen. Og det ser jeg går igjen hos de sant, de har en veldig inspirert stilling når de står. Store muskler, ikke sant, jobber mye med volum disse folkene her. Og så står de dårlig på beina, og det er det vi psykomotorikere ofte bruker som begrep -å stå godt på beina. De skyver tyngdepunktet sitt opp og låser pusten veldig, og da stivner de i kassen sin, veldig, i ribber og alt. Og det er det vi er opptatt av å få tak på. Har de en kasse vi kan jobbe med. Jobber mye med kassa, brystkassa, selve thorax eller trunkus, nakke og hals.. ja. Det er litt vanskelig å forklare enkelt hva psykomotorisk er, men vi har en helt egen måte å gjøre undersøkelse på, som sagt, og vi ser pusten. Omstillingsevne i pusten underveis og hvor stivt det er og hvor det er stivt. Og vi ser alltid etter nakkens stilling i ulike stillinger, for den vil være ekstendert og litt sånn framme og opp. Vi kaller det halsende, de er vant til å *gisp* sant, særlig svømmere jeg har erfaring med da, som hiver etter luft og skal ha oksygenopptaket sitt på plass og ja, spenninger når de står og ligger og sitter, rett og slett, er det undersøkelsen går ut på, ja.

A: Mhm, så då på spørsmålet om korleis di tilnærming er til pasientgruppa, då blir det då ei psykomotorisk tilnærming?

I: Det blir en psykomotorisk tilnærming til disse pasientene, helt sånn i gata normal psykomotorisk behandling. Vi jobber jo med, som alle, øvelser aktivt, at de skal slippe, at vi skal få lov til å bevege passivt fordi at muskler skal slippe. Og så jobber vi mye på benk, men også i stående og sittende. Disse pasientene jobber jeg veldig mye på benk med, fordi at de er ungdommer og utålmodige. Det å gi ungdommer øvelser til å øve hjemme for å kjenne etter, de som allerede har mange tanker og greier og stress i systemet, det har jeg brent meg på at det funker ikke så bra for da blir det veldig sånn «nå må jeg være flink å gjøre disse øvelsene». Vi er jo opptatt av at de skal kjenne etter. Kjenne etter om det er trangt i halsen, kjenne etter om de står bedre på beina, kjenne etter om de har mer bevegelse når de puster sånn at pusten er styrt av diafragma. Og da gjøre øvelser hjemme så blir det, er min erfaring hvert fall at det blir litt sånn overfladisk å ha gjort det til neste gang de kommer. Da er det mye bedre å bruke den timen de er her, de er alltid en time hos meg, psykomotorisk behandling er alltid 60 minutter, der samtalen er jo en sånn standardgreie hos oss som tar mye plass. Når vi jobber med disse tingene her og pusten slipper, så er jo psykomotorikere lært opp til at pust og følelser henger veldig nært sammen. Så det er at når jeg bruker mye til på å tøyse og strekke på trunkus på benk, de får bevege litt, jeg får rotere litt. Jeg palperer ribber, beveger på ribber. Så det er klart at da slipper man mye bedre til, for man får et mye bedre bevegelsesutslag i kassen å jobbe med. Så er det klart at da kan det komme en tåre, og det kan komme sånn «jeg er så dritlei og jeg vil bare puste ordentlig», sant. Og det er igjen med å forsterke at de kanskje kan slippe på nettopp spenninger som gjør at de får en

bedre.. bedre og mer naturlig og sunn holdning i kroppen da, for det er det vi er ute etter. At diafragma som pustemuskel skal gjøre hovedarbeidet av pustinga, ikke sånn som de allerede er helt anspent i inspirasjonsstilling. Vi vil ha de inn i en nøytral stilling. Og da tenker jeg ren muskelfysiologi, altså at diafragma skal ligge der den skal være, og slippe på ribbene når den ikke trenger å holde på ribbene. Ofte så er det sånn at jeg nesten kan palperer transversus på noen av disse her pasientene for de er utrolig inspirert hele tiden. Så mye vond og stram muskulatur, både nede i ryggen og i mageområdet her nede og under kassa, jobber jeg mye med. Og ikke minst så er vi jo her og jobber i hals og prøver å få nakken i en nøytral posisjon. Det er kjempeavgjørende for at de skal klare å holde dette på sikt da. Sånn at den ikke er ekstendert og fram, men at vi får den i nøytral posisjon. Da er det viktig å jobbe med alt som ligger foran, det er scalenene for eksempel som henger på første ribbe får mye fokus. Passive bevegelser i nakken, og at de skal øve på å lage dobbelthake. Det er sånne ting de kan øve selv på hjemme. Drikke ordentlig av et glass, snakke på utpust. For vi er jo opptatt av den utpusten. De får ikke til å puste ut, for de er så utrolig på å skal trekke inn. At de får ikke til å puste ut og kanskje i aller høyeste grad den pausen som skal være mellom en utpust og en innpust. Den øver vi mye på om å få de til å slippe. Så jeg bruker benk, benkebehandling mye akkurat på den gruppen her fordi de er ungdommer som har dårlig tid. Alt for mye øving alene fungerer ikke så ofte så godt for det skal plasseres inn i en hverdag som allerede er fylt av masse masse, trening og.. Men det jeg også gjør er at jeg alltid må komme inn på tematikker som.. for vi samtaler jo mye, det er jo det som ofte skiller oss fra andre fysioterapiretninger på at når vi slipper til pusten så slipper vi til følelser, og vi slipper til spenningsfall, ikke sant. Og da er det lettere også å slippe masken. Bare det er jo godt for en hals som snører seg, og slippe spenninger i ansiktet og bite tennene sammen, da kommer gjerne, som jeg sier, tanker og følelser de har og at de er sliten. «Jeg vil så gjerne bli best» ikke sant. Da får vi snakket om disse her tingene som ungdommer er opptatt av. Det være seg mat, trening, bli best, og da er det også viktig og selge inn dette her at «nå trenger du å trene på lavere intensitet.. for å kjenne at da er du i en posisjon hvor du har bedre forhold i halsen din, når vi har fått løsnet på den og kommet et stykke i behandling. Nå er det viktig at du trener på lavere intensitet en stund». For å omstille pusten og spenninger og kassen og alt som er det tar veldig lang tid, det kan ta flere måneder, ikke sant, og da må de også forstå og kjenne etter hva som skjer i kroppen. Så det er ikke så lett å få verken ungdommer eller foreldre eller trenere med på at nå en periode så må du ligge på lavere intensitet når du trener for å nettopp unngå den åndenødsfølelsen du får. Prøv å kjenn etter for det er det som er poenget, de skal kjenne etter på noe annet. De får noen muskler til å slippe, vi får diafragma til å bli hovedpustemuskel igjen. Halsen blir løsere, nakken kommer i nøytral posisjon mer, og da må de kjenne etter på det. Da kan ikke de halse inn igjen i den der superintensiteten sin, for da kommer de inn i et sånn vanemønster de er vant til å være i, nettopp inspirasjon, at de gir full gass. For når det er stopp, når de kjenner at det snører seg til, så har de ikke noe å hente, de får ikke trukket ned mer pust heller. Det er bang stopp, og det viser seg jo også at når de gir seg i den aktiviteten som gir disse vanskene, så er det jo vekk på en tre, fire, fem minutter, for da er du i en hvileposisjon igjen.

Så de har ingenting å gå på, så det er så viktig å få solgt inn til dem at du må øve deg nå på en lavere intensitet. Kanskje trenger du å, ehh dette tematiserer vi ofte, kanskje trenger du å sove en time ekstra om natten. Kanskje trenger du å trene åtte timer en periode på lavere intensitet i uka i stedet for dine 13. Prøv det ut, ikke sant, så får de helt noia fordi det er et stevne neste helg som skal gå i full fart på 150 meter bryst eller hva det måtte være, og så har de ikke tid til å kjenne etter på de tingene her. Så det er en pasientgruppe som er komplisert å jobbe med fordi de er så i nuet. Og så har du trenere og mammaer og pappaer som er bekymret, og som gjerne vil ha de klar til neste stevne. Så.. men de må få de med på dette her og så kommer de og sier at «jeg er så sliten», og «du har helt rett, jeg trenger ikke seks i alle fag og det holder at jeg fikk en firer på denne prøven». De står i akkurat samme problemene som vi andre har kjent på opp igjennom, i tillegg til å trene sykt mye timer og kjenne på at de holder på å *gisp*, altså få helt åndenød, ikke sant. Så det å ikke sykeliggjøre de, men prøve å sortere litt sammen med de. «Kanskje du skal prøve på dette i hverdagen din», «jeg merker nå at du ble lei deg av å tenke på dette, kanskje det er en sånn greie som kan ta bort litt stress?» Bare det er jo med på å gjøre noe med pusten er jo vår tanke. Og så det at de må samtale om disse tingene her, det er veldig viktig, både med mamma og trenere og alt. Det er viktig at jeg har god kommunikasjon med foreldre og trenere om at dette er ikke en sånn quick fix, men de er ikke syke, sant. Det er muskelspenninger rett og slett som er med på å lage problemer her. Og at de må forstå at de må trene på lav intensitet. Det er viktig å få solgt inn, for hvis du ikke får solgt inn det så vil de stadig vekk kjenne på den her *gisp*, når de er i treningsmoduset sitt. Så blir det en sånn grubleting hos de. Noe de tenker på mye. Det plager de, ikke sant. Kanskje går de glipp av det neste stevnet de skal være med på, så får de nedsig, særlig jenter da, ikke sant. Det er litt sånn.. det er forskjell på gutter og jenter. Nå er det kun jenter jeg har hatt inne hos meg, og de har ikke noe sammenligningsgrunnlag fra disse hardbarka gutta, men det er jo forskjell på oss, ikke sant, hva vi er opptatt av i livet. Så kan det komme fram, på den forrige jeg hadde inne at det er problemer med kjæresten, ikke sant, og så kommer hun neste gang og så har hun ikke hatt så mye.. såpass mye stress med dette i bassenget etter at hun har vært hos meg og.. vi har fått jobbet litt kroppslig med det her med kjæresten og vansker med det og, ikke sant. Ta bort stress et annet sted kan også påvirke hvordan de puster, fordi kroppen responderer på alt og den lyver aldri, ikke sant. Det setter seg i kroppen på oss alle sånne stressmomenter vi har. Så det er jo litt bingo med det, hva de åpner seg opp for og erkjenner selv når de kommer til meg. Men det er alltid viktig i hvert fall å jobbe med stramme strukturer på hals og i nakke og få den på plass, og kassa. Og så snakke med de om disse viktige tingene med «lavere intensitet i treningen din en periode. Ikke for alltid, jeg og skjønner at du er nødt til å ha intervaller og masse sånn høyeksplosivt for å bli bedre, men akkurat nå, hvis du har lyst til å puste igjen, på en god måte, så må du være med på min tanke om at dette er lurt å prøve. Det er ikke farlig, og du er ikke syk.» Så jeg prater jo på inn og utpust altså, så sånn er jeg. Men når man brenner for noe og er ivrig og er vanskelig å forklare, så dere må bare stoppe meg underveis.

A: Det er veldig fint at du berre forklarer.

I: Det skal bli gøy for dere å transkribere dette!

Alle ler

A: Ikkje tenk på det! Men korleis erfarer du at EILO påverkar pasientane?

I: Ja.. hvordan det påvirker de.. Det er jo litt det der, den kontrasten jeg ser mellom å ha..*sukk* hva skal jeg si, studert medisinsk da, sant. Noen av de, og nå er det ikke mange av de jeg har hatt hos meg, har hatt kamera. De filmer på abduksjonen og adduksjonen som skjer i stemmebåndene, ikke sant. Ingen av de har vært hos noen logoped, de som har vært her i hvert fall, for eksempel. De har blitt vurdert som å ha en medisinsk diagnose av noe slag, ikke sant. De føler på å bli kvalt, *gisp*, når de skal puste inn. Det er ikke noen god følelse, bare det er nok til å gi panikk hos enhver av oss og «hva gjør jeg nå?», ikke sant. Og når det skjer i et vann eller midt utpå banen eller noe sånt. Og så er det noe med, ehh.. de rundt, ikke sant. At de legger merke til.. at de skal gå og skjule på det. Sant, det gjør jo noe med spenningen i kroppen det og. Så jeg synes det påvirker.. altså det blir litt altopplukende fordi de er så idrettstalenter. At de går liksom og grunner litt på dette her, litt for mye. Og det er ikke alle av de som opplever sånt i hvile, veldig sjeldent i hvile. Men jeg ser at en del av de har så mye i hverdagen sin og trener så mye og er så besatt på dette her at de begynner kanskje å kjenne på at det snører seg til på lavere intensitet etter hvert, fordi at de er så stresset på «hva kan dette her skyldes, er det noe alvorlig galt med meg? Jeg holder på å bli kvalt når jeg driver med det jeg elsker mest av alt.» Så det synes jeg preger de når de kommer her, og det er jo ikke rart, når du føler en sånn kvelningsfølelse når du driver med det du egentlig har lyst til å bli best i. Så det synes jeg preger de, men jeg synes også at de preges av å ha vært undersøkt sånn, altså, at «det er noe alvorlig galt med meg.» Og så kommer de til oss, eller meg da, og så blir de møtt av en dame som prøver å lære seg «chill-ordene» og det der at de lander i et «det er ikke farlig det her, og nå må jeg kanskje gjøre som jeg får beskjed om en stund, og lære meg å kjenne litt etter.» Den kontrasten der tror jeg at preger de hvis de får sjansen til å komme til en psykomotoriker da, hvis det gir mening? Det der å gå fra å være en sånn medisinsk «nå må vi finne ut..», ikke sant. Men en ting er at de finner ut og de filmer og de styrer, men de vet jo ikke enda helt hvordan de skal behandle de. Det er jo ikke noe konsensus i «hvordan skal vi ivareta disse her, godt nok?» Og «skal vi begynne å operere på de?» Det er jo snakket om kirurgi på disse pasientene også, og vi er jo litt sånn «nei, prøv psykomotorikk først, før man begynner å plote på noe inni.. som kan påvirke stemmer og luft og hele livet ut», på en måte. Så det å få landet de her med at nå tar vi som utgangspunkt i at «du er ikke syk. Dette har jeg hørt om, dette kan vi se om vi ikke kan jobbe litt med her.» Det er sånn at da lander de i noe som er godt. Og det er ikke for å skryte av oss, men vi har bare en helt annen fokus på at «vi trenger ikke å

medisinsk gjøre alt, og objektivisere og måle og styre.» Se om du kan jobbe med kroppslig med disse ungdommene her, med noe de ikke har kjent på så mye før, sånn at de slipper å dra det med seg inn i hverdagen og tenke mye på dette her og grue seg til trening. Det har jeg hatt, det å grue seg til dagens treningsøkt for de vet nemlig at de skal svømme intervaller. De forbereder seg litt, og da går de allerede litt inn i et ansent modus, hvis dere følger meg på den. Da er det mye lettere at det kommer mye før i økten, at det snurper seg helt. For da er det allerede litt sånn «øhm stresset for den økten som skal komme.» Og så har de ikke lyst til å vise til andre at de strever. Det er jo konkurranseinstinkt på disse folkene her, og de har masse gode venner og sånn, men det er ikke alle som har lyst til å dele dette her, å vise at «jeg klarer ikke å være så god nå som jeg pleier å være fordi, *gisp*, noe jeg ikke klarer å forklare selv. Legene kan på en måte ikke hjelpe meg», så det er den er.. ikke skam, men ungdommer skal ikke, de skal skule på ting innimellom. Og det synes jeg at de har godt av å komme her å få slippe det der løs. «åhh, dritflaut, ikke sant, at jeg ligger der og gulper etter vann i bassenget jeg som egentlig er helt sjef på den distansen her.» Så alt sånn setter seg jo.. Sånn at det er den kontrasten der å komme hit å bli tatt litt sånn på alvor at «det feiler deg kanskje ikke noe, men vi har nødt til å jobbe med kroppen din på en annen måte.» Og det vanskeligste i dette er å selge inn at dere må jekke dere på lavere intensitet, synes jeg. Å skjønne det, og få mammaer og pappaer og trenere til å skjønne det synes jeg er.. Det er ikke mange trenere jeg har snakka med, men jeg snakker jo med foreldre på vegne av trenere som har kommet med tilbakemeldinger også. «Er det noe håp for det stevnet som kommer om tre uker da?» «Kan hun komme oftere til deg slik at det blir en årnings?» Hvis dere følger meg på den. Det er kompliserte greier, men jeg har, erfarer at de.. Nå har hun som kommer i dag faktisk, hun ene. Da melder mor og skriver at det har gått veldig mye bedre etter de gangene hun var hos deg, og fått litt mer bevissthet for hva hun skal gjøre og hva hun kan gjøre før hun skal i bassenget. Det å øve nakken inn i en nøytral stilling og.. så hun har vært mottakelig for alt jeg har å si. Hun har vært sånn «jeg må bare finne ut av det her», og da er det lett. Nå kommer hun tilbake i dag for nå hadde det begynt å snøre seg litt igjen, og da merker jeg at det er en stund siden hun har vært her, ikke sant. Og så kan det jo ha skjedd mye i et ungdomsliv siden jeg så henne sist. Så da tar mor kontakt, og så vil jeg tippe at det er et eller annet svømmestevne som nærmer seg, for eksempel nå da, ikke sant. Så det er klart, jeg merker at de får bedring av å komme her, fordi vi ikke gjør det til en sånn medisinsk, men jobber med det kroppslig og tar på kroppene deres og vi tøyer og styrer og vi, så.. lander de litt da, ja, hvis det gir mening?

A: Ja, det gjer det absolutt. Så no har du fortalt litt om di tilnærming og din type behandling, men har du tankar om andre type tiltak som òg kunne vore nytta?

I: Ja.. altså, heh. Det er en som sier på Lillehammer at han jobber med disse her og jobber mye med dem. «Inspirerer de ikke til inspirasjon», som han sier. «Jeg er så opptatt av å inspirere de til ekspirasjon», ikke sant. Det å slippe pusten ut og ikke tenke at det går hull på ballongen, men altså ta

seg tid til å hvile. Det tror jeg er kjempeviktig for alle.. hvis alle hadde gjort det mer, som er på høyt nivå, så hadde vi fått lik konkurranse på bedre forhold tenker jeg. Det de trenger er å hvile mer, og da mener jeg hvile som i.. det å gjøre den sorteringsjobben i hverdagen sin, kjenne nøye etter «hvor gøy er det å drive med denne idretten nå», ikke sant. «Kan jeg klare å bli like god på lavere intensiteter en periode.» Lande ting i hverdagen sin hjemme. Er det noe hjemme som skurrer, er det noe kjærestier er det noe lekser? Ehh, så, de trenger å hvile mer, men det er jo lettere sagt enn gjort når du er midt i en sånn talentgreie. Så andre former for ehh, ting som kan hjelpe de.. Det er jo å ha trenere og foreldre som forstår at det går an å legge opp treningsforløp og bli god allikevel på andre måter enn bare at man må ha den høyintensiteten med deg. Men de har også bra nytte av samtaler, ikke sant. Å snakke med noen om ting som er vanskelig, men det er ikke bare bare å få ungdommer til å åpne seg opp til alle og enhver og hvem det måtte være, ikke sant. Mange ungdommer har mer enn nok med å klare og forstå selv, og så skal de på en måte si noe om dette til noen andre. Det kan være vanskelig, ehh, så derfor er jo vi glad i det vi driver med, for vi driver kroppslig og de kan kjenne, og da er det også lettere å sette ord på det de kjenner. Ehh og så er det jo logopedi for disse her, har jeg veldig liten erfaring med. Aner ikke hva det går i.. for de. Fordi mange av de som er hos meg snakker jo veldig sånn greit når de er i hvile, ikke sant, og.. de kaver ikke med det. Det er ikke noe jeg har bitt meg merke i. Men sorteringsarbeidet, om det er her eller om det er med andre, og det å ikke føle seg syk. Å ikke føle at nå går alt til helvete for nå får jeg ikke *gisp*, sant. Det er.. kan jo enhver få til, men da må man få innpass hos ungdommen. Du må få lov til at det gir mening i hodene deres. Og der tror jeg sånn, altså vi snakker om det tverrfaglige samarbeid i slike situasjoner. Dette er jo høytfungerende ungdommer, på alle mulige måter. Kanskje litt feilfungerende. Så det å eksplorere, som vi sier, finne hvile. Hvilke hvilepunkter kan du finne? Kan det være noe i treningen din som kan legges opp på andre måter? Kan det være at vi snakker med mammaer og pappaer og trenere for at du skal finne mer ro? Kan det være at du trenger å få et litt annet opplegg på skolen? Kan det her være at du skal spise litt mer mat? Ikke sant. At du sover en time lenger? Så de trenger å finne en sånn slags sånn ro på at de ikke er syke og at dette ikke skal vare for alltid. At noen skal finne en måte å hjelpe de på. De er ikke syke. Å nå inn til de med det, om det er samtale eller om.. men kroppslig tilnærming har jeg stor tro på. De må få kjenne på noe annet enn stiv kasse. Det tror jeg ungdommer responderer enormt godt i møte med voksne.. «jalla», altså voksne er «jalla», sant. Det er trenere de forholder seg til stort sett, og mammaer og pappaer når de er i et sånt kjøp som de er. Treffe noen andre voksne som jobber kroppslig og.. sånn at de får åpne opp til å snakke hvis de føler noe, hos oss. Hvis vi kunne hatt noe tverrfaglig på det, som ikke bare er medisinsk eller at det feiler deg noe, men noe der da. En slags gruppe av behandlere da, vet ikke jeg ehh. Noe kroppslig, noe samtale, noe med logopedi, aner ikke hva det går i der, men det er vel stemmetrening og sånt de driver med, sant. Å få de her stemmebåndene til å slappe av og aktiveres når de skal og.. ja. Men jeg har troen på at de trenger å vite at de ikke er syke da, og at de trenger å hvile på ulike måter. Det er helt syke mengder med trening de står i disse her, og da er vi ikke på nasjonalt nivå enda engang. De er på sånn ungdoms-

NM, får de lov til å være med på, men det er ikke plass på de enda, men de er talenter. Så det er en veldig komplisert gruppe å jobbe med tror jeg. Men hvis du får solgt inn et kort om at de må være tålmodige, at de forstår noe om at vi forstår noe om puberteten og at vi forstår noe om alle krav ungdommen står i. At de skjønner at jeg forstår hva det handler om med kjæresten og menstruasjonen og ehh ja, å spise nok og sove nok og skolegang som er så viktig, og at jeg selger inn en forståelse om at mamma og pappa maser fælt. Sånn er det, ikke sant, og lærer de til å lytte.. altså, «hva skjer med deg når mamma maser eller pappa spør eller treneren maser.» Å støtte de på at det er helt ok.. at du kjenner dette nå. Prøv å, ja, la det gå inn det ene øret og ut det andre øret litt grann, ikke sant. Hvis du treffer på en voksenperson som kan fortelle de det, så hviler de bedre ser jeg. Da blir de ikke så stresset og de kjenner at de blir mer tung i kroppen og ehh, at det ikke er farlig at de ikke får trukket pusten godt inn da. Det blir jo litt sånn svevende, men det er liksom vanskelig å si helt konkret ehh, hvordan man kan jobbe med det. Men jeg tror at de trenger å bli sett på at «dette er et funksjonsproblem som har satt seg litt», men det går an å hjelpe de på vei med at det går an å bli bedre eeh, uten å farliggjøre det på noen måte. Det responderer de bra på, og da merker jeg også at du kan nesten se at nakken kommer i bedre posisjon og at de, når de har drikkeøvelser og sånn, at de svelger de litt bedre unna. Og det er jo i hvile. Det som jeg ikke får sett så mye av i min private klinikk nå er jo hvordan treningssituasjonen er. Når de først går ut der og gjør dette arbeidet sitt, så det må de fortelle meg når de kommer hit. Og det synes jeg de er gode til òg, at de klarer å kjenne etter om det har vært en endring da. Slik som hun som kommer i dag som har hatt det mye bedre. Hun har ikke følt på den så lenge heller, den EILO'en sin hun da, som kommer i dag. Så hvor langt de har kommet i forløpet og hvor mye de har skjult på dette her og hvor mye de har strevd med det over tid og, ikke sant, og ikke minst hvilken idrett de driver og.. så, men jeg tror at de trenger.. de trenger å hvile, de trenger ekspirasjon som vi sier, uten at de tenker at det går hull på ballongen og at du kapitulerer som vi sier i vår verden. De må bli inspirert til å eksplodere. Han sier det så godt han på Lillehammer. Vi trenger ikke mer inspirasjon, vi trenger *utpust* ..pause. Ja, noe sånt.

A: Mhm, ja.

I: Haha, det var vel ikke helt.. blir dere helt sånn «whoaa whoaa»

A: Hehe nei, det gir veldig mening dette her. Ehh, men videre da, kva tenker du om det generelle kunnskapsnivået om EILO i befolkningen?

I: Ja, nå når jeg selv på en måte ikke har.. Det er jo veldig sånn «trend-diagnose», hvis man kan si, det er jo feil å si det, men den har veldig kommet nå. De har jo hatt et sånt intensivt fokus på det, ikke sant, så vi ser stadig at det popper opp sånne ungdommer.. ehh, så jeg synes ikke kunnskapsnivået er godt nok, ikke sant. Det er ikke noe samarbeid med at trenere har noe forståelse for dette her,

foreldregrupper, legene som jeg har vært inne på, ikke sant, som skal måle og styre, ikke sant, og de vet ikke hva godt de skal gjøre for de. Ehh så, så kunnskapsnivået blant allmennheter er jo dårlig, og så er det litt sånn problematisk at det assosieres til at de får dette her astmafokus, ikke sant, og begynner med astmamedisin. Så er det inne i den medisinske gaten med en gang, at det er et problem vi må fikse, med noe medisiner eller.. Så jeg synes at det ikke er noe god sånn forståelse i trenerapparatet for dette her tror jeg. Det har jeg ikke sånn veldig innsikt i, men jeg har ikke følelsen av det. De er liksom drillen på «skal du bli god så må du stå på.» Ehh og «prøv den astmasprayen da», ikke sant, og foreldre som er litt på. Men mange foreldre er jo også opptatt av at barna skal ha det bra, så det er klart det er mere lydhøre foreldre. Men foreldre som kommer hit med barna sine har googlet, veldig, om EILO. Og så når de går til legene da som kanskje har utredet noen av disse her, der de har blitt tipset om å prøve det, har også blitt forespeilet at ja, noen av de kan man jo se på kirurgisk, eller «nå har vi testet på tredemølle og vi har kamera sånn og vi ser på strukturer at det er noe som skjer.» Da er de veldig i en sånn medisinsk boble om at det feiler noe.. på strukturnivå, ikke sant. Det og da få en sånn grunnleggende forståelse om at kanskje vi kan jobbe med å få kroppslige deler til å falle mer naturlig i forhold til hverandre, få de ut av et vanemønster. Den biten tror jeg ikke er godt nok på legesiden i hvert fall.. men de begynner å komme. Men jeg tror ikke den generelle befolkning.. for det handler jo om en liten andel. Det er jo ikke mange prosentene foreløpig.. jeg tror forskningen sier 7% eller noe, som driver med en idrett som har dette her. Så det er et lite område, og så kan man kanskje si at det er privilegerte ungdommer på mange måter, som har et talent. Så det er klart, det er ikke noe stort kunnskapsnivå i breddeidretten rundt dette her. Det er ganske sånn spesifikt fenomen som har blitt veldig i vinden nå. De ser jo at det ikke er astma, ikke sant, så jeg er jo glad for alt som ikke må medisinskjøres hele tiden. Det puttes medisiner på, og «prøv det ut», ikke sant, og så blir du skuffet. Men jeg tror nok det er en vei å gå med disse pasienten her for å gjøre dette her mer allmennkjent og.. ikke farlig. Vi må ufarliggjøre det mer, tror jeg. Og da må vi ha trenere og foreldre på banen altså, at man forstår logikken i hvorfor det kan være lurt å sende de til en psykomotoriker. Det må de finne ut med andre du snakker med enn å bare google deg fram på nettet, og at en lege sier «prøv nå, vi har hørt at det kan være noe.» Og så må legene og ha gehør for det og ikke sende ut det astmavarselet alt for tidlig, og selge inn at de er syke. Me leger har jo sin måte å jobbe på, for de er jo leger. De skal diagnostisere og.. mens vi er opptatt av funksjon da som fysioterapeuter. «Det går an å gjøre noe med dette her, og du er ikke syk.» Så kunnskapsnivået er ikke.. det er en nisje, en nisjediagnose dette her. Litt sånn.. den lille biten av de her talentene som opplever det. Men det er klart at mer kunnskap må til og vi må snakke sammen om det. Alle som er involvert i denne ungdommen sitt liv, som de forholder seg til i hverdagen. Det må være konsensus, det må være likt i hva vi oppfatter av kunnskap om det her, ikke sant. Men generelt så tror jeg det er sånn «up and coming», ehh jeg bare håper.. jeg kan jo si det at jeg håper ikke de begynner å operere for mye på disse her ungdommene sånn. Jeg tror ikke det er rett vei å gå altså. Kunnskapsnivået må opp, og vi må fronte vårt fag som en hjelp i dette her. Jeg

sier ikke at vi løser alle problemer, jeg sier at de kommer til oss og kjenner på at det hjelper på noe hvis, fordi vi jobber med kroppen. Dialoger må på plass tror jeg.. ja.

A: Mhm, nei men veldig fint. Har du noko meir du vil legge til som du synest er viktig å nemne?

I: Neei, jeg.. tenkte litt på dette i går. Hva som er viktig å nevne med dette her er jo at vi må aldri aldri glemme at dette her er ungdommer, ikke sant, i sin beste alder, der alt i livet på en måte blir litt snudd på hodet. I puberteten så ommøblerer vi på alt i hodet, det er ubrukelig arbeidskraft på de i den alderen der, for du vet ikke opp ned på deg selv. Og det er klart at hvis du i tillegg har noen krav på deg til at du er god til noe, ehh du skal være flink hele tiden, ikke sant. Så det må være å, ja.. de skal ha skryt og ros, men de må forstå på et vis at du er like så god som du er selv om du trener mindre eller gjør noen andre ting og. Selge inn det til ungdommer, det tror jeg er kjempeviktig å få til når de kommer til oss eller noen andre, at du klarer å møte de med en sånn holdning at «jeg vet hva det vil si å være ungdom. Nå skal du komme her og «chille» med meg, og så skal vi finne ut at dette.» Jeg har i hvert fall hatt god nytte av dette, å legge meg i selen til å bli en ungdom igjen, ikke sant, slik at jeg kan møte de på det at «det er pinadø ikke legg, og det er faktisk ti ganger verre å være ungdom nå, enn da jeg var ung.» Hvis du klarer å finne den der.. ja, en slags allianse der da på at «herregud hun forstår meg». Altså ikke snakk over hodet på de, ikke kom med alle medisinske begreper og termer og si «du er jo så flink, vi må finne ut av dette.» Altså kom deg ned på ungdommen sitt nivå, vær en ungdom igjen da. Sett deg litt inn i hverdagssituasjonen av å være den de er, minus all trening da. Det er en stor bit for det, men klarer du å finne den der ungdomstenen med de, og involvere de i det du driver å finne ut av, om det er hos legen der eller hvor det skal være. De må være med på og forstå dette her. Så det må ikke bli for teknisk og vanskelig, de må liksom være med hele tiden og der tror jeg både trenere og foreldre og de som skal hjelpe de har en jobb å gjøre, med å lande den «undomsinnfallsvinkelen» der da. At de ikke blir pissredde, og så skjønner de «aah det er voksne som skjønner hva det er å være 14-16 og stå i mye greier altså.» Der synes jeg at vi psykomotorikere, fordi at vi har det faget vi har, at vi er så innstilt på det fra før at alt som er sosialt rett også er en belastning. Det er derfor jeg tror vi får til noe da, fordi at vi kjenner på noe bra. Fordi vi er orientert på det allerede på første møte da, at det er viktig å få tak på ressurser og belastninger i livet. Er det for mye, så snurper det seg, kan man si i overført betydning. Så det å lande den ungdomstenen med de. Det er de vi skal snakka med, ikke over hodet på de, men med de. Da må du bruke «chill» og du må snakke om alt som er «cringe» og.. altså jeg har hatt veldig nytte av det da i møte med de. Det er nesten sånn at du ser at de.. *dypt sukk*, puster litt bedre ut allerede da når de kommer hit til en sånn fjolledame, som vet å by på seg selv da. Så det er veldig viktig å ufarliggjøre for de. Det tror jeg er det viktigste med dette her, at de ikke går rundt og tenker at det er noe alvorlig galt med de. For de har de lett for å spinne videre på når du føler at du blir kvalt. Så det å se sammenhenger tror jeg er kjempeviktig. Så ungdommer, de må møtes på en viss måte. Yes, nei men inn- og utpust på meg, men det er litt sånn

vanskelig for psykomotorisk fysioterapi er litt sånn vanskelig å forklare enkelt også. Ehh men jeg håper dere har fått noe ut av det. Jeg tror at jeg kommer til å få se flere av de, i og med at jeg er en privatpraktiserende terapeut, der foreldre er veldig opptatt av å hjelpe barna sine på alle mulige måter. Og jo flere leger som nevner oss, jo flere kommer jeg til å se i klinikken. Og så lenge har jeg ikke hatt privat klinikk, ikke sant, og nå har jeg har allerede hatt fire-fem til sammen. Og det er ikke sånn at alle av de må gå over lang tid heller, det er det at noen av de klarer å ta med seg kunnskap og øve litt selv, og forstår dette veldig greit. Andre har vært i det en stund og skjult det en stund, ikke sant, og har ikke lyst til å forholde seg til det eller.. det er vanskelig, sant. Da kan det hende de har godt av å komme hit over noen måneder, ikke sant, og så prøve dette ut. Så kjenner de at, ikke at de blir superbra igjen kanskje på den stunden, men de kjenner at det letter. De klarer mer enn de klarte før. Så jeg kommer til å se mange av de i privat klinikk, tror jeg, fordi at.. Ehh vi vil bare gjøre det vi kan for ungene våre. Så da tar de kontakt, ikke sant, de setter seg ikke på noen venteliste som er.. vi har jo, dessverre psykomotorikere har veldig lange ventelister. Det kan gå opp til to år før du slipper til. Disse pasienten kommer ikke til. Men vi hjelper jo etter en prioriteringsliste på ungdommer som har lyst til å hoppe fra en bro, ikke sant. Det er de vi prioriterer. Så de hadde aldri kommet til på en venteliste, og det er litt synd at de må gå til privat aktør, men jeg tenker at de er en liten sånn del av en sånn privilegert.. ehh gruppe, ikke sant, som trenger litt hjelp litt sånn fort. Så da er de villig til å komme til en psykomotorisk privatpraktiserende terapeut da, for at du.. da har de investert pengene dine i noe som kan bli bra da. Det er et sånn viktig poeng. Og vi er ikke alene i å kunne hjelpe de, det har jeg ingen tro på, men vi kan hjelpe de et stykke på vei som gjør at vi setter i gang noen prosesser i tanken og på.. at «hmm, det er viktig å puste ut», og bli tatt på.. dere skjønner hva jeg mener med det, tenker jeg. Ja.. ja.

A: Ja, det gjør vi. Nei, men da var vi igjennom da.

Vedlegg 6: Transkripsjon 3

Transkripsjon intervju 3

I: informant 3

A: intervjuer

A: Første spørsmål er da, hva kjennskap har du til EILO, altså anstrengelsesutløyst laryngeal obstruksjon?

I: Ja. Det er jo både da på personlig plan og på jobbplan. Nå er det jo sånn at jeg jobber med EILO til dagen, nesten så godt som hver dag. Da jobber jo jeg på (...). Så da jobber jeg med behandling, og hovedsakelig behandling med hjelp av ulike pusteteknikker, og noe som kalles for inspiratorisk muskeltrening. Og tidligere så har det blitt da ehh, ja. Så det er det jeg vet om EILO. På personlig så har det vist seg, etter at jeg begynte å jobbe her, at jeg har EILO selv. Og jeg sleit, jeg husker jo at jeg også har vært en del av det forløpet som veldig mange pasienter her opplever. At de kommer til en fastlege som, hvor astmaverdiene, ja, kanskje jeg hadde litt astma. Så begynte på astmamedisiner, så drev jeg og målte med sånn PEF-måler. Ehh og ble henvist til røntgen thorax, men så kom jeg jo ingen vei for det viste jo ikke noe alvorlig sykdom der. Så da var det nå bare å fortsette, og jeg har vel funnet mine teknikker. Og jeg husker jo at jeg hadde disse typiske EILO-symptomene, den hvor du lager lyd på innpust da. Jeg har drevet med utholdenhetstrening, svømming og roing hovedsakelig, og da var det jo mye lyd på slutten, i hvert fall i konkurranser da. Så det, det er ikke sånn at jeg har tenkt at det har plaget meg etter at jeg sluttet med idrett, også har det jo da, så skjønnte jeg jo at det var det det var da jeg kom her da og skulle bli testet som frisk idrettsutøver. Og fant ut at “nei, det var jeg ikke likevel”.

Alle ler

I: Så da, ja. Så jeg har jo visst om dette da de siste 5 årene hvert fall da, vil jeg jo tippe. Kan ikke det stemme da? Jo, “roughly” 5 år da.

A: Ja, så det var (...) du hørte om diagnosen første gang?

I: Ja, eller jeg har vel kanskje hørt om den før. Men så har ikke jeg reflektert noe over det. Så det var vel litt på studiet, men jeg tror ikke jeg tenkte så veldig mye over det da. Også når jeg var (..) og testa første gang med skolen, så fikk jeg jo påvist astma. Når jeg løp på, for jeg var den heldige som løp på tredemølle, og da hadde jeg astma på spirometrien. Også når jeg da var med i forskningsprosjektet, da ble det EILO da, og det var vel i 2018/2019 tror jeg, ja. Så det er oppi 4-5 år siden da. Så det var (..) jeg fant det ut, også har jeg jo hørt om det, hørte det kanskje i undervisningene, men da har man jo ikke et bevisst forhold til det nødvendigvis da, ja.

A: Mhm. Kan du skildre denne pasientgruppa?

I: Pasientgruppen, veldig, et stort mangfold vil jeg jo egentlig si. Vi har jo alt fra de som ikke klarer å være med i gymtimen til toppidrettsutøver som ikke klarer å prestere normalt da. Så vi har, jeg vil jo si at stort sett så er det unge, unge personer. At de som kommer inn for eventuelt EILO over 30, da er det ikke alltid det er EILO, da er det mye annet i tillegg da. Så de fleste er jo rundt tenåringsalderen, tidlig 20-årene, stort sett. Også er det ja, alle aldre, alt fra de som bare driver med litt sånn lett fysisk aktivitet fordi andre driver med det, til de som prøver å satse og. Men har jo også de som ikke har hatt noen problemer, men ser jo at noen kan få EILO-symptomer etter en luftveisinfeksjon, noen også Covid da, men det er jo også en luftveisinfeksjon, så det. Men jeg har ikke noe tall på det, så det er ikke sånn, men det er bare noe vi har sett at noen kommer hit og ikke har hatt noen problemer før. Så, det er en veldig heterogen gruppe egentlig da. Men fellesnevneren er vel at de driver med en viss aktivitet da. Men så er det jo vel noen som da, ja så det er vel stort sett det da vi ser.

A: Mhm. Opplever du at mange er feildiagnostisert på forhånd?

I: Ja, det vil jeg jo si. Det er jo flere som begynner å høre om det, men det er veldig mange som kommer hit og har vært igjennom alle disse ulike forløpene og har vært hos ulike spesialister. Som er jo kanskje veldig, og veldig mange prøver jo å finne ut hva det er og de har jo fått et stort helsefokus gjerne da. Også er det jo mange som kommer hit og føler det er veldig befriende å få en diagnose da. Men absolutt mange som står på mye astmamedisiner og kanskje hvert fall feilen der er at når ikke medisinen fungerer så settes de bare på enda mer medisiner. Uten effekt da. Så det, så absolutt så er det mange som har vært feildiagnostisert som kommer hit da.

A: Ja. Ser du en sammenheng mellom EILO og stress?

I: Hmm, jeg må vel egentlig si nei, at det er jo ingen sammenheng. Men ser jo at det er noen som sliter mer med å komme gjennom med behandlingen fordi at de er stressa... at de klarer ikke. Veldig mange har en hektisk hverdag, har mye høye skuldre, har kanskje opplevd ting som ikke har noe med EILO å gjøre egentlig, men som gjør at de blir veldig holdt i respirasjonsmønsteret sitt, som ikke gjør det lettere for dem å få til den riktige pusteteknikken da. Som ikke gjør det lettere å slippe pusten ned egentlig da, som er den mest normale pusten vi har da. Sant, det handler jo om å bruke diafragma, pustemuskelen vår, ikke sant. Å gi rom for at lufta skal få strømme inn i brystkassen. Hvis du går rundt og hele tiden holder deg, da er det ikke like lett da. Men stort sett så vil jeg ikke si at det har noe, det er ikke noe sammenheng, men det kan hende at det ikke hjelper for de som allerede har EILO å være stresset i tillegg da, ja.

A: Mhm. Ser du en utvikling i forekomst av pasienter?

I: Hva tenker du på da?

A: Altså om det er flere eller færre pasienter?

I: Sånn ja, enn det det har vært før?

A: Mhm.

I: Kanskje det er flere, men så blir det jo litt sånn begge deler. For nå er det jo noen steder I Norge hvor de har begynt å teste litt for EILO, men så ser vi at fordi det ikke, systemet der ikke er helt oppe og går, gjerne testerne vet ikke helt hva de skal gjøre etter de er ferdige å teste, eller funnet at "her er det EILO, men hva skal vi gjøre nå?". Da kommer de gjerne (...). Vi ser jo fortsatt da store ventelister, og det som kanskje er litt synd er at det er veldig mange som, fordi at det har vært så lang venteliste lenge og nå på grunn av korona så er det jo også blitt litt sånn etterslep, så er det veldig mange av disse som har havnet over 18 år og da er det ikke alltid at de kommer inn i barneventelisten, men i voksen. Og der er det veldig mye lenger, fordi at der får de inn mange andre typer diagnoser enn EILO, og at på barneklubben

så er de litt flinkere til å screene hvem som har EILO og ikke, mens der på øre-nese-halsavdeling har det nok en tendens til at det er veldig mye annet også som de blir henvist for da. Som nødvendigvis ikke er EILO, eller for at de skal utelukke at det ikke er det, rett og slett da. Så jeg vil jo si at, den har økt, men det er ikke sånn at jeg har gode tall, for det er nå alltid fulle lister (..)

A: Ja. Hvordan kommer disse pasientene i kontakt med deg?

I: (..) Så har jeg noen forespørsler utenifra, nå er det hovedsakelig idrettsutøvere da som kommer personlig. Ja.

A: Er dem da, er det noen som er diagnostisert på forhånd?

I: Ja, altså alle jeg har vært i kontakt med, stort sett, har vært diagnostisert på forhånd ja. Eller gjort en løpstest hvor de hører til i en studie da. Men det er jo ønskelig da, hvert fall for oss, at de skal gjennomføre en sånn CLE-test da. Og det er jo kun fordi at vi ønsker å se hvilken type EILO de har, og hvilken grad da.

A: Så kan vi gå litt over på undersøkelse. Og hva du da legger vekt på under gjennomføring av anamnese.

I: Nå er det ikke, da er det jo, stort sett når jeg gjennomfører anamnese så har de jo allerede vært diagnostisert med EILO. Så det er jo legene som gjør dette hovedsakelig før de gjør denne CLE-testen da. Men når de kommer til meg, så ønsker jo jeg å få et bilde av hvem de er. For det er jo ikke sånn at jeg alltid har vært med inn og gjort testene, det er ofte en annen fysio eller spesialsykepleier da, som er der inne. Da er det jo litt sånn vite hvordan opplever de det når de opplever det, er det noe forskjell på hvilken idrett. Noen kjenner det kun når de løper, ikke når de svømmer eller sykler, eller motsatt da. At de kjenner det kanskje kun i den idretten de holder på med mest, også ikke i noe annet da. Mange som ja, også litt sånn er det kun i trening eller er det i konkurranse, ja. Prøve å kartlegge når og hvor da.

A: Mhm.

I: Og litt sånn, hvordan de selv opplever det da. For noen tenker jo, kjenner jo på at de ikke får puste, men bryr seg egentlig ikke så mye og gunner bare på videre. Mens noen får jo den panikken da. Og da er det litt sånn, hvordan man skal møte pasienten da.

A: Mhm. Er det store forskjeller i hvordan EILO påvirker pasientene?

I: Ja, det vil jeg jo si. Det er jo noen som, ja som sagt, bare kjenner litt på det, men bare løper på til de går i bakken. Også henter de seg inn også er det på igjen. Mens andre er jo veldig preget av det og prøver nesten å unngå å være i aktivitet. Og da er det jo et stort problem, for da kan du ikke være med i gymtimen og de blir jo nesten litt sånn ekskludert fordi de ikke klarer å være med på fotballtrening som er noe veldig mange driver med, eller håndballtrening for eksempel da. Så det merker de, det påvirker livet til veldig mange, absolutt.

A: Og hvordan undersøker du pasientene?

I: Hvis jeg er med på testing, så er det både pustemønsteret og se på hvordan det lukker seg, og hvordan det utarter seg. Og når jeg da har de inne til behandling, så er det å se på pustemønsteret og få de til å ta dype pust. Hvordan de puster under høy aktivitet og få de til å forstå hvordan de skal puste da. Bruker de mye halsmuskulatur, får de pusten ned, hvordan er det de beveger mage og brystkasse. Er det kanskje ikke noe bevegelse. Jeg bruker, aktiverer de mye av magemuskulaturen sin. Er de holdt, er de spent, beveger de seg mye. Altså ja. Så du må egentlig se på hele kroppen da. Det er egentlig en funksjonsanalyse, sånn som vi lærer. Bare for litt mer, vi ser jo gjerne på et ledd, men man kan jo også tenke at brystkassen er jo mange ledd i ribbeinene der da.

A: Og hva er din tilnærming til behandling av denne pasientgruppen?

I: Min tilnærming. Det er jo en veldig, nå skal jeg tenke sånn, nå skal jeg komme med et faglig ord, men det. Du må jo ha en åpen tilnærming. Du må jo se hvem du har foran deg. Det blir vel en slags helhetlig tilnærming egentlig. For jeg er jo litt sånn, er det en pasient som har panikk eller ikke, også er det litt noe med modningsgrad. Om de forstår det du ønsker å formidle da. For sånn som vi, i behandlingen, så er det jo i hovedsak så vil jeg jo si at de må forstå pusten. Ikke sant. De må forstå hvordan pusten fungerer, at vi får luft inn for at vi

skaper et undertrykk i lungene. For mange kan det jo være litt vanskelig å forstå. Så da er det noe med å prøve å lage, bruke ulike bilder på det da. Også sånn at de får kjenne på det selv. Det er veldig viktig at de får kjenne på det å gjøre feil pusteteknikk i anførselstegn, eller å gjøre det riktig da. Kjenne på det at de ikke skal lage lyd. "Okei, hva er det egentlig jeg gjør i strupen, hva er det de, hvordan skal jeg få den til å være avslappet". Og få dem til å gjerne forstå at, at de får inn nok luft, så lenge de ikke begynner å lukke. Med en gang man begynner å lukke strupen, som veldig mange gjør da, da vil du jo ikke få inn lufta. Og det blir jo vanskeligere da, også rammer det da gassutvekslingen. Så det er noe med å se den du har foran deg da, og prøve å tilpasse litt. I hvert fall det de sier, nå er det ikke alltid lett med, som behandlingen, rene behandlingen, som i forskningsstudier for da er det jo satt mer i rammer, men det er jo også noe med å tilpasse dem som er utenfor studie da, tilpasse litt til hvem du har foran deg. Og ja, om de er toppidrettsutøvere eller om de er de som ikke klarer seg i gymtimen da. Men absolutt det med modning, det ser jeg at, og det har ikke noe med, altså de kan være 20 år og ikke forstå hva du snakker om og de kan være 12 år og skjønne det med en gang, sant. Så det er ikke noe med alder der, synes jeg da. Det er flere som er yngre som synes det er vanskelig, men jeg synes det er variasjoner i hele aldersspennet egentlig altså.

A: Så, du nevnte det vel i stad, men hovedsakelig dine behandlingstiltak er da IMT og?

I: Ja, inspiratorisk muskeltrening og ulike pusteteknikker da. Men så er det jo også mye treningsveiledning. Hvordan er det de skal trene for å få dette her inn da, ikke sant. For det er jo, skal du lære en ny teknikk, for det er jo egentlig det handler om, å lære seg en ny teknikk, en ny måte å puste på. Eller en bevisstgjøring. Og det er som med all annen teknikktraining, det må du få til i moderat tempo først, før du kan øke intensiteten. Det er jo ofte sånn at de som driver med ballspill, eller for eksempel, hvor mange ganger de må kaste for å lære seg en ny finte, sant. Så må du jo kaste den ballen sikkert 1000 ganger på trening. Også må de klare det på trening, men mer i en spillsituasjon, også må de jo få det til i en kampsituasjon også på kamp. Og det krever jo mye trening. Vi ser jo det at veldig mange av de som driver med ballidrett for eksempel, de må gjerne trene på egenhånd først. De må gjerne jogge først, ikke sant. Fordi de ikke får det til på kamp med en gang. De må først få det til på høy intensitet på tredemølla uten distraksjoner, og så må de begynne å få det inn i treningen da. Og da er det jo, med mange idrettsutøvere som er vant til å trene mye intervaller for eksempel, gjerne disse, mye sånn, skiløpere og utholdenhetsidretter da. De er veldig på at "Ja, men jeg må jo gjennomføre denne intervalløkten, fordi at hvis ikke så blir jeg ikke bedre". Men så vet vi jo

også at når de gjennomfører denne intervalløkten her, så får de kanskje til de tre første intervallene, men så får de ikke til de tre siste eller de blir med dårligere kvalitet da, fordi at de ikke får puste. Og da er jo spørsmålet, "Okei, skal du da forlenge de intervallene og kanskje gå litt ned i intensitet, for å trene på muskeltrettbarheten sin da." Og der tenker jeg at vi som fysioterapeuter har mye å komme med da. At vi faktisk må hjelpe de til å forstå hva de skal trene. For hvis du ikke får puste, så er det jo ikke vits i å trene. Du må jo få til pusten for å bli bedre også. Og det er en litt sånn nødt å få til da hos noen idrettsutøvere, at det er ikke alltid like lett for de å forstå. Også er det noe med kanskje å samarbeide med trener, ikke sant, eller at de også får vite hvordan de skal bli bedre. Fordi det er jo veldig mange som er sånn, "ah, men hvis jeg ikke gjør dette, så kommer jeg ikke til å få være med på banen" eller "da får jeg ikke spilletid" eller "da blir jeg ikke tatt ut på dette laget eller dette stevnet". Og i hvert fall da unge idrettsutøvere som kanskje da er unge talenter når de er 13-14 ikke sant, og da føler de at livet deres er bortkastet om de ikke får vært med på det stevnet. Men så er det litt sånn, det her er nødvendigvis ikke året du blir verdensmester, det er i hvert fall veldig få som blir verdensmester når de er 14. Så er det noe med å prøve å si at det er bedre at du gjør den innsatsen nå, og så kan du bli bedre til slutt. Men det, det er ikke alltid lett å få de til å innse det, og det skjønner jeg jo.

Alle ler

A: Hva erfaringer har du om effekt av de tiltakene?

I: De fleste har jo en god effekt, så langt. Det er jo, hovedsakelig det vi trener på, er jo den der.. EILO er jo i to nivåer, det er jo på stemmebåndsnivå, eller glottis nivå, også er det jo det vevet over, supraglottis nivå. Og de som har, og de teknikkene vi, det er jo stemmebåndet vi egentlig kan gjøre noe med, sant. At det er de vi skal klare å kunne åpne for når vi bruker pusten eller bruker diafragma, så sender vi da et signal til stemmebåndet for å åpne seg opp da, og det handler jo om å klare å være avslappet. Og så vil de fysiologiske prosessene egentlig gå av seg selv da. Men med en gang vi begynner å balle det til, og tulle med å trekke inn, da vil det lukke seg da. Så det er jo hovedsakelig stemmebåndene jeg kan gjøre noe med. Men så ser vi jo at hvis de klarer å holde stemmebåndene åpne over, så vil de flippene over, det supraglottiske vevet, vil hos veldig mange også klare å stå mer åpent da, underveis. Men hos veldig mange vil nok det også være et problem. Det er noe med å lære seg å kanskje leve med det, at de kjenner litt på at det ikke er farlig, ikke sant. Så lenge de klarer å holde

kontroll på stemmebåndet sitt, med mindre de har såpass mye vev at det legger seg helt over. Og da får ikke jeg gjort så veldig mye mer med det da. Men ser jo at det er veldig mange som, personer som ikke har så veldig mye vev, fordi at de puster på en uhensiktsmessig måte da, så legger det seg mer inn da. Så er det noe med å jobbe med det da. De skal puste riktig selv om de begynner å kjenne litt på det. For det ser jo, at det er noen som føler at de kjenner litt på det, men så ser vi ikke så mye bevegelse. Og det er vel fordi veldig mange pasienter har et veldig sånn bevisst forhold til strupen sin og hva som skjer. Så de blir nesten for opphengt i at de ikke skal kjenne noe. Men når de vi trener, så blir vi jo sliten i både halsen og kroppen. Og det er jo ikke noe farlig, det er jo bare ubehagelig da.

A: Mhm. Har du tanker om andre tiltak som kunne vært nyttet for disse pasientene?

I: Altså, vi ser jo det at, altså disse logopedene, men igjen så er det også ulike pusteteknikker som de har satt i et sånt system. Og jeg tenker, det viktigste er jo at man må finne, man må heller tenke som en sånn verktøykasse. Og det snakker vi jo mye om i fysioterapi, sant. Vi har veldig mye ulike verktøy, og så må vi finne ut, "okei, hva er det som passer for denne pasienten". For det betyr ikke at IMT passe for alle, sant. Det kan hende at det er litt sånn, det er ikke noe vits for denne pasienten, spesielt de som har veldig mye vev, mye løst vev. Da har man sett at det kan være litt kontraindisert da, rett og slett. I hvert fall sånn enn så lenge. Men så, jeg tenker jo at det er viktig å tilpasse behandlingen ut ifra hvem du har foran deg. Hva er denne pasienten mottakelig for. Er det masse sånn enkle øvelser som man gjør mange ganger eller forstår den teknikken så du ikke trenger å gjøre like mye, ikke sant. Og mer treningsveiledning da. Men ser jo absolutt at de som er veldig spent, de kan nok ha mer nytte av å ha litt mer benkebehandling, men jeg vil si at det er veldig få da, ikke sant. Men det er viktig at vi er hands-on, for det er viktig at vi skal kjenne etter hvordan det er de bruker muskulaturen sin. Hvis ikke vi kan kjenne etter så er det kanskje vanskelig for de å få tak i riktig muskulatur også. Så det tenker jeg at er viktig, at vi er hands-on på de da, og bruker de verktøyene vi har da.

A: Mhm. Og hva tenker du om det generelle kunnskapsnivået i befolkningen?

I: Det er vel ganske lavt, men det er jo et mål at flere og flere vet om det. Så det er jo derfor jeg jobber med det nå. Det er jo helt supert at andre også er med å belyse det da, tenker jeg. Sånn som dere gjør nå. For det er veldig mange som sliter med dette, og så er det jo, viktig å

ikke øke alvorlighetsgraden. For det er jo ikke en alvorlig sykdom, det er bare ubehagelig å ikke få puste. Utenom de som har sånn, da blir det jo laryngomalacia, hvor dette vevet, det er så mye og det er så løst at det liksom bare legger seg inn over luftrøret, nesten suges inn i luftrøret bare de går rolig da. Men da er det en mer alvorlig tilstand som egentlig ikke går inn under EILO-begrepet da, for det er jo exercise-induced. Så jeg tenker at det er et veldig lavt nivå, men det blir bedre og bedre. Det er flere og flere som vet om det. Så tenker jeg at det er viktig at vi sprer ordet. Det er jo noe med å, vi som fysioterapeuter kan jo mye om funksjon, så jeg tenker det er viktig at vi også lærer mye om dette da. At vi kan bruke det. Det er ikke gitt at det bare er EILO-pasienter da, men det er jo generelt innenfor lungefysioterapifaget da. Så det er jo mye av de samme teknikkene vi bruker, men kanskje litt annen tilnærming da.

A: Ja. Har du noe mer du vil legge til, som du synes er viktig å nevne?

I: Ehh nei, jeg tror ikke det. Jeg tror kanskje jeg har sagt det viktigste. Det viktigste er i hvert fall å jobbe med den konservative behandlingen først. Og gi det tid. Det tar tid å endre teknikk, og det er ikke sånn at det er gjort på dagen. Og det er mange som snakker om at, du blir kanskje bra igjen etter 4 uker, men jeg tenker at her er det veldig individuelle forskjeller. Noen tar teknikken fort, også er det også hvilken type EILO man har. Også handler det også om at man faktisk må stå i det da. At det å kjenne litt på, at hvis man har litt ekstra vev over da, men som egentlig ikke, vil skape litt trøbbel, for du kjenner på det, men så lenge du har kontroll på stemmespalten så vil det gå bra. Så vil du klare å holde kontrollen så lenge ikke du ikke begynner å, går inn i det feile pustemønsteret da. Og så kanskje viktig å få frem at det er veldig mange som får en god effekt først, også glemmer de det litt, og så sier de at “nå har jeg fått tilbakefall, hva skal jeg gjøre?”. Men det er viktig å følge de opp og si at “ja, men dette er noe du har fått til. Det er bare noe du må trene på”, som alt annet hvis du driver med idrett, så må du jo tenke på teknikken ofte. Hvis det er noe du har lært da. Og noen ganger vil du føle at det går veldig bra, og andre ganger ikke. Og det er en helt naturlig del av prosessen. Så trygge de på det, rett og slett. At det er, veien til å bli bra er ikke en quick-fix, men det er en lengre prosess da for veldig mange.

A: Så bra. Da er vi ferdige.