

Kandidatnummer 10043 og 10055
Kull: FT18

Fysioterapeutiske utfordringer i behandling av Covid-19

Challenges faced by physiotherapists during the treatment of hospitalized Covid-19 patients

Bacheloroppgave i Fysioterapi
Januar 2021

Kandidatnummer 10043 og 10055

Kull: FT18

Fysioterapeutiske utfordringer i behandling av Covid-19

Challenges faced by physiotherapists during the treatment of hospitalized Covid-19 patients

Bacheloroppgave i Fysioterapi
Januar 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap



Kunnskap for en bedre verden

FORORD

Dette er en bacheloroppgave i fysioterapi, skrevet ved Norges teknisk naturvitenskapelige universitet (NTNU) høsten 2020.

Vi ønsker å benytte anledningen til å takke vår veileder for god veiledning og verdifulle innspill underveis i prosessen. I tillegg ønsker vi å takke Heidi Næss ved Norges fysioterapi forbund (NFF) avdeling hjerte og lungefysioterapi for bistand og hjelp, samt våre fire informanter for nyttig empiri.

Trondheim, 03.01.2021

SAMMENDRAG

Tittel: Fysioterapeutiske utfordringer i behandling av Covid-19

Hensikt: Å undersøke Norske fysioterapeuters utfordringer i behandlingen av Covid-19 pasienter for å belyse erfaringer og læringsprosesser som kan være relevant for fremtidig arbeid.

Problemstilling: Hvilke utfordringer har fysioterapeuter i møtet med Covid-19 pasienter innlagt på norske sykehus, og hvilken betydning kan fysioterapi ha på behandlingsforløpet?

Metode: En kvalitativ studie. Det ble innhentet data fra fire semi-strukturerte intervju.

Resultat: Resultatene viser blant annet at smittevern hensyn og stor usikkerhet ga utfordrende arbeidsforhold på sykehus. Behandlingen for Covid-19 pasienter ble utviklet gjennom «prøving» og tett oppfølging, da fysioterapeutene manglet forskning og erfaring om sykdommen og pasientforløpet. Fysioterapeuter har vist seg å være viktige i behandling av denne pasientgruppen, da mobilisering, leiring og etablering av en pasient-terapeut relasjon har vært viktige tiltak. Informantene antar at dette vil være en stor pasientgruppe med behov for rehabilitering etter avsluttet sykehusbehandling.

Konklusjon: Utfordringene i møte med Covid-19 førte til en læringsprosess for fysioterapeuter. Fysioterapeuter har hatt en viktig rolle i behandlingsforløpet av Covid-19 fordi dosering av mobiliseringstiltak, leiring av pasienter og etablering av en god pasient-terapeut relasjon har vært viktige tiltak. Tverrfaglig samhandling var viktig for utviklingen av tiltakene. Som et resultat av Covid-19 pandemien har behovene til post-intensive pasienter blitt satt mere på agendaen.

ABSTRACT

Title: Challenges faced by Norwegian physiotherapists during the treatment of Covid-19.

Aims: This thesis aims to gain insight into the experiences of Norwegian physiotherapists during the early treatment of Covid-19, and how these can inform future physiotherapy treatment approaches for the disease.

Research questions: What challenges did physiotherapists face during the hospitalization of Covid-19 patients, and what role does physiotherapy play during the course of treatment of this group?

Method: A qualitative study. Data was collected from four semi-structured interviews.

Results: The use of personal protective equipment (PPE) and personal uncertainty affected working conditions. There was a lack of both research and experience with Covid-19 in the early stages of the pandemic, and treatment was developed by closely monitoring the effect of various methods. Physiotherapists played an important role in patient care through active and passive mobilization and establishing a patient-therapist relationship. The informants expect that hospitalized Covid-19 patients may have a need for comprehensive rehabilitation.

Conclusion: Confronting the challenges during Covid-19 treatment resulted in a learning process for physiotherapists. They played an important role with treatment methods such as correctly dosed active and passive mobilization and establishing a patient-therapist relationship. These methods were important both during patient care and to reduce the risk of long-term consequences of hospitalization. Interprofessional co-operation was important for the development of such treatment methods. The Covid-19 pandemic has resulted in an increased awareness of the rehabilitation needs of post-intensive care patients.

INNHold

Forord.....	1
Sammendrag	2
Abstract.....	3
1. INNLEDNING.....	5
1.1 Problemstilling	6
1.2 Bakgrunn for valg av tema.....	6
1.3 Begrepsavklaring.....	7
1.4 Avgrensning	7
2. METODE.....	8
2.1 Valg av metode.....	8
2.2 Metodologi	9
2.3 Rekruttering av deltagere	9
2.4 Innsamling av data	10
2.5 Analyse av data	11
2.6 Etikk	14
2.7 Metodekritikk	14
2.8 Forforståelse	15
3. RESULTAT	17
3.1 Pandemiltiværelse	17
3.2 Utvikling av behandling	19
3.3 Tverrfaglig samhandling	22
3.4 Pasient-terapeut relasjonen.....	25
3.5 Fremtidige utfordringer med denne pasientgruppen	28
4. DISKUSJON.....	29
4.1 Hovedfunn	29
4.2 Metodekritikk	29
4.3 Møtet med en ny pasientgruppe	30
4.4 Fysioterapeutens rolle	31
4.5 Fremtidig rehabiliteringsbehov	34
5. Konklusjon.....	36
6. Referanseliste	37
7. Vedlegg	41
Vedlegg 1: Intervjuguide.....	41
Vedlegg 2: Samtykkeskjema.....	43
Vedlegg 3: Godkjennelse NSD	46

1. INNLEDNING

Den 12. mars 2020, erklærte verdens helseorganisasjon (WHO) Covid-19 utbruddet som en pandemi (*Facts about the Virus and COVID-19 Disease - NIPH*, n.d.). En pandemi defineres av WHO som en verdensomspennende spredning av en ny sykdom (*Pandemi – Store Medisinske Leksikon*, n.d.) og den korte tidslinjen beskriver alvorligheten i situasjonen. Store kriser truer liv, helse, miljø og økonomi, og involverer store deler av samfunnet. Sykehusene ble rustet for å møte pandemien, hvor smittevern, omdisponering av ansatte, endringer i arbeidsrutiner, og endringer i lov og avtaleverk kan ha bidratt til en annerledes arbeidshverdag for fysioterapeuter på sykehus (*Koronavirus – Beslutninger Og Anbefalinger - Helsedirektoratet*, n.d.).

Kriser kjennetegnes ofte av akutt kaos, uforutsigbarhet, og begrensede ressurser innenfor en kort tidsperiode. Det foreligger ofte lite erfaring og få prosedyrer for håndtering av en aktuell krisesituasjon (Moynihan, 2008). Håndtering av en slik krise kan føre til lærings- og endringsprosesser (Antonovsky, 2012).

I møtet med Covid-19 pasienter skapte smittevernhensyn og variasjoner i sykdomsbilde usikkerhet rundt behandling for pasientgruppen, hvor risikoen for smitte og rasjonering av smittevernutstyr la føringer for prioritering og gjennomføring av fysioterapi. Effektivisering av behandling og gode smittevernrutiner presenteres som mulige løsninger på dette (Thomas et al., 2020). Kjennetegnet på det tidlige arbeidet var at man måtte utvikle behandlingsmetoder for en ny pasientgruppe uten forskning og erfaring (Rolid et al., 2020).

Evidensbasert praksis har siden 90-tallet blitt fremmet som en modell for fysioterapipraksis, og har vært et viktig hjelpemiddel for å identifisere fordelaktige behandlingsmetoder og stadfeste effekten av fysioterapi (Ritchie, 1999). Intensjonen er at vurderinger og handlinger i praksisfeltet i større grad baseres på kunnskap som er utviklet gjennom forskning, fortrinnsvis i tråd med det biomedisinske vitenskapsidealet (Ekeli, 2002).

Symptombildet som karakteriserer Covid-19 pasienter er feber, dyspne, hoste og fatigue samt halsvondt, nedsatt smaks- og luktesans og magesmerter (Goërtz et al., 2020). En andel pasienter vil også presentere med økt sekretproduksjon. WHO estimerer at 15% av tilfeller er

alvorlige og trenger oksygenbehandling, og 5% trenger intensivbehandling (Thomas et al., 2020). Fysioterapeuter spiller en viktig rolle i behandlingen av dette symptombildet (Rolid et al., 2020).

I tillegg til symptomatisk behandling, er fysioterapeuter også med på forebygging av langtidskonsekvenser knyttet til sykehusopphold og intensivbehandling. Disse langtidseffektene kan betegnes som PICS (Post-intensive care syndrome) og defineres som fysiske, psykiske og/eller kognitive symptomer som oppstår under intensivbehandling eller etter utskrivning fra sykehus (Inoue et al., 2019). Risikofaktorer for utvikling av PICS inkluderer delirium, varighet av intensivbehandling, immobilisering, sedering og mekanisk ventilering (Stam et al., 2020).

1.1 Problemstilling

Covid-19 er et relativt nytt fenomen, og fysioterapi har hatt liten plass i den tidlige forskningen. Vi ser det som interessant å undersøke de tidlige erfaringene i arbeidet med en ny pasientgruppe under endrete rammevilkår, da disse erfaringene kan tenkes å bidra til utvikling av fysioterapipraksis. Denne oppgaven ønsker å tematisere læringsprosessen norske fysioterapeuter opplevde i møte med Covid-19 og hvordan deres arbeid kan virke på behandlingsforløpet. Med utgangspunkt i dette ønsker denne oppgaven å svare på problemstillingen:

Hvilke utfordringer har fysioterapeuter i møtet med Covid-19 pasienter innlagt på norske sykehus, og hvilken betydning kan fysioterapi ha på behandlingsforløpet?

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Vi valgte dette temaet fordi det er aktuelt både sett fra et samfunnsperspektiv og fysioterapeutisk perspektiv, da dette er en pågående pandemi med ubesvarte spørsmål om langtidskonsekvenser og ringvirkninger. Nyhetsbilde 2020 har vært preget av Covid-19 pandemien. Som fremtidige fysioterapeuter ønsker vi å vite hvordan fysioterapeuter jobber med en ny pasientgruppe, og hvordan de har håndtert spesifikke utfordringer knyttet til Covid-19.

Covid-19 pasienter vil være en stor pasientgruppe i tiden fremover, og økt innsyn i deres situasjon vil være relevant for fysioterapeuter. Ved å belyse erfaringer som er gjort i feltet og

hvordan det har vært å stå i en slik situasjon kan vi få en bedre forståelse av behandlingsmetoder, deres utvikling og fysioterapirollen i sykehusbehandlingen av Covid-19.

1.3 Begrepsavklaring

- **Delirium** – Delirium, ofte kalt «akutt forvirring», kjennetegnes av raskt innsettende endringer i bevissthetsnivået, med oppmerksomhetssvikt og kognitive forstyrrelser, eventuelt også persepsjonsforstyrrelser (Neerland et al., 2013). Hyperaktivt delirium kjennetegnes i tillegg av rastløshet, opphisselse og følelsesmessig labilitet (Marra et al., 2017).
- **Leiring** – I denne oppgaven defineres leiring som en handling som fører til at pasienten ligger i en forsvarlig hvilestilling.
- **ABCDEF behandlingspakken** – ABCDEF-pakken er en evidensbasert guide for klinikere for å koordinere tverrfaglig pasientbehandling i intensivavdelingen (Marra et al., 2017).

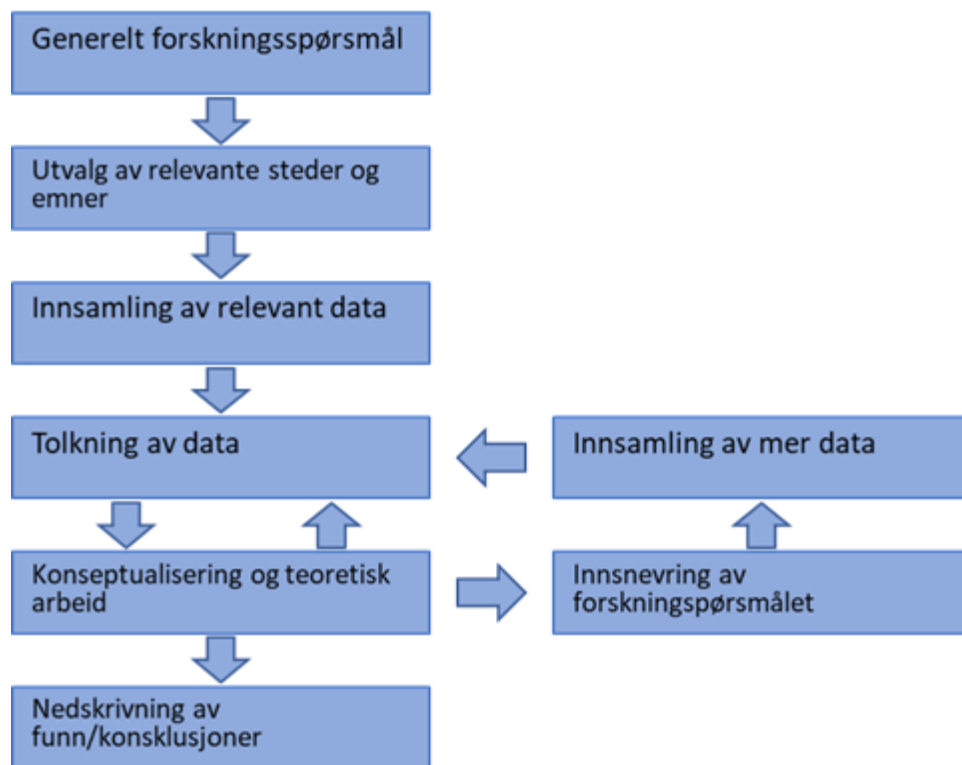
1.4 Avgrensning

Denne oppgaven er avgrenset til å undersøke utfordringsbilde til fysioterapeuter på sykehus i møte med innlagte Covid-19 pasienter. Symptombildet til Covid-19 pasienter er bredt, og vil ikke omhandle behandling av Covid-19 utenfor sykehus.

2. METODE

2.1 Valg av metode

For å få en innsikt i den valgte problemstillingen må vi se på problemet og situasjonen fra individenes ståsted og sette oss inn i deres situasjon. Dette samsvarer med en kvalitativ forskningsstrategi (Bryman, 2016). Kvalitativ forskning omhandler ulike metoder som brukes for å sette fokus på opplevelser og utvikling (Brinkmann & Tanggaard, 2012). Vi skal studere hvordan og hvorfor aktører handler som de gjør, og en kvalitativ strategi er passende for å innsikt i disse prosessene. Strategien vil bygge på hovedsteg fra kvalitativ forskningsstrategi, som illustrert i Figur 1.



Figur 1: Kopi av illustrasjon av hovedstegene i kvalitativ forskning (Bryman, 2016).

2.2 Metodologi

Intervju er den vanligste formen for datainnsamling i kvalitativ forskning (Bryman, 2016). Det er en fleksibel datainnsamlingsform som gir innsikt i intervjuobjektens tanker, meninger, holdninger, opplevelser og forståelse av det man ønsker å undersøke. Videre skilles det mellom ustrukturert og semi-strukturert intervju. Vi har i denne oppgaven benyttet oss av semi-strukturerte intervju, som sørger for at alle intervjuobjektene blir spurt om de samme temaene ut ifra en intervjuguide. Likevel er det åpent for at intervjuobjektet kan utbrodere rundt tema de synes er interessante, og oppfølgingsspørsmål stilles for å undersøke nærmere.

2.3 Rekruttering av deltagere

I dette prosjektet brukte vi *hensiktsmessig rekruttering*. Dette er en metode som blir brukt når det ikke er ønskelig med et tilfeldig utvalg, men målet er i stedet å skaffe informanter på en strategisk måte slik at de er relevante for forskningsspørsmålet (Bryman, 2016). Mer spesifikt har vi brukt en blanding av *opportunistisk sampling* og *snøballmetoden*. Snøballmetoden er en teknikk der forskeren først samler en liten gruppe av mennesker relevant for forskningen og disse videre foreslår nye informanter (Bryman, 2016). I vårt tilfelle kontaktet vi fysioterapeuter som hadde erfaring med pasientgruppen, og disse ga oss videre forslag til hvilke personer de mente var relevante å intervju. I tillegg fikk vi hjelp av Norges Fysioterapiforbund (NFF) for å få tilgang til relevante kontaktpersoner, derav ble også opportunistisk sampling brukt. Vår hensikt var å samle informanter som hadde jobbet med Covid-19 siden mars, og dermed kunne fortelle om utviklingen av behandlingen. I tillegg forventet vi at de med denne erfaringen også ville ha en formening om det mulige langtidsforløpet. Vi kontaktet de aktuelle informantene enten via telefon eller e-post, og sendte deretter formelle invitasjoner for deltagelse i prosjektet (Vedlegg 2). Inklusjonskriteriene var at informantene hadde arbeidet med flere Covid-19 pasienter over en lengre tidsperiode.

2.4 Innsamling av data

Intervjuene ble gjennomført i tidsrommet 21.-25. november 2020 med en intervjuguide som inneholdt tolv spørsmål (Vedlegg 1). Intervjuguiden ble utviklet på bakgrunn av den tentative formuleringen av problemområdet, et bredt litteratursøk om Covid-19, generell kunnskap om fysioterapiyrket og tilbakemeldinger fra veileder. Vi gjennomførte pilotintervju på hverandre og familiemedlemmer, med påfølgende justeringer av noen spørsmål. Intervjuene begynte med en kort introduksjon der vi forklarte oppgavens formål og de etiske retningslinjene. Spørsmålene var delt inn i tre hovedkategorier (Tabell 1).

Tabell 1: *Oversikt over innhold i intervjuguide.*

Kategori	Formål
Innledende spørsmål (4 spørsmål)	Her ønsket vi å lære om informantens generelle arbeidserfaring, samt deres erfaring med Covid-19 pasienter.
Tematiserende spørsmål (5 spørsmål)	Her ønsket vi å lære om arbeidet med Covid-19, og om det var noen spesielle utfordringer med denne pasientgruppen som skilte de fra andre pasienter informantene jobber med.
Avsluttende spørsmål (3 spørsmål)	Her ønsket vi å lære om hvordan arbeidet med Covid-19 har påvirket informantene som fysioterapeuter, og hvordan det kan påvirke deres fremtidige arbeid. I tillegg spurte vi om deres tanker rundt mulige langtids utfordringer for disse pasientene.

Intervjuene ble gjennomført på Microsoft Teams med lydopptak. De ble gjennomført av en student, men begge var alltid til stede. Dette ble gjort slik at den studenten som ikke gjennomførte intervjuet kunne stille eventuelle oppfølgingsspørsmål. Begge studentene gjennomførte to intervju hver. Grunnet variasjon i hvem som gjennomførte intervjuene, samt en semistrukturert intervjuguide, ble det variasjon i lengden på intervjuene. Vi opplevde ingen tekniske problemer i gjennomføringen av intervjuene. Lydopptakene ble lagret og transkribert, og ble så sendt tilbake til deltakerne for godkjenning. Transkribering ble gjennomført av personen

som ikke gjennomførte intervjuet. Intervjuene ble transkribert ordrett og lydopptakene ble slettet 20. desember 2020. Totalt utførte vi fire semi-strukturerte intervju.

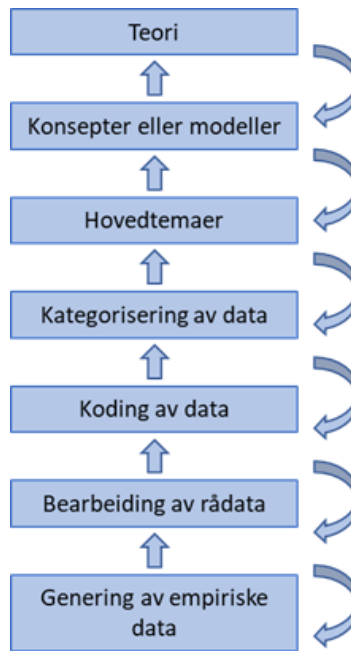
2.5 Analyse av data

Analysen besto av å dele transkriberingen inn i ulike elementer (Brinkmann & Tanggaard, 2012) og var inspirert av systematisk “tekstkondensering” (Malterud, 2017). Analysen ble dermed delt inn i fire faser (Figur 2).



Figur 2: Kopi av illustrasjon av hovedstegene i tekstkondensering (Malterud, 2017).

I fase 1 leste vi gjennom intervjuene nøye hver for oss for å finne hovedtema basert på informasjon som ble gjentatt i intervjuene. Hver av oss leste to intervju, før vi så byttet og diskuterte hverandres helhetsinntrykk. I fase 2 sorterte vi den informasjonen som var mest relevant for oppgaven (Malterud, 2017). For å gjennomføre dataanalysen valgte vi å benytte oss av hovedprinsippene i stegvis-deduktiv-induktive metode i Figur 3 (Tjora, 2012).



Figur 3: *Kopi av illustrasjon av hovedsteg i stegvis-deduktiv-induktiv metode* (Tjora, 2012).

Denne modellen forklarer hvordan man kan jobbe seg mellom rådata, konsepter og teorier. Dette kan foregå induktivt ved at man beveger seg oppover stegene i modellen, eller deduktivt ved at man beveger seg nedover stegene i modellen. Metoden ikke er lineær, og man kan gjerne hoppe over trinn, og også gå frem og tilbake mellom steg. Metoden er dermed ingen fasit på hvordan dataanalyse skal foregå, men gir et utgangspunkt for hvordan man kan systematisere for å gi analysen fremdrift. I arbeidet med denne oppgaven har vi beveget oss induktivt fra generering av data til bearbeiding av rådata, og har igjen jobbet induktivt ved at vi lot rådataene styre tematikken. Samtidig jobbet vi deduktivt ved å se på relevant teori med utgangspunkt i vårt problemområde. Slik beholdt vi fokuset på forskningsspørsmålene samtidig som vi var åpne for nye vinklinger og tema.

I fase 3 ble deler av intervjuene sortert og satt sammen med andre deler som sa det samme. I tillegg så vi om det var noen likheter eller forskjeller mellom de ulike intervjuene. Formålet med denne kryssanalysen var å komme frem til en oversikt på hvilke behandlingsstrategier og utfordringer fysioterapeutene møtte i arbeidet med en ny pasientgruppe, og om dette kan knyttes opp til det mulige langtidsforløpet for denne pasientgruppen. Vi ble enige om fem kategorier som oppsummerte hovedfunnene i intervjuene (Tabell 2).

Tabell 2: *Oversikt over kategoriene i analysen*

Kategori	Betydning
Pandemiltiværelse	Kategorien gir et innsyn i hvordan fysioterapeutene opplevde arbeidet med Covid-19.
Utvikling av behandling	Kategorien gir et bilde av hvilken arbeidsprosess som ble brukt for å utvikle behandlingsmetodene og illustrerer også hvordan behandlingen skilte seg fra andre pasientgrupper.
Tverrfaglig samhandling	Kategorien beskriver rollen tverrfaglighet hadde i utviklingen og gjennomføringen av behandling.
Pasient-terapeut relasjonen	Kategorien forklarer den viktige rollen som pasient-terapeut relasjonen spilte for fysioterapeutene i møte med Covid-19 pasienter. Den belyser også hva som gjorde dette arbeidet utfordrende.
Fremtidige utfordringer med denne pasientgruppen	Kategorien beskriver bekymringer for langtidsforløpet og rehabiliteringsbehovet til denne pasientgruppen.

Disse fem kategoriene vil danne rammeverket for resultatdelen, hvor intervjuene vil bli presentert i lys av disse.

I fase 4 re-kontekstualiserte vi intervjuene. Dette ble gjort ved å se om resultatet av de første tre fasene fremdeles stemte med helhetsinntrykket vi hadde fått tidligere. For å gjøre dette skrev vi en analyserende tekst som oppsummerte våre funn (Malterud, 2017). Denne teksten var på 15 sider, og ble kortet ned for å skape utgangspunktet for resultatdelen. Gjennom analyseprosessen fikk oppgaven et større fokus på hvordan behandlingsmetodene ble utviklet og gjennomført, men dette ble fremdeles knyttet til mulige langtidskonsekvenser etter sykehusbehandling for Covid-19 pasienter.

2.6 Etikk

Vi har fulgt forskningsetiske retningslinjer og all informasjon er anonymisert og skal ikke kunne spores tilbake til informantene. Før deltagelse ble skriftlig og muntlig informasjon gitt, og deltakerne gav skriftlig og muntlig samtykke. Det ble informert om frivillig deltagelse, hvor informantene kunne trekke seg til enhver tid. Lydfilene ble slettet den 20.12.20 etter transkribering og gjennomgang. Vi fikk godkjenning til lagring av data for prosjektet fra NSD.

2.7 Metodekritikk

Kvalitative metoder egner seg godt når man vet lite om et tema, og når man ønsker å få frem nyanser og variasjoner for å få en helhetlig forståelse av spesifikke forhold (Brinkmann & Kvale, 2015). Metoden er dermed den mest egnete for å besvare oppgavens problemstilling. Det var ikke aktuelt med litteraturstudier da det ikke er tilstrekkelig forskning på Covid-19.

Selv om metoden er egnet for oppgaven, har den likevel svakheter. Kvalitativ forskning er preget av følsomhet ovenfor konteksten den gjennomføres i, og man må være innstilt på å justere ideer og prosjekt i det man møter feltet for første gang (Tjora, 2012). Man operer med hypoteser, og ofte søker man teoriutvikling basert på empiriske funn. Dette kan gi begrensninger når det gjelder å vurdere hvorvidt de hypotesene og teoriene som utvikles, er holdbare i mer omfattende sammenhenger. De kan ofte ha begrenset gyldighet eller validitet. Avhengig av fokus kan dette betraktes som en svakhet, men kan også i en mer praksisrettet og kvalitetsorientert sammenheng ses som en styrke (Bergander et al., n.d.). Kvale fremhever dette som en styrke fordi det kan få frem flere nyanser og variasjoner enn en mer objektiv kvantitativ metode (Brinkmann & Kvale, 2015).

Det som skiller det kvalitative forskningsintervjuet fra andre samtaler er metodisk bevissthet om spørreform, dynamisk bevissthet over interaksjonen mellom intervjuer og den som intervjues og en kritisk bevissthet over det som sies og egne tolkninger av dette (Brinkmann & Kvale, 2015). Valget av en semi-strukturert intervjuform gjør det mulig å opprettholde denne metodiske bevisstheten samtidig som ulike nyanser kan fremheves i ulike intervju (Brinkmann & Tanggaard, 2012). Man kan se på intervjupersonen som «subjekt», og dette indikerer at man er

underlagt maktrelasjoner eller oppfatninger som bestemmer deres handlingsvalg og at man dermed aldri er helt subjektiv.

Forskerens egne erfaringer fra datainnsamlingen betraktes som en viktig ramme i kvalitativ forskning, hvor tolkning og evnen til å se etter mønstre i sitt materiale er en sentral aktivitet i den kvalitative forskningsprosessen (Malterud, 2017). På denne måten kan forskeren selv være en svakhet.

2.8 Forforståelse

Begrepet forforståelse beskrives som den personlige ryggsekken man bringer med seg inn i forskningsprosjektet, og innholdet i denne ryggsekken påvirker hele tiden forskningen (Malterud, 2017). I kvalitativ forskning er det forskeren som samler inn data, og analyserer og tolker disse (Brinkmann & Tanggaard, 2012). Kunnskap om feltet er en forutsetning, samtidig som det er nødvendig med en refleksiv holdning for å kunne gi de empiriske dataene en analytisk fortolkning. Vi har måttet se betydningen av samhandling med informantene og de teoretiske perspektivene opp mot egen forforståelse.

Forforståelse kan være en viktig motivasjonsfaktor for å sette i gang forskning. På en annen side kan den også bidra til at man går inn i prosjektet med skylapper og begrenset horisont (Malterud, 2017). Som fysioterapistudenter er forforståelsen preget av utdanningen, og den kunnskap og erfaring vi har opparbeidet oss i praksis. Gjennom den tidlige litteraturen som var publisert, ble vi interessert i intensivbehandling og mulige langtidskonsekvenser etter Covid-19. Dette kan ha virket inn på våre resultat, da det er vanskelig å frigjøre seg fra de subjektive forståelsesrammene. Derfor har det vært viktig å være bevisst på egen forforståelse og forskerrolle. Vår forforståelse ved oppstart av studien ble utfordret underveis gjennom forskningslitteratur og informantenes erfaringer. Vi gikk inn i forskningen med et ønske om å undersøke hvordan behandlingsmetodene kunne påvirke langtidsbildet, og denne forforståelsen har kunnet påvirke resultatet. Vi utarbeidet en oversikt over de funn vi regnet med å finne basert på vårt tidlige teoretiske rammeverk, som i stor grad tok utgangspunkt i risikofaktorer ved intensivbehandling for å utvikle PICS. Dette rammeverket ble utfordret underveis.

Når man forsker innenfor eget fagfelt er det utfordrende å ivareta en distansert og objektiv tilnærming til forskningsfeltet, noe som kalles «feltblindhet» (Malterud, 2017). Det kan være vanskelig å ikke lete etter observasjoner som bekrefter egne erfaringer og forforståelse. Ved å kartlegge vår forforståelse og anerkjenne betydningen av forskningsprosessen, var vi bedre forberedt på hvordan empirien kunne utfordre eget ståsted.

Et kjennetegn med kvalitativ forskning er nærhet til forskningsdeltakerne. Med denne nærheten kan deltakerne prøve å leve opp til forventninger de tror forskeren har, fremfor å legge frem egne holdninger (Holme & Solvang, 1996). Holme og Solvang skriver at forventninger unngås med å opptre som en interessert lytter. Å lytte og motta er skapende prosesser. Det er i dette forskningsprosjektet forsøkt å vise interesse gjennom å aktivt lytte. Samtidig kan det tenkes at den digitale gjennomføringen av intervju kan ha redusert denne nærheten til forskningsdeltakerne. Gjennom å synliggjøre prosessen i forskningsprosjektet kan dette styrke studiens overføringsverdi, samt validiteten i studiet (Malterud, 2017).

3. RESULTAT

I denne oppgaven har vi fått tilgang til fire informanter. Disse har alle arbeidet i større helseforetak og har aktivt behandlet Covid-19 pasienter siden starten av mars. Da spesifikk informasjon om helseforetakene ikke er nødvendig for oppgaven, har vi valgt å anonymisere dem. Tabell 3 gir en oversikt over informantene og deres ansvarsområde.

Tabell 3: Oversikt over informanter.

Stilling: Fysioterapeut	Ansvarsområde
Informant 1	Sengepost tidlig fase/ intensivpost
Informant 2	Sengepost tidlig fase/ intensivpost
Informant 3	Sengepost tidlig fase
Informant 4	Intensivpost

3.1 Pandemiltiværelse

Når smittespredningen først kom til Norge i mars 2020, var det et nasjonalt fokus på Covid-19. Informant 2 forteller hvordan dette gav en følelse av å være konstant på jobb. Informant 3 forteller om emosjonelle påkjenninger i arbeidet med Covid-19, og hvordan enkeltpersoners likegyldighet til pandemien kunne provosere.

Informant 3: “(...) man står og jobber og jobber og så blir det ikke verdsatt, den jobben man gjør. Det er tungt fordi det er tøffe, tøffe pasientskjebner, (...) Det er emosjonelt og mentalt en kjempestor påkjenning.”

Arbeidet på sykehus i den tidlige fasen beskrives som krevende, spesielt fordi arbeidsbelastningen økte i tråd med antall innlagte pasienter. En av årsakene til dette var at det var få fysioterapeuter som jobbet med denne pasientgruppen i starten, da det var basert på frivillighet. Helsepersonell som var i risikogruppen for Covid-19 fikk ikke jobbe direkte med pasientene.

Informant 2: “(...) nødt til å jobbe mye overtid, man må lese på alle pasientene og prioritere de som er dårligst, og da føler man jo at man kommer til kort, for man hadde gjerne gått til alle sammen.”

I denne perioden var det også utfordrende å behandle en diagnose uten evidens. Informant 3 beskriver at det var skummelt å prøve nye tiltak som ikke var anbefalt. I tillegg påvirket de nye rutinene, da spesielt bruken av smittevernsutstyr, arbeidet.

Informant 2: “Det var så ukjent, i hvert fall til å begynne med. Man måtte bare prøve ting og gjøre det beste man kan for å gjøre ting litt bedre. Og man føler at man kommer litt kort for at det finnes veldig lite forskning og ting å lene seg på.”

Informant 3: “(...) det å ha tryggheten til å tørre å prøve ulike tiltak uten å vite på forhånd at det er dette som er anbefalt for denne pasientgruppen.”

Alle informantene beskriver perioden som en læringsprosess. Selv om denne perioden har vært utfordrende sier alle informanter at det har vært givende å se resultater og givende når man ser hva man har lært. De utviklet seg som fysioterapeuter, ble flinkere til å prioritere og forbedret samarbeidet med annet helsepersonell.

Informant 2: “jeg har jo blitt veldig god på lunge (...) og har sett en veldig bratt utvikling hos meg selv da, på dette faget her ikke sant. Og jeg har på en måte blitt presset litt til det også, men det er jo veldig fint også da.”

Informant 1: “jeg har kanskje blitt (...) tryggere i hva jeg kan, og at veien har blitt mye kortere når det gjelder å samarbeide eller spørre andre sykehus, leger, kollegaer (...) har vært nødt til å bli hardere i mine prioriteringer på hvem jeg går til og hvem jeg ikke har tid til å gå til. Og det med smittevernsutstyr, at man på en måte kan være nær, men likevel på avstand da.”

Informant 4: “siden man har jobbet masse med kunnskapsinnhenting, så har man blitt enda flinkere til å koble på forskning mye mer (...) mer bevisst. Også synes jeg vi har fått lært mye om de forskjellige sykdomstilstandene som disse pasientene har (...) Så synes jeg samarbeidet med legene og sykepleierne har blitt enda bedre, det har blitt veldig bra.”

Informant 3: “Det å være med å skape historie (...) Det å stå midt i det, er jo kjempespennende (...) jeg ville ikke vært det foruten. Jeg synes jeg har lært masse om meg selv.”

3.2 Utvikling av behandling

Det var knyttet usikkerhet i møte med Covid-19 pasienter. Informant 3 forteller at de begynte å forberede seg når det var tydelige indikasjoner på smittespredning til Norge. Den første litteraturen var artikler og forskning fra Kina og Italia, hvor mye var basert på medisinsk behandling og inneholdt lite om fysioterapi. Informant 4 forteller om kontakt med kollegaer i andre land for å høste av deres erfaringer, og presiserer at det var en fordel at Norge hadde rukket å forberede seg på en kommende pandemi.

Informant 3: “Beskjeden fra Italia var hands-off på pasienter som var i en akutt fase, der de hadde økende oksygeneringssvikt, fysioterapauter var ikke inne, de gjorde ingenting (...).”

Informant 4: “Man tok også kontakt med kollegaer, og det kom jo veldig mye pulmonær forskning og rapporter allerede fra Kina. (...) Så vi var jo på en måte litt “heldige” fordi det traff i Italia først. Både fordi at man som samfunn fikk litt tid til å sno seg, men også fordi de rakk å gjøre seg veldig mange erfaringer på de ukene de lå foran oss som vi kunne høste av.”

Alle informantene forteller om usikkerhet knyttet til validitet i den tidlige forskningen og hvordan man skulle forholde seg til denne informasjonen.

Informant 2: “man hadde egentlig ikke tid når det sto på som verst å sette seg inn i så veldig mye sånn forskning fra andre land (...) også var litt sånn vanskelig å vite hva man kunne stole på av den forskningen som kom ut (...) Så da stolte man jo kanskje mer på seg selv.”

Med manglende evidens til å behandle denne pasientgruppen, la symptombylde føringer for hvilke tiltak informantene benyttet. Alle informantene beskriver at behandlingsmetoder ble til gjennom utprøving og tilpasning av kjente teknikker, samt basert på basalkunnskap om anatomi og fysiologi.

Informant 4: “De kommer jo på en måte ikke fordi at de har Covid. De kommer fordi at de har fått problemer på grunn av Covid.”

Informant 3: “Og så var det å gå inn, se pasienten, se på symptomene, ha et åpent blikk (...) se om vi har noe i verktøykassen vår, som vi kan bruke på denne pasientgruppen (...) Så vi eksperimenterte.”

Informant 2: “For når man på en måte skjønner litt hva som skjer i lungene så kan man tenke seg til at hvis man legger seg sånn, så blir lungen sånn, og da er det kanskje plass til litt mer.”

Informantene beskriver hvordan den karakteristiske Covid-19-pasienten presenterer med: åndenød, høy respirasjonsfrekvens (RF), lav saturasjon, dyspné, tørrhoste, uro og angst. På bakgrunn av dette var et av hovedmålene å redusere respirasjonsfrekvensen.

Informant 1: “Det vi ønsker av resultat av alle våre tiltak det er lavere respirasjonsfrekvens og høyere saturasjon, så det er jo det vi ser etter i de tiltakene vi gjør.”

I tidlig fase var det fokus på tørrhoste, da pasientene ble slitne av å hoste og hadde smerter i respirasjonsmuskulaturen. Noen pasienter hadde også behov for slimmobiliserende behandling. Informant 3 beskriver hvordan disse tiltakene har utviklet seg:

Informant 3: “det er de samme tiltakene, men det er nok litt mere komprimert, litt mer spisset (...) istedenfor at vi liksom har 10 tips så er det kanskje 3-4 tips som vi har funnet ut at fungerer best.”

Informantene forteller også at det karakteristiske fluktuerende forløpet var utfordrende.

Informant 4: “Bare små bevegelser kan gjøre at du ser at oksygenmetningen faller. Jeg har ikke sett så raske saturasjonsfall hos en sånn gruppe på denne måten før heller.”

Alle informanter beskriver mobilisering og leiring som sentrale behandlingsmetoder. Istedenfor å bruke potensielt provoserende metoder slik som gange og thoraxmobilisering, så forteller informantene at de heller hadde et fokus på å bevare pusten, observere oksygenmetning og unngå respiratorisk påvirkning.

Informant 2: “Men det jeg har gjort er å bruke mye leiring. (...) For veldig mange av disse pasientene har veldig lav saturasjon, og synker veldig fort i metning. Så med en gang de setter seg opp i sengen, eller reiser seg opp så raser metningen ned ser man. Så vi vil prøve å få de til å ha gode hvilestillinger.”

Informant 3: “hvordan kan jeg mobilisere denne pasienten på en måte for å dra nytte av pasientens ressurser uten å tappe dem for krefter? Og uten at respirasjonen blir påvirket? Hvordan kan jeg tilrettelegge for aktiv mobilisering med fokus på å begrense respiratorisk påvirkning?”

Dosering tilpasset til pasientens kapasitet var viktig for å unngå en forverring av sykdomsbildet.

Informant 4: “Så man kan pushe de over den kanten sånn at de faktisk trenger intubering, respiratorbehandling.”

Fordi mobiliseringsarbeidet var så fintfølede, forteller alle informanter om hyppig bruk av leiring og posisjonering.

Informant 3: “vi vet jo litt det at ulike stillinger kan påvirke saturasjonen til pasienten (...). Så vi prøvde sideleie, vi prøvde mageleie, vi prøvde sittende, vi prøvde stående, var inne hos pasienten, viktigheten av et komfortabelt leie (...)”

Alle informanter nevner synlig effekt av bruken av mageleie. Dette var allerede en kjent behandlingsmetode for ARDS pasienter, men var lite brukt hos våkne pasienter.

Informant 2: “når vi prøvde å legge de over på magen, så slappet mange mye bedre av også så man også at metningen steg veldig fort.”

Leiring ble også et viktig tiltak i arbeidet med sederte pasienter som fikk respiratorbehandling. Informant 4 forteller at sedering begrenset fysioterapien hovedsakelig til leiring og stillingsendringer i seng med fokus på mageleie. Informant 1 beskriver hvordan pasientene ofte kunne ligge i mageleie opptil åtte timer, noe som krevde sedering og nerveblokkade for de dårligste pasientene. Informant 4 beskriver i tillegg en større forekomst av hyperaktivt delirium sammenlignet med andre intensivpasienter.

Informant 4: “vi har faktisk vært ønsket inn hos pasienter der vi ellers ikke ville være så mye, nettopp fordi at man tenker at det skal motvirke delir. Og det er sånn som sensorisk stimuli og kroppsvavgrensning.”

Fintfølede dosering og et fokus på leiring førte til at arbeidet med Covid-19 var annerledes enn det informantene var vant med fra andre pasientgrupper.

Informant 3: “(...) KOLS pasient der man pusher de mer, og det gjør vi jo hos de fleste pasientgruppene egentlig, pusher jo fysisk aktivitet. Det gjør vi ikke på denne gruppen for det, det har de ikke respirasjon til egentlig. Så det er bare å holde de i gang for å begrense at muskelatrofi, og for å bevare den funksjonen de har overskudd til.”

Smittevern hensyn begrenset også arbeidet. Informant 4 beskriver hvordan antallet besøk noen ganger ble redusert for å spare på smittevernsutstyr. Videre forklarer informanten at dette gjorde at man måtte jobbe effektivt når man først var inne hos pasienten.

Informant 4: “vi hadde ikke begrensninger på hvor mye tid når vi først var der, men vi begrenset hvilken grad vi gikk tilbake, det gjorde vi. (...) Men det var jo sagt at trenger vi egentlig å komme tilbake nå? Nei, vi sparer smittevernsutstyr. Vi sparer det.”

Informant 4: “hvis man skal gjøre tunge mobiliseringer, så fant vi ut at det å være to fysioterapeuter, fordi man er utrolig mye mer effektiv. Og man gjør bare veldig mye tryggere behandlinger, hvis man er to sammen, særlig mobiliseringer.”

Informant 3 mener at pasientens mobiliseringsbehov møtes ut ifra forutsetningene, men at mere erfaring må til for å fastslå dette.

Informant 3: “vi mobiliserer opp til terskel (...) de mobiliseres i så stor grad som mulig ut ifra deres diagnose og ut ifra deres oksygeneringssvikt da. (...) jeg føler at vi er veldig aggressive på å mobilisere ut ifra de forutsetningene som er lagt da.”

Tiltakene og behandlingsmetodene ble til i takt med erfaringer om pasientgruppen og symptomene de viste.

Informant 4: “Det har hele tiden handlet om å snu seg på en femøring. (...) Det har vært utfordrende, men det har også vært en veldig sterk opplevelse av å møte utfordringene som kommer.”

3.3 Tverrfaglig samhandling

Den tverrfaglige samhandlingen spilte en sentral rolle i utviklingen av behandlingsmetodene.

Informant 3: “Vi kan fort på sykehus tenke litt sånn kun i vår linje “vi fysioterapeuter gjør fysioterapi, sykepleierne gjør sykepleieoppgave og legene legeoppgaver” (...) men her måtte alle samarbeide, her ønsket alle å samarbeide og her skapte vi, skapte vi på en måte behandlingsretningslinjer for denne pasientgruppen sammen.”

I den tidlige fasen ble det likevel stilt spørsmål om fysioterapeuter skulle arbeide med Covid-19 pasienter, i en periode hvor det var mangelvare på smittevernsutstyr.

Informant 2: “Tradisjonelt sett så har fysioterapeuter kommet inn å trene og for å få opp slim. Sånn at hos enkelte leger så har det vært sånn “nei du skal ikke inn der fordi der er det ikke slim”.”

Legenes vurdering og prioritering i bruk av smittevernsutstyr var faktorer for om fysioterapeuter skulle inn i arbeidet.

Informant 4: ” Det ble raskt signalisert til oss fra sengepost at de ønsket våre tjenester. Det var ikke snakk om å spare på smittevernsutstyr ved å si at fysio ikke skulle inn, og det var et ønske fra, spesielt fra legene.”

Alle informanter beskriver et tettere samarbeid med leger, sykepleiere og andre fysioterapeuter. Informant 4 opplevde å bli invitert inn i faglige diskusjoner rundt medisiner og sedering.

Informant 4: ”Hvordan vi opplevde at pasienten gikk, hvordan det fungerte, det var veldig viktig for legene å vite fordi det sa noe om hvor godt behandlingen fungerte og, og om prognosen og om hvor pasienten var da. Så jeg opplevde at vi var kjempeviktige, at vi ble hørt og var veldig ønsket.”

Alle informanter har fremhevet rollen fysioterapi har i det symptomatiske arbeidet, og understreker viktigheten av det å møte pasientenes informasjonsbehov, instruere i ulike lungefysioterapeutiske tiltak og gjennomføre riktig dosert mobilisering.

Informant 3: ”Altså vi har jo ingen kurativ behandling for Covid per i dag, det er jo symptombehandling vi holder på med, på alle nivå. Og en av de få tiltakene som har vist seg å ha effekt på oksygeneringen til pasienten (...) er jo stillingsendring og leieendring. Vi som fysioterapeuter kjenner kropp, vi vet hvordan man kan oppnå et mest mulig avspent leie, hvordan en skulder skal ligge hvis du ligger på magen ikke sant, hvis du har redusert bevegelighet, hvis du har bukromfang.”

Samhandlingen har vært viktig for gjennomføringen av dette symptomatiske arbeidet. Informant 1 og 2 beskriver hvordan fysioterapeuter opplærte sykepleiere i gode hvilestillinger slik at de kunne følge opp dette på kveld og natt. Det var også utfordringer knyttet til dette, spesielt grunnet mangel på intensivsykepleiere i Norge.

Informant 1: ”vanlige sengepostsykepleiere har måttet trå til (...) og du ser jo at de ikke kan det samme som en intensivsykepleier kan, sånn at vi har jo hatt mye opplæring i leiring (...) da kan det hende at de sier at ”nei, det skal vi ikke”, men det handler kanskje mere om at dem er redde (...) så det har jo absolutt vært veldig bra tverrfaglighet, men vi har også måttet stå på for pasientens sin side og funnet ut ”ja, hvorfor mener dere at han ikke skal det?”

I det tverrfaglige arbeidet har de ulike profesjonene måttet veilede hverandre. Informant 3 og 4 beskriver hvordan det var utfordrende å gjøre dette samtidig som man tilpasset behandlingen for en ny pasientgruppe. Dette viste seg i mobiliseringsarbeidet, der fysioterapeutene måtte tilrettelegge for at sykepleierne ikke overdoserte pasientene.

Informant 4: “Vi som fysioterapeuter måtte være ganske strenge med sykepleierne. Fordi pasientene ikke skjønner hvor slitne de er, og da blir de ofte sånn pang slitne. Da har vi kunnet bruke erfaringen fra de andre sykehusene og sengepostene der de har hatt selvpustende pasienter og brukt den erfaringen aktivt til å si, til å dosere behandlingen til pasientene.”

Samhandlingen foregikk også mellom regioner og sykehus, hvor man høstet av hverandres erfaringer gjennom webinarer og fagmøter på web.

Informant 4: “(...) vært veldig nyttig at man har kunne dele erfaringene vi har hatt her da med andre sykehus, slik at de kanskje ikke trenger å gå gjennom den fasen vi har hatt med usikkerhet rundt smittevern og usikkerhet rundt hva (...) pasientene her egentlig trenger.”

Informantene forteller også at dette samarbeidet har bidratt til å opparbeide kunnskap rundt Covid-19, og har vært en del av utviklingen av foreløpige anbefalinger for hvordan fysioterapeuter skal jobbe med Covid-19. Informant 3 forteller at denne prosessen førte til ekstra arbeidsoppgaver.

Informant 3: “Samtidig som man skal opparbeide seg erfaring med pasientgruppen klinisk, så skal man også utarbeide informasjonsmateriale til pasienten på ulike språk, man skal utarbeide kunnskapspakke for fysioterapeuter i hele sykehuset, man skal kommunisere til andre sykehus, andre terapeuter i kommune/bydel som lurert på hvordan man jobber med pasientgruppen.”

Denne prosessen gjorde at informantene opplevde økt selvsikkerhet og faglig støtte for behandlingsmetodene de valgte.

Informant 2: “Folk er mer sikre på hva de holder på med også, at man på en måte vet litt mer hva som er sin rolle og hva man kan gjøre og hva som faktisk fungerer da på disse pasientene. Man har litt mer belegg for å gjøre det man gjør.”

Informant 4: “veldig mange som fikk øynene opp for hva vi gjorde og kunne, og hva slags effekt vi hadde på pasientene og at vi var kjempeviktige. Så det har vært veldig gøy, så nå har en blitt litt sånn tøff i tryne og stolt.”

3.4 Pasient-terapeut relasjonen

Pasient-terapeut relasjonen opplevdes som en viktig del av behandlingen. Alle informantene vektlegger informasjonsbehovet Covid-19 pasienter har, da trygging og informasjon kan bedre symptombildet. Informant 1 beskriver hvordan opplevd åndenød og angst kan forsterke hverandre og føre til økt respirasjonsfrekvens.

Informant 1: “De strever med å få i seg luft, og for vanlige friske mennesker så kan det gi en form for panikk at man prøver å tvinge i seg mere luft enn det egentlig er plass til. Så blir man fryktelig sliten av det, og så blir man veldig redd av det, og da de som kommer inn er gjerne helt utslitte, fordi de på en måte føler at de ikke får luft.”

Informant 3 beskriver hvordan den akutte symptom-debuten, sammen med oppmerksomheten og frykten rundt Covid-19 kan være med på å påvirke pasientens opplevelse.

Informant 3: “(...) på bare få dager så blir de innlagt på sykehus, og også med en sykdom som er så framme i media hele tiden (...) Det skaper angst, at du på VG.no, det første du kommer inn på, det er: hvor mange har blitt smittet, hvor mange er døde, og hvor lenge det er til vaksine. Det er klart at når du da legges inn på sykehus så har du det veldig langt fremme, og det skaper frykt.”

Informantene opplevde at de som fysioterapeuter var gode til å formidle den informasjonen pasienten trengte på en lettfattelig måte. Informant 1 forteller at dette kunne trygge pasienten og redusere respirasjonsfrekvensen.

Informant 3: “(...) jeg synes at vi fysioterapeuter er flinke til å gjøre noe lettfattelig, forståelig, hva er det som skjer i lungene dine, hvorfor vi opplever dyspnea.”

Informant 1 opplevde virkningen av å utstråle trygghet under informasjonsgivning, og dette var et verktøy for å roe pasienten. Informant 2 støtter dette, og vektlegger også hvor viktig kroppskontakt var for disse isolerte pasientene.

Informant 2: “det har litt å si for at pasienten kan roe seg litt ned. At den føler litt mer trygghet (...) de føler seg helt sikkert veldig alene.”

Alle informantene opplevde at fysioterapeuter var helsepersonellet med mest tid sammen med pasientene, og det var et mål at fysioterapeutene skulle følge pasientene gjennom hele sykehusforløpet.

Informant 1: “fysioterapeuten er sannsynlig den som kjenner pasienten best fordi leger går hit og dit, og sykepleiere bytter vakter osv.”

Denne relasjonsbyggingen gjorde det lettere å dekke pasientenes informasjonsbehov, samt iverksette og justere andre tiltak. Informant 1 forteller hvordan dette var med på å forebygge mulige forverringer av sykdomsforløpet.

Informant 1: “hvis man klarer å trygge de og få dem til å slappe av, senke respirasjonsfrekvensen og tolerere mindre oksygen eller mindre plass i lungene en liten stund så kan vi forhåpentligvis forhindre at de blir intubert da.”

Språk og smittevern skapte utfordringer for god informasjonsgivning. Informant 2 og 4 opplevde at en del pasienter hadde manglende norsk- og engelskkunnskap.

Informant 2: “det er en utfordring at det er mange som kommer inn som er innvandrere, som ikke kan norsk og engelsk. Så da blir det det aspektet i tillegg da og ... litt sånn forskjellig kultur kanskje. Men også det at de kanskje blir mer engstelig å redde da, når de ikke forstår språket.”

For å ivareta disse pasientene beskriver informant 2 at de utarbeidet informasjonsark på ulike språk og familiemedlemmer ble i noen tilfeller brukt som tolk.

Den største utfordringen alle informantene beskriver, var bruken av smittevern. Informant 3 og 4 forteller at tidlig smittevernutstyr skjulte nesten hele ansiktet, og at lydempingen gjorde det vanskelig for pasientene å høre. På grunn av dette ble det vanskelig å instruere i ulike lungefysioterapeutiske tiltak. Informant 2 forteller hvordan de opplevde at dette påvirket pasienten.

Informant 2: Så det for pasienten, tror jeg har gjort det mye mer utrygt. Som igjen kan påvirke pusten da, som gjør at de kanskje får høyere RF. Rett og slett fordi at ting er så, at de, at ting er utrygt da.”

Ifølge informant 3 og 4 ble det et større fokus på tydelige verbale instruksjoner, og informant 2 forteller om bruken av informasjonsark med illustrasjoner for å fasilitere instruksjon. Informant 4 nevner også at de prøvde å bruke navneskilt og bilder på frakkene. Etter hvert ble det mindre behov for disse tiltakene når de fikk nye masker som viste mere av ansiktet.

Informant 4: “det håper vi jo at hvertfall skal bedre opplevelsen til pasienten, trygge de mere da.”

Alle informanter beskriver at smittevernustyret påvirket arbeidshverdagen.

Informant 4: “(...) man blir mye mer sliten der inne, enn hos andre pasienter (...) du må liksom konsentrere deg; hva er det? jeg drar ikke i en ledning nå liksom det er veldig kjipt om jeg seponerer denne ...”

I den tidlige fasen var det mangel på godt smittevernustyr. Informant 3 forteller at de gjorde seg klare til å si nei til å behandle uten å være sikker på egen trygghet.

Informant 3: “Det var stress (...) som jeg tror har påvirket veldig mange. Og det påvirker ikke akkurat det du gjør, men det påvirker hvordan du fungerer som menneske og behandler. Det at du er engstelig for om du er godt nok beskyttet eller ikke, og om du kommer til å være godt nok beskyttet i morgen.”

Informant 4 beskriver hvordan man kunne miste konsentrasjonen hvis man følte at utstyret ikke satt riktig, og at man alltid var bekymret for egen sikkerhet. Dette påvirket hvordan informantene forholdte seg til pasientene.

Informant 2: “jeg holdt meg jo litt mer unna. Jeg turte ikke å gå så tett på”

Informant 4: “(...) da var det vanskelig å holde konsentrasjonen, du blir jo ganske sånn.. Også er det hele tiden noe som er litt sånn (...) som at noen prikker litt borti deg hele tiden.”

Informant 2 og 4 vektlegger også at denne bekymringen forsvant etter hvert som smittevernustyret ble bedre.

Informant 2: “Når smittevernustyret fungerer, da tenker du jo ikke på det, da er det jo hvilken som helst dag.”

3.5 Fremtidige utfordringer med denne pasientgruppen

Informantene uttrykker bekymring om det fremtidige funksjonsnivået til disse pasientene. Informant 2 er spent på om en del kan få varige skader på lungene etter å ha sett røntgenbilder som viser omfattende lungeskader som ikke blir særlig bedre over tid. Informant 3 støtter denne bekymringen, og sier at de kanskje kan oppleve aktivitets dyspnea og fatigue, noe som informant 4 knytter opp mot et mulig funksjonsfall og fremtidig uførhet. Informant 2 nevner i tillegg at en del kan få kognitive plager som følge av den voldsomme behandlingen, og nevner PTSD som et eksempel.

Informant 2: “Mange av disse her har fryktelig stygge røntgenbilder hvor man ser masse fortetninger og sånne mattglass fortetning som det heter. (...) Så jeg er litt spent på om noen av disse her som kommer til å få varige skader på lungene da, om de kommer til å få en vedvarende KOLS for eksempel.”

Informantene sier videre at det er et behov for å fange opp disse pasientene etter avsluttet sykehusbehandling. Informant 4 tydeliggjør at dette behovet ikke kun eksisterer for Covid-19 pasienter, men også for andre intensivpasienter som har fått ARDS og andre typer respirasjonssvikt, og som har ligget lenge på sykehus. Ifølge informant 4 mangler Norge et system for å fange opp disse pasientene.

Informant 4: “Det er ikke så mye ekspertise akkurat på denne gruppen her. (...) Det er ikke så mye kunnskap om de, så de blir ikke fulgt opp.”

Informant 2 forklarer at dette er en gruppe som trenger tverrfaglig rehabilitering som inkluderer fysioterapeuter, psykologer og ergoterapeuter for dekke deres fysiske og kognitive behov. Informant 4 beskriver dette som et problem som har eksistert i lengre tid, og at denne pasientgruppen trenger mer oppmerksomhet.

Informant 4: “vi bruker millioner på å behandle disse pasientene. Og da er det ganske håpløst å tenke på at de ikke vet hva slags oppfølging de får etterpå for å fungere godt, og får å ha et godt liv.”

4. DISKUSJON

4.1 Hovedfunn

Informantene beskriver den tidlige perioden i mars som utfordrende emosjonelt, og sier at den var preget av usikkerhet og mye arbeid. Med lite evidens for fysioterapeutiske behandlingsmetoder for Covid-19 opplevde informantene en utviklingsprosess basert på utprøving og egne erfaringer. Mobiliseringstiltak og pasient-terapeut relasjonen måtte blant annet tilpasses bruken av smittevernutstyr og den tette oppfølging pasientene trengte. Det fluktuerende forløpet trekkes også frem som en viktig faktor for tilpasninger i behandlingsforløpet. Det tverrfaglige arbeidet sto sentralt for å håndtere disse utfordringene, og informantene opplevde at dette samarbeidet har blitt styrket. Informantene belyser også fremtidige funksjonelle utfordringer for denne pasientgruppen, og at de vil ha et rehabiliteringsbehov.

4.2 Metodekritikk

Vår gjennomføring av semistrukturerte intervju kan ha medført svakheter. Gjennom at informantene styrte intervjuene inn på temaer de syntes var mest interessante og hadde mest erfaring med, tok intervjuene ulik retning. Dette medførte mye arbeid for å se hva vi egentlig hadde fått svar på. I tillegg hadde vi en omfattende intervjuguide som kan ha vært medvirkende. Strukturen og kvaliteten på intervjuene ble bedre fra første til siste intervju, og den økte erfaringen og kunnskapen kan også ha spilt inn på resultatet. Vi var bevisste på å unngå å skape forventninger hos informantene, eksempel på dette er at vi fjernet ord som PICS fra intervjuguiden.

Alle intervjuene ble gjennomført digitalt, og dette kan ha noen svakheter. For det første fikk vi ikke etablert nærheten med forskningsdeltakerne siden vi ikke møtte informantene før intervjuene. Kamera ble ikke brukt under intervjuene, noe som vi i etterkant ser kan ha begrenset muligheten for å tolke kroppsspråk. Intervjuene ble gjennomført til ulike tidspunkt på dagen, og dermed hadde vi ikke noen kontroll på atmosfæren i rommet, og hvordan dette eventuelt påvirket informantene. Et eksempel på dette er at en informant gjennomførte intervjuet hjemme om kvelden, mens de andre gjennomførte det på jobb. Når informantene skulle snakke om sitt arbeid, kan det tenkes at denne settingen hadde en innvirkning på presentasjonen av denne informasjonen.

Inklusjonskriteriene bidro til at informantene kun kom fra ett område i Norge. Dette er en begrensning i overføringsverdien av våre funn. Vi har også sett at det kan være en metodologisk svakhet i at informantene har jobbet på ulike avdelinger, og at sammenligningsgrunnlaget svekkes. Likevel har dette gitt innsikt i sykehusbehandling av Covid-19 pasienter. Intervjuobjektene hadde lite kunnskap om det mulige langtidsforløpet for denne pasientgruppen, da dette fremdeles er ukjent og retrospektive studier må til for å avdekke dette i etterkant av pandemien. Antallet intervju begrenser også i hvor stor grad funnene kan generaliseres. For å få et bedre innblikk i dette forskningsområde burde fysioterapeuter fra flere områder bli tatt med i en potensiell fremtidsstudie.

4.3 Møtet med en ny pasientgruppe

Informantene vektla manglende forskning og erfaring som en stor del av utfordringsbildet rundt arbeidet med Covid-19. Tidlige rapporter fra Italia viste at fysioterapeuter ikke arbeidet med pasienter som hadde økende oksygeneringssvikt, mens nyere italienske kilder har en rekke anbefalinger for mekanisk ventilerte pasienter (Battaglini et al., 2020). Dette viser at den tidlige behandlingen kunne ha lav evidens og at også italienske fysioterapeuter var nødt til å utvikle behandlingsmetoder underveis. Informantene fortalte at det var utfordrende å jobbe uten et forskningsgrunnlag som faglig støtte. Tiltakene ble til i et årsak- virkningsforhold, der tilpasningen baserte seg på hvordan de påvirket symptombildet. Granskning av egen profesjon for å finne de beste verktøy og kunnskap var en del av denne prosessen. Informantene beskrev hvordan de måtte løfte blikket, se pasienten og symptomene, og evaluere de iverksatte tiltakene kontinuerlig gjennom tett oppfølging. Ifølge informantene medførte dette arbeidet læring og mestring, hvor rask utvikling og tverrfaglig samarbeid trekkes frem som nøkkelfaktorer. Denne opplevelsen er et eksempel på hvordan arbeid gjort uten evidensbasert grunnlag kan bidra til å utvikle fysioterapi praksis, blant annet gjennom å belyse kvaliteten og mangfoldet i praksisen (Ekeli, 2002). Gjennom økt kunnskap om viruset og behandlingsmetoder ble det også mer forskning på temaet, hvor informantene forteller om en kontinuerlig oppdatering. Dette kan ha bidratt til å finne effektive metoder for å holde seg faglig oppdatert. I intervjuene vektlegger informantene dette ulikt. Noen legger større vekt på utvikling av faglige ferdigheter, mens andre har større fokus på

læringsprosesser knyttet til kunnskapsinnhenting og tverrfaglig samarbeid. Dette kan tyde på at informantenes bakgrunn har betydning for læringsprosessen og for hva de vektla i intervjuet.

4.4 Fysioterapeutens rolle

Det tverrfaglige samarbeidet trekkes frem som et positivt utfall av håndtering av pandemien. Stortingsmelding 47, Samhandlingsreformen, er blant annet bygget på at bedre samhandling bør være en av helse- og omsorgssektorens viktigste fokusområder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Gjennom at helsevesenet har stått sammen i pandemien og jobbet mot et felles mål kan det tenkes at det tverrfaglige samarbeidet har blitt styrket på en måte som ingen slike reformer har klart. Fysioterapeuters faglige kompetanse har bidratt i dette samarbeidet. Informantene fortalte om hvordan andre profesjoner la mer merke til arbeidet fysioterapeuter utfører, og hvordan fysioterapeuter har vært en spesielt viktig del av den symptomatiske behandlingen. En bedre forståelse av egen rolle, sammen med den økte innsikten i andres profesjoner kan ha bidratt til å styrke det tverrfaglige samarbeidet. Dette kan ha vært med på å skape et kunnskaps- og samarbeidsgrunnlag som fysioterapeuter kan dra nytte av i møte med både Covid-19 og fremtidige sykdommer.

Fysioterapeutens evne til å skreddersy mobiliseringstiltak er en viktig del av symptomatisk behandling. Mobilisering er et lungefysioterapeutisk tiltak som øker funksjonell residualkapasitet (FRC) og forebygger atelektaser, og dermed hjelper å bevare pasientenes lungefunksjon. Generalisert har mange Covid-19 pasienter lange sykehusforløp og er lenge sengeliggende, og mobilisering blir dermed viktig for å redusere muskelatrofi og muskeldysfunksjon (Rolid et al., 2020; Thomas et al., 2020). Informantene opplevde at mobilisering var krevende da overdosering kunne utløse en akutt forverring av sykdommen. De beskrev Covid-19 pasienter som ressurssterke, og at mange i utgangspunktet var friske personer som strevde med respirasjonen under innleggelse. Måten informantene prøvde å dra nytte av disse ressursene belyser fysioterapiens rolle i pasientmobilisering. Vanlige barrierer for mobiliseringen av innlagte sykehuspasienter kan blant annet være manglende kunnskap om pasientenes behov og usikkerhet rundt trygg gjennomføring (Brock et al., 2018). Mobilisering har blitt vist å være trygt selv for pasienter som får respiratorbehandling (Schaller et al., 2016), og det er derfor viktig at det igangsettes av

fysioterapeuter. Et eksempel på dette er hvordan informantene støttet sykepleierne med leiringstiltak, da spesielt mageleie. Fysioterapeuter i Brasil beskriver en lignende opplevelse, og var i stor grad ansvarlig for å utvikle og implementere en protokoll for mageleie (Gaspari et al., 2020). Dette viser hvordan fysioterapeuter kan forhindre at usikkerhet rundt pasientens behov og tryggheten av tiltakene reduserer mobilisering. Det er viktig at disse erfaringene deles for at andre fysioterapeuter kan iverksette den mobiliseringen som pasientene trenger. Mobilisering bidrar i tillegg til å skape pasientenes fremtidige forutsetninger for selvstendighet, og utgjør dermed en viktig del av pasientsentrert behandling (Ely, 2017).

Pasient-terapeut relasjon var også en viktig del av fysioterapeutenes rolle i behandlingen av Covid-19, og er en essensiell del av pasientsentrert behandling. En god relasjon er med på å styrke samarbeidet mellom fysioterapeut og pasient, og er assosiert med et bedre behandlingsutfall (Miciak et al., 2018). Dette kan spesielt være tilfellet for Covid-19 pasienter. Informantene beskrev de som engstelige, og trekker frem både den akutte respirasjonssvikten og pandemiopplevelsen som årsaker til dette. En krise kan defineres som den psykologiske reaksjonen som et menneske opplever når de ikke klarer å håndtere en situasjon, noe som stemmer med informantenes inntrykk av pasientene. I en krise er det vanlig å reagere med frykt, og det er viktig å møte personen med forståelse og trygging (Håkonsen, 2014). Informantene opplevde at trygging gav en positiv effekt gjennom reduksjonen av pasientenes respirasjonsfrekvens, og dermed var det med på å redusere risikoen for mulig respiratorbehandling. Fysisk kontakt og nærhet kan forsterke opplevelsen av å bli trygget, og er et virkemiddel fysioterapeuter kan benytte. Behagelig berøring er blant annet assosiert med aktivering av det parasympatiske nervesystemet, og er knyttet til lavere blodtrykk og reduserte kortisolverdier (Sand et al., 2016). Hensiktsmessig berøring kan fasilitere avspenning og kan bidra til å bygge pasient-terapeut relasjonen, noe som kan være viktig for isolerte pasienter. Informant 1 vektla også at fysioterapeutens utstråling måtte være tryggende og beroligende for å skape denne gode relasjonen. Dette støttes av Miciak og kolleger som mener at fysioterapeuter må være fysisk og mentalt til stede i behandlingssituasjonen og genuint interessert i pasientens situasjon (Miciak et al., 2018). Tilliten dette kan skape er viktig for hvordan pasienten tolker berøringen, noe som er avgjørende for hvordan den oppleves (Barstad, 2011). Det pasientsentrerte fokuset som kommer frem i intervjuene belyser en behandlingsfilosofi som prøver å holde mennesket i fokus, selv i en krevende behandlingssituasjon. Dette kan ses i sammenheng med ABCDEF behandlingspakken som ble utviklet med et fokus på å ivareta pasientens selv-verdi

under intensivbehandling (Ely, 2017). Både intervjuene og ABCDEF behandlingsspakken viser hvorfor en pasientsentrert behandling på sykehuset er viktig, og hvordan den kan ivaretas i en hektisk og krevende behandlingssituasjon.

Smittevern gjorde det vanskelig å møte pasientene som var i krise, og dermed vanskelig å skape en pasient-terapeut relasjon. Sosialisering trekkes frem som et viktig hjelpemiddel for å håndtere en krise, og informantene var tydelig på at dette var spesielt viktig for isolerte pasienter. Det kan også tenkes at det var vanskelig å normalisere situasjonen og følelsene pasientene opplevde (Håkonsen, 2014), spesielt når de verken kunne se ansiktene eller høre stemmene til helsepersonellet. Smittevernet påvirket også informantene, spesielt i den tidlige fasen når det var bekymringer rundt smittevern. Informantene beskrev at de hadde større avstand til pasienten og hadde svekket konsentrasjon i behandlingssituasjonen. Dette kan tenkes å ha påvirket evnen til å være fysisk og mentalt til stede. Utryggheten rundt smittevernet i den tidlige fasen var dermed med på å skape en situasjon som gjorde pasienten mer urolig, samtidig som det svekket fysioterapeutenes evne til å trygge og skape tillit. Informantene opplevde at disse utfordringene forsvant etter hvert som de fant løsninger og fikk bedre smittevernutstyr. Fremdeles kan dette være et potensielt problem, spesielt i områder der en mangel på effektivt smittevern kan føre til at fysioterapeuter blir underprioritert (Abdullahi et al., 2020).

Det er et nasjonalt og internasjonalt fokus på langtidsforløpet av Covid-19, da kritisk sykdom med lengre intensivbehandling medfører behov for omfattende og langvarig oppfølging (Becker et al., 2020). Hos over 50% av post-intensiv pasienter svarer symptombildet til PICS, og dette stemmer også med informantenes bekymringer og beskrivelser av langtidsforløpet til Covid-19 pasienter (Inoue et al., 2019). ABCDEF behandlingsspakken er rettet mot forebyggingen av PICS, og både mobiliseringsarbeid og etablering av en pasient-terapeut relasjon er sentrale deler av denne (Marra et al., 2017). Mobilisering bidrar til å redusere muskelatrofi og muskeldysfunksjon knyttet til langvarig sengeleie (Parry et al., 2017), og er assosiert med redusert intensiv- og sykehus behandlingstid (Mart et al., 2019). Fysioterapeuter spiller dermed en viktig rolle i forebyggingen av PICS under intensivbehandling, spesielt for Covid-19 pasienter som beskrives som en mulig risikogruppe (Rolid et al., 2020; Thomas et al., 2020). Dette vises i informant 4 sin beskrivelse av intensivbehandling, spesielt i bruken av sedering for å roe pasienter med hyperaktivt delirium og for å muliggjøre ulike leiringsmetoder. Sedering knyttes både til

langvarig immobilisering og utviklingen av delirium (Kotfis et al., 2020), og begge beskrives som potensielle barrierer til mobilisering (Helms et al., 2020) og risikofaktorer som utsetter for PICS (Stam et al., 2020). Samtidig vektlegger alle informantene at det er et mål å mobilisere både våkne og sederte pasienter, og at respiratorbehandling blir brukt mindre enn før. Dette vises også i tall fra helsedirektoratet der andelen innlagte pasienter som trenger respiratorbehandling er redusert sammenlignet med den første bølgen (*Antall Innlagte Pasienter På Sykehus Med Påvist Covid-19 - Helsedirektoratet, n.d.*).

4.5 Fremtidig rehabiliteringsbehov

Pasienter som får respiratorbehandling er en gruppe med et tverrfaglig rehabiliteringsbehov (Stam et al., 2020), og man holder fremdeles på å utarbeide kunnskap om gruppen (Inoue et al., 2019). PICS brukes som en betegnelse på det brede symptombildet som disse pasientene har, og er ikke en spesifikk diagnose, men har i stedet som hensikt å øke oppmerksomheten rundt disse plagene. En betegnelse for plagene kan gjøre det lettere for pasientene å få medisinsk hjelp, samtidig som helsepersonell får økt kunnskap om pasientgruppen (Smith et al., 2020). PICS kan være en stor belastning både for individet, familien og samfunnet, både direkte etter sykdom og potensielt i lang tid etterpå (Griffiths et al., 2013). I tillegg til PICS så er det også generelle bekymringer knyttet til den voldsomme behandlingen som Covid-19 pasienter får. De som ikke fikk respiratorbehandling ble mindre sederte, men kunne ifølge informantene fremdeles ha relativt lange sykehusforløp. Isolasjon, fysisk ubehag og angst er alle risikofaktorer for utviklingen av PTSD, og stabile innlagte Covid-19 pasienter har vist en høy prevalens av symptomer på posttraumatisk stress (Bo et al., 2020). Til sammen utgjør Covid-19 pasienter som har avsluttet sykehusbehandling en stor ny pasientgruppe, og deres fremtidige behov er usikre.

Covid-19 pandemien har bidratt til økt fokus på rehabilitering etter intensivopphold (Stam et al., 2020). Helse sør-øst utarbeider nå en systematisk kartlegging av rehabiliteringsbehovet for Covid-19 pasienter som kan bidra til at pasientene får riktig oppfølging ut ifra funksjonsnivå. I 2021 blir et eget regionalt kompetansenettverk for intensivpasienter åpnet, og systematiske vurderinger av den enkelte pasient vil stå sentralt for å kunne gi det beste rehabiliteringsforløpet (Arbeidsgruppe fra fagråd rehabilitering i Helse Sør-Øst, 2020). Dette viser hvordan pandemien

kan ha bidratt til å sette intensiv oppfølging på agendaen og dermed styrke samhandling mellom sykehus og rehabiliteringstjenester for denne problematikken.

5. KONKLUSJON

Utfordringsbildet fysioterapeuter opplevde i arbeidet med Covid-19 var usikkerhet rundt behandling en ny pasientgruppe uten forskning og erfaring å støtte seg til. Pandemiens endrede rammebetingelser på sykehus skapte vanskeligere arbeidsforhold med smittevern hensyn og stor arbeidsbelastning. Gjennom å møte disse utfordringene, medførte det tidlige arbeidet med Covid-19 en læringsprosess. Det beskrives en utvikling av å holde seg kontinuerlig oppdatert, utvikling av egen kompetanse, økt selvtillit og et styrket tverrfaglig samarbeid.

Fysioterapeuter har hatt en viktig rolle i behandlingsforløpet av Covid-19 fordi dosering av mobiliseringstiltak, leiring av pasienter og etablering av en god pasient-terapeut relasjon har vært viktige tiltak i møte med et fluktuerende sykdomsforløp. Dette arbeidet kan også ha en betydning for langtidsforløpet gjennom forebyggingen av PICS. I tillegg har oppgaven belyst hvordan Covid-19 pandemien har bidratt til å sette rehabilitering etter intensivopphold på agendaen.

Selv om dette prosjektet har et begrenset omfang, så har disse funnene overføringsverdi til det fremtidige fysioterapeutiske arbeidet med Covid-19, og gir også et innsyn i hvordan man kan utvikle behandlingsmetoder for andre nye pasientgrupper som kan komme i fremtiden. Det er et stort forskningspotensial i dette temaet, og det er allerede mange prosjekter i gang som kanskje kan gi svar på noe av problematikken som denne oppgaven belyser (*Live Map of COVID-19 Evidence - NIPH, 2020*).

6. REFERANSELISTE

- Abdullahi, A., Bello, B., Mukhtar, N. B., Kaka, B., Abba, M. A., Usman, J. S., Shittu, A., Mayana, K. I., Maiwada, S. A., & Mohammed, J. (2020). Physiotherapy management of COVID-19 in Africa: Ongoing efforts, challenges, and future directions. *Physiotherapy Theory and Practice*, 36(8), 871–872. <https://doi.org/10.1080/09593985.2020.1798163>
- Antall innlagte pasienter på sykehus med påvist covid-19 - Helsedirektoratet. (n.d.). Retrieved December 20, 2020, from <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/antall-innlagte-pasienter-pa-sykehus-med-pavist-covid-19>
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium - den salutogene modellen* (Gyldendal akademisk (Ed.)).
- Arbeidsgruppe fra fagråd rehabilitering i Helse Sør-Øst. (2020). *Pasientforløp for rehabilitering av pasienter innlagt med COVID-19 sykdom i spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst*.
- Barstad, A. (2011). Helse, kontakt og berøring. *Samfunnsspeilet*, 2, 30–32.
- Battaglini, D., Robba, C., Caiffa, S., Ball, L., Brunetti, I., Loconte, M., Giacobbe, D. R., Vena, A., Patroniti, N., Bassetti, M., Torres, A., Rocco, P. R., & Pelosi, P. (2020). Chest physiotherapy: An important adjuvant in critically ill mechanically ventilated patients with COVID-19. In *Respiratory Physiology and Neurobiology* (Vol. 282, p. 103529). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.resp.2020.103529>
- Becker, F., Laake, J. H., & Hofsvø, K. (2020). Rehabilitering etter Covid-19. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*, 140(9), 1–6. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0352>
- Bergander, K., Og, K., & Johnsen, B. (n.d.). *Vitenskap og metode*.
- Bo, H. X., Li, W., Yang, Y., Wang, Y., Zhang, Q., Cheung, T., Wu, X., & Xiang, Y. T. (2020). Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychological Medicine*, 1. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000999>
- Brinkmann, S., & Kvale, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju : Vol. 3. utgave*. Gyldendal akademisk .
- Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (2012). *Kvalitative metoder - empiri og teoriutvikling* (Gyldendal akademisk (Ed.)).
- Brock, C., Marzano, V., Green, M., Wang, J., Neeman, T., Mitchell, I., & Bissett, B. (2018). Defining new barriers to mobilisation in a highly active intensive care unit – have we found the ceiling? An observational study. *Heart and Lung*, 47(4), 380–385. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2018.04.004>
- Bryman, A. (2016). *Social research methods* (Oxford university press. (Ed.); 5th edition).

- Ekeli, B.-V. (2002). *Evidensbasert praksis - snublestein i arbeidet for bedre kvalitet i helsetjenesten?* (Lundblad Media AS (Ed.); Eureka).
- Ely, E. W. (2017). The ABCDEF bundle: Science and philosophy of how ICU liberation serves patients and families. *Critical Care Medicine*, 45(2), 321–330. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002175>
- Facts about the virus and COVID-19 disease - NIPH.* (n.d.). Retrieved December 20, 2020, from <https://www.fhi.no/en/op/novel-coronavirus-facts-advice/facts-and-knowledge-about-covid-19/facts-about-novel-coronavirus/?term=&h=1>
- Gaspari, C. H., Assumpção, I., Freire, R., Silva, A., Santiso, C., & Jaccoud, A. C. (2020). The First 60 Days: Physical Therapy in a Neurosurgical Center Converted Into a COVID-19 Center in Brazil. *Physical Therapy*, 100(12). <https://doi.org/10.1093/ptj/pzaa175>
- Goërtz, Y. M. J., Van Herck, M., Delbressine, J. M., Vaes, A. W., Meys, R., Machado, F. V. C., Houben-Wilke, S., Burtin, C., Posthuma, R., Franssen, F. M. E., van Loon, N., Hajian, B., Spies, Y., Vijlbrief, H., van 't Hul, A. J., Janssen, D. J. A., & Spruit, M. A. (2020). Persistent symptoms 3 months after a SARS-CoV-2 infection: the post-COVID-19 syndrome? *ERJ Open Research*, 6(4), 00542–02020. <https://doi.org/10.1183/23120541.00542-2020>
- Griffiths, J., Hatch, R. A., Bishop, J., Morgan, K., Jenkinson, C., Cuthbertson, B. H., & Brett, S. J. (2013). An exploration of social and economic outcome and associated health-related quality of life after critical illness in general intensive care unit survivors: A 12-month follow-up study. *Critical Care*, 17(3). <https://doi.org/10.1186/cc12745>
- Håkonsen, K. M. (2014). Kriser og mestring. In *Psykologi og psykiske lidelser* (5th ed., pp. 251–267). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helms, J., Kremer, S., Merdji, H., Schenck, M., Severac, F., Clere-Jehl, R., Studer, A., Radosavljevic, M., Kummerlen, C., Monnier, A., Boulay, C., Fafi-Kremer, S., Castelain, V., Ohana, M., Anheim, M., Schneider, F., & Meziani, F. (2020). Delirium and encephalopathy in severe COVID-19: A cohort analysis of ICU patients. *Critical Care*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s13054-020-03200-1>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *St. melding 47*.
- Holme, I. M., & Solvang, B. K. (1996). *Metodevalg og metodebruk: Vol. 3. utgave* (Tano Aschehoug (Ed.)).
- Inoue, S., Hatakeyama, J., Kondo, Y., Hifumi, T., Sakuramoto, H., Kawasaki, T., Taito, S., Nakamura, K., Unoki, T., Kawai, Y., Kenmotsu, Y., Saito, M., Yamakawa, K., & Nishida, O. (2019). Post-intensive care syndrome: its pathophysiology, prevention, and future directions. Inoue, S., Hatakeyama, J., Kondo, Y., Hifumi, T., Sakuramoto, H., Kawasaki, T., Taito, S., Nakamura, K., Unoki, T., Kawai, Y., Kenmotsu, Y., Saito, M., Yamakawa, K., & Nis. *Acute Medicine & Surgery*, 6(3), 233–246. <https://doi.org/10.1002/ams2.415>

- Koronavirus – beslutninger og anbefalinger - Helsedirektoratet.* (n.d.). Retrieved December 23, 2020, from <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus>
- Kotfis, K., Williams Roberson, S., Wilson, J. E., Dabrowski, W., Pun, B. T., & Ely, E. W. (2020). COVID-19: ICU delirium management during SARS-CoV-2 pandemic. *Critical Care*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s13054-020-02882-x>
- Live map of COVID-19 evidence - NIPH.* (2020, April 2). <https://www.fhi.no/en/qk/systematic-reviews-hta/map/>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag: Vol. 4. Utgave* (Universitetsforlaget (Ed.)).
- Marra, A., Ely, E. W., Pandharipande, P. P., & Patel, M. B. (2017). The ABCDEF Bundle in Critical Care. In *Critical Care Clinics* (Vol. 33, Issue 2, pp. 225–243). W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2016.12.005>
- Mart, M. F., Brummel, N. E., & Ely, E. W. (2019). The ABCDEF Bundle for the Respiratory Therapist. In *Respiratory care* (Vol. 64, Issue 12, pp. 1561–1573). NLM (Medline). <https://doi.org/10.4187/respcare.07235>
- Miciak, M., Mayan, M., Brown, C., Joyce, A. S., & Gross, D. P. (2018). The necessary conditions of engagement for the therapeutic relationship in physiotherapy: an interpretive description study. *Archives of Physiotherapy*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/s40945-018-0044-1>
- Moynihan, D. P. (2008). Learning under uncertainty: Networks in crisis management. *Public Administration Review*, 68(2), 350–365. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2007.00867.x>
- Neerland, B. E., Watne, L. O., & Wyller, T. B. (2013). Delirium hos eldre pasienter. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 133(15), 1596–1600. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.1327>
- pandemi – Store medisinske leksikon.* (n.d.). Retrieved December 20, 2020, from <https://sml.snl.no/pandemi>
- Parry, S. M., Huang, M., & Needham, D. M. (2017). Evaluating physical functioning in critical care: Considerations for clinical practice and research. *Critical Care*, 21(1), 249. <https://doi.org/10.1186/s13054-017-1827-6>
- Ritchie, J. E. (1999). Using qualitative research to enhance the evidence-based practice of health care providers. *Australian Journal of Physiotherapy*, 45, 251–256.
- Rolid, K., Schanke, C. M., Altern, I. L. P., & Liseth, F. T. (2020). *Fysioterapi til COVID – 19 pasienter på Oslo universitetssykehus* (Issue 2).
- Sand, O., Sjaastad, Ø. V., & Haug, E. (2016). Det autonome nervesystemet. In *Menneskets fysiologi* (2nd ed., pp. 168–176). Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Schaller, S. J., Anstey, M., Blobner, M., Edrich, T., Grabitz, S. D., Gradwohl-Matis, I., Heim, M., Houle, T., Kurth, T., Latronico, N., Lee, J., Meyer, M. J., Peponis, T., Talmor, D., Velmahos, G. C., Waak, K., Walz, J. M., Zafonte, R., & Eikermann, M. (2016). Early, goal-directed mobilisation in the surgical intensive care unit: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 388(10052), 1377–1388. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31637-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31637-3)
- Smith, J. M., Lee, A. C., Zeleznik, H., Coffey Scott, J. P., Fatima, A., Needham, D. M., & Ohtake, P. J. (2020). Home and Community-Based Physical Therapist Management of Adults With Post-Intensive Care Syndrome. *Physical Therapy*, 100(7), 1062–1073. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzaa059>
- Stam, H. J., Stucki, G., & Bickenbach, J. (2020). Covid-19 and post intensive care syndrome: A call for action. In *Journal of Rehabilitation Medicine* (Vol. 52, Issue 4). Foundation for Rehabilitation Information. <https://doi.org/10.2340/16501977-2677>
- Thomas, P., Baldwin, C., Bissett, B., Boden, I., Gosselink, R., Granger, C. L., Hodgson, C., Jones, A. Y. M., Kho, M. E., Moses, R., Ntoumenopoulos, G., Parry, S. M., Patman, S., & van der Lee, L. (2020). Physiotherapy management for COVID-19 in the acute hospital setting: Recommendations to guide clinical practice. In *Pneumon* (Vol. 33, Issue 1, pp. 32–35). Technogramma. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2020.03.011>
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (Gyldendal Akademisk (Ed.)).

7. VEDLEGG

Vedlegg 1: Intervjuguide

Innledende Spørsmål

Vi ønsker å få et innblikk i din arbeidshverdag, og hvilke arbeidsoppgaver du har:

1. Kan du fortelle litt om din bakgrunn (arbeidserfaring, utdanning)?
 - a. Hvor lenge har du arbeidet på rehabilitering?
2. Hvilken rolle har du som fysioterapeut på rehab/sengepost/intensivavdeling?
 - a. Hvilke arbeidsoppgaver har du som fysioterapeut?
 - i. Teknikker/metoder

Vår oppgave er sentrert rundt Covid- 19, og ønsker også å vite litt om din erfaring knyttet til denne pasientgruppen:

3. Hvor lenge har du arbeidet med COVID-19 pasienter?
4. Hvor mange COVID- 19 pasienter har du arbeidet med ca.?

Tematiserende spørsmål

5. Hva karakteriserer Covid-19 pasienter?
 - a. Alder?
 - b. Sykehusopphold?
 - i. Hvor langt?
 - ii. Hvordan er søvnkvalitet, delirium og mobiliseringsevne sammenlignet med andre lignende pasientgrupper?
 - iii. Sykdomsutvikling fra innkomst
6. Kan du fortelle litt om ditt arbeid med Covid- 19 pasienter?
 - a. Hvilke behandlingsmetoder ble brukt?
 - b. På hvilken bakgrunn ble disse behandlingsmetodene brukt?
 - i. Erfaringer?
 - ii. Faglig kunnskap?
 - iii. Andre pasientgrupper?
7. Har behandlingen for COVID-19 pasienter endret seg over tid?
 - a. Hvilken kunnskap/opplevelser førte til disse endringene?
8. Hva er karakteristisk i arbeidet med Covid-19 pasienter?
 - a. Kan du fortelle litt mere om:
 - i. Immobilisering
 - ii. Delirium
 - iii. Mekanisk ventilering
 - iv. Seding
 - v. Pasientkommunikasjon og samarbeid med familie
 - vi. Å jobbe i kohorter/ tverrfaglig samarbeid
 - b. Hva var de største utfordringene?

- i. Smittevern knyttet til pasientkontakt
 - ii. Kommunikasjon med pasienten?
- 9. Hvordan opplever du å arbeide med denne pasientgruppen?
 - a. Pandemiltiværelse
 - b. Hva ser du på som de største utfordringene i fremtidig arbeid?

Avsluttende spørsmål:

- 10. Hva ser du som langtids utfordringer med denne pasientgruppen?
- 11. På hvilken måte har COVID pandemien påvirket deg i ditt arbeid som fysioterapeut?
- 12. Hvilken overføringsverdi har behandlingen for COVID-19 pasienter for fremtidig arbeid?

Vedlegg 2: Samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet

Bacheloroppgave HFYS3007

Intensivfysioterapi for COVID-pasienter

Formål

Dette er et spørsmål til deg om å delta i vår bacheloroppgave hvor formålet er å belyse hvordan intensivfysioterapi for COVID-19 pasienter blir gjennomført, og samle inn ulike erfaringer fra arbeidet med denne pasientgruppen. Denne informasjonen vil vi bruke for å få et innsyn i risikoen for utviklingen av PICS i denne pasientgruppen. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

NTNU er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi ønsker deltagelsen av intensivfysioterapeuter som har erfaring med COVID-19 pasienter. NFF (Norges Fysioterapi Forbund) har bidratt til å foreslå hvilke fysioterapeuter som kan være mest aktuell for denne oppgaven.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i et digitalt personintervju. Det vil ta deg 45-60 minutter. Intervjuet inneholder spørsmål om hvordan du gjennomførte intensivfysioterapi for denne pasientgruppen. Intervjuet vil ikke benytte video, og lydopptaket blir slettet etter transkribering.

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. Det er kun studentene i prosjektgruppen som vil ha tilgang til personopplysninger. Navn og kontaktopplysninger vil ikke være del av selve oppgaven, og under innsamling vil de erstattes med en kode som lagres adskilt fra øvrige data.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene slettes når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 04/01/2021.

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,
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU har NSD — Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

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

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

Med vennlig hilsen

Veileder

Student

Student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Bacheloroppgave; Intensivfysioterapi for Covidpasienter, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i digitalt personlig intervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Godkjennelse NSD

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 807529 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt: Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 02.11.20, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG: Det er obligatorisk for studenter å dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (veileder). Det gjøres ved å trykke på “Del prosjekt” i meldeskjemaet.

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

nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET: Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 11.01.21.

LOVLIG GRUNNLAG: Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

TAUSHETSPLIKT: Helsepersonell har taushetsplikt. Det er derfor viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpasienter eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, tidspunkt, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Dere må også være forsiktige med å bruke eksempler under intervjuene. Student og informant har et felles ansvar for det ikke kommer frem taushetsbelagte opplysninger under intervjuet. Det kan derfor være hensiktsmessig om student avklarer dette med informanten i forkant av intervjuet.

PERSONVERNPRINSIPPER NSD: vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for

spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER: Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned. **FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER** NSD: legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). Microsoft Teams er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

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

Lykke til med prosjektet!

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

