

Kandidatnummer 10056 og 10067

Fysioterapeutiske utfordringer ved rehabilitering av myelomatosepasienter

En kvalitativ studie med fysioterapeuter i spesialisthelsetjenesten i Norge

Physiotherapeutic challenges in rehabilitation of multiple myeloma patients

A qualitative study with physiotherapists in the specialist health care service in Norway

Bacheloroppgave i Fysioterapi

Januar 2022

Kandidatnummer 10056 og 10067

Fysioterapeutiske utfordringer ved rehabilitering av myelomatosepasienter

*En kvalitativ studie med fysioterapeuter i
spesialisthelsetjenesten i Norge*

Physiotherapeutic challenges in rehabilitation of multiple myeloma patients

Bacheloroppgave i Fysioterapi
Januar 2022

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



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn

Prognosen til benmargskreftdiagnosen myelomatose er stigende. Sykdommen og behandlingen er belastende og medfører en rekke kroppslige utfordringer, som gjør fysisk aktivitet krevende. Samtidig kan komplikasjonene forverres ved inaktivitet.

Kunnskapsgrunnlaget for anbefaling av fysisk aktivitet til pasientgruppa beskrives imidlertid mangelfullt i litteraturen.

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvilke utfordringer fysioterapeuter møter under rehabilitering av myelomatosepasienter.

Metode

Det er brukt kvalitativ metode og semistrukturerte individuelle dybdeintervjuer for å innhente erfaringer. Totalt tre fysioterapeuter med erfaring fra kreftrehabilitering i spesialisthelsetjenesten i Norge ble intervjuet. Intervjuene ble i etterkant analysert ved systematisk tekstkondensering etter Malterud (2017).

Funn

Funn viser at myelomatosepasientene preges av fatigue, frakturrisiko og smerter. Flere opplever derfor å være engstelig for aktivitet. Informantene beskriver det imidlertid som mest utfordrende å begrense pasienter med høyt aktivitetsnivå. På grunn av manglende evidens på aktivitetstoleransen til pasientgruppa, oppgir informantene å ofte holde igjen på aktivitetsmengde i frykt for å forårsake frakturer. Deres erfaringsbaserte kunnskap gjør likevel at de opplever rehabilitering av pasientgruppen som forholdsvis trygg.

Oppsummering

Fysioterapeutiske utfordringer ved rehabilitering av myelomatosepasienter ser ut til å være relatert til de sykdomsrelaterte komplikasjonene. Komplikasjonene skaper også barrierer for fysisk aktivitet som stiller krav til mestringsarbeid. Den største utfordringen oppgis å være usikkerhet i forbindelse med aktivitetsbegrensning hos pasienter som relaterer risikoforbundet aktivitet med livskvalitet. Studien understøtter at kunnskapsgrunnlaget for anbefaling av fysisk aktivitet til den voksende pasientgruppa er mangelfullt.

Abstract

Background

The bone marrow cancer multiple myeloma has an increasing prognosis. However, the disease and treatment are demanding and cause numerous physical changes, which creates a fracture risk during physical activity. At the same time, the patient's condition and bone health may get worse during inactivity. Unfortunately, there is a lack of knowledge on this field, and the available guidelines regarding safe exercise guidance of this growing patient group are deficient.

Purpose

The aim of this study is to investigate the challenges physiotherapists are facing during the rehabilitation of multiple myeloma patients.

Method

Qualitative methods and semi-structured individual in-depth interviews have been used to obtain experience. A total of three physiotherapists, experienced with cancer rehabilitation within the specialist health service in Norway, were interviewed. The interviews were analysed according to Malterud's (2017) systematic text condensation.

Results

The findings show that the patients are characterized by fatigue, fracture risk and pain. Several multiple myeloma patients are perceived to be anxious for activity. However, limitation in activity is described as the biggest challenge. Due to the lack of evidence on the effect of physical activity in multiple myeloma patients, the informants sometimes fear inflicting fractures on the patients. In cases, this uncertainty causes the informants to downgrade the amount of activity. They describe their experience as a security in the work with the patient group.

Conclusion

The challenges physiotherapists face during rehabilitation of patients with multiple myeloma seem to be related to complications of the disease. The complications create barriers to physical activity which demands work with mastery. The biggest challenge is stated to be insecurity in connection with activity limitation in patients who relate risky activities to quality of life. This study supports that the knowledge for recommending physical activity for this growing patient group is deficient.

Begrepsavklaring

Fysisk aktivitet: «All kroppslig bevegelse som er utført av skjelettmuskulatur, og som resulterer i en vesentlig økt energiforbruk utover hvilenivå» (Bahr, 2020)

Rehabilitering: Formålet med rehabilitering er å “gjenvinne fysisk, kognitiv eller sosial funksjonsevne som er tapt på grunn av sykdom eller skade” (Mæhlum, 2020).

Høydosebehandling med autolog stamcellestøtte (HMAS): En behandling som gjør det mulig å gi høy dose cellegift uten å ødelegge stamcellene i benmargen. Under HMAS tas stamcellene ut via blodbanen og fryses ned under cellegiftbehandling. Etter behandling føres stamcellen tilbake i blodbanen (Oslo universitetssykehus, 2020).

Fatigue: “Kreftrelatert fatigue defineres som en plagsom persisterende, subjektiv opplevelse av fysisk, emosjonell og kognitiv tretthet eller utmattelse” (Bower, 2014).

Kreftrelatert fatigue er mer vedvarende og alvorlig enn den som oppleves av den generelle befolkningen, og lindres ikke av hvile (Bower, 2014).

Hyperkalsemi: Forhøyet konsentrasjon av kalsium i blodet (Helsedirektoratet, 2012).

Anemi: Lav blodprosent, dvs. for lite hemoglobin (Hb) i blodet (Helsedirektoratet, 2012)

Osteolytiske lesjoner: Områder med nedsatt bentetthet (Stavem & Evensen, 2008).

Livskvalitet: Inkluderer den subjektive oppfatningen av fysiske, psykologiske, sosiale og eksistensielle sider ved livet (Wahl, 2004). Defineres som “(...) å ha det godt, ha gode følelser og positive vurderinger av eget liv (Helseth et al., 2016; Næss, 2001).

Kontraindikasjon: “Forhold som i et spesielt tilfelle taler imot en viss handlemåte” (Kåss, 2020).

Kunnskapsbasert praksis: “Kunnskapsbasert praksis (KBP) er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon” (Helsedirektoratet)

Innhold

1.0 Bakgrunn	1
2.0 Teori	2
2.1 Hva er myelomatose?	2
2.2 Myelomatose, rehabilitering og fysisk aktivitet	3
2.3 Barrierer for rehabilitering og fysisk aktivitet hos myelomatosepasienter	5
2.3.1 Fatigue	5
2.3.2 Smerter og bevegelsesfrykt.....	5
2.4 Helsepedagogiske virkemidler	6
2.5 Problemstilling	7
3.0 Metode	8
3.1 Kvalitativ tilnærming – metodologi	8
3.2 Utvalg.....	8
3.2.1 Inklusjonskriterier.....	8
3.3 Rekruttering av deltakere og informasjonsskriv.....	9
3.3.1 Deltakerne.....	9
3.4 Gjennomføring av intervju	9
3.4.1 Intervjuguide	9
3.4.2 Pilotintervju	10
3.5 Analyse.....	10
3.6 Etikk	11
4.0 Funn	12
4.1 Myelomatosepasientens sykdomsrelaterte utfordringer	12
4.2 Barrierer ved fysisk aktivitet og mestring	13
4.3 Dagens manglende kunnskapsbase.....	15
5.0 Diskusjon	17
5.1 Sykdomsrelaterte utfordringer og implikasjoner på rehabilitering.....	17
5.2 Fysioterapeutiske utfordringer knyttet til barrierer for fysisk aktivitet og mestring.....	19
5.2.1 Bevegelsesfrykt.....	19
5.2.2 Smerte	20
5.2.3 Aktivitetsbegrensning	21
5.3 Konsekvenser av mangelfull kunnskapsbase	21
5.4 Metodediskusjon	24
6.0 Kliniske implikasjoner og forslag til videre forskning	26
7.0 Oppsummering	27
8.0 Referanser	28
9.0 Vedlegg	32

1.0 Bakgrunn

“Det er på høy tid å fremsnakke onkologisk fysioterapi”, lyder tittelen i den nylig publiserte fagkronikken av Maja Dille Thorkildsen i Fysioterapeuten (Thorkildsen, 2021). Hun er spesialfysioterapeut og leder i fagkomite for videreutdanning i onkologisk fysioterapi, under Norges fysioterapiforbunds (NFF) faggruppe for onkologi og lymfologi. Kronikken hevder at fysioterapeuters rolle i kreftpakkeforløpet er “glemt”, og at “tiden er inne” for å styrke fagfeltets betydning (Thorkildsen, 2021).

Hvert år får mer enn 35 000 nordmenn diagnosen kreft, og dette tallet vil etter alle prognoser stige i årene som kommer (Cancer Registry of Norway, 2021; Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Heldigvis vil flere også overleve kreftsykdommen (Cancer Registry of Norway, 2021). Dette fører til at flere vil leve med kreftrelaterte bivirkninger og seneffekter, som medfører nedsatt funksjonsevne og livskvalitet (Campbell et al., 2019). Det er derfor ofte en stor utfordring for kreftpasientene å komme tilbake til en normal hverdag. Rehabilitering er et tiltak som anbefales kreftpasienter, hvor de kan få spesialisert hjelp av ulike helsefaggrupper, og få ressurser til å mestre dagliglivet basert på egne ønsker og forutsetninger. Fysioterapi er en del av rehabiliteringsprosessen, og fysioterapeuter med spesialfelt innen onkologi innehar kompetanse om behandling av bivirkninger og seneffekter, og vet hvordan disse kan påvirkes av fysisk aktivitet (Norsk fysioterapiforbund, 2018). Noen krefttyper har imidlertid mer komplekse seneffekter, med forsiktighetsregler som gjør behandlingen mer utfordrende (Jeevanantham et al., 2018), en av disse er benmargskreftdiagnosen myelomatose. Behovet for rehabilitering av pasientgruppen er derfor brennaktuelt.

I 2020 ble det registrert 556 nye tilfeller av myelomatose i Norge. Sykdommen er en uhelbredelig krefttype der plasmacellene i benmargen rammes, og sykdommen kjennetegnes ved bla. patologiske frakturer, vedvarende skjelettsmerter, anemi, nyresvikt, hyperkalsemi og gjentakende infeksjoner (Cancer Registry of Norway, 2021). Heldigvis har nyere behandling ført til at flere lever lengre med sykdommen. På 40 år har 5-års relativ overlevelse økt fra 30% til 54,5% (Cancer Registry of Norway, 2021). Behandlingen er imidlertid belastende og medfører en rekke kroppslige endringer. Det er derfor svært viktig at disse pasientene, som på grunn av kreftdiagnosen har fått livet snudd på hodet, får veiledning og hjelp på veien til å mestre sin nye livssituasjon (Keilani et al., 2019).

Det er på høy tid å fremsnakke onkologisk fysioterapi.

2.0 Teori

2.1 Hva er myelomatose?

Stigende levealder og en voksende befolkning fører til at antall krefttilfeller øker hvert år (Cancer Registry of Norway, 2021). Kreft er en samlebetegnelse på unormal cellevekst med ukontrollert celledeling eller nedsatt apoptose (Roald et al., 2020). Myelomatose er en av disse tilstandene.

Myelomatose er en type benmargskreft som går under kategorien maligne blodsykdommer (Helsedirektoratet, 2018). Benmargen befinner seg på innsiden av kroppens store knokler, og her produseres stamceller som gir opphav til spesialiserte celler (Glover, 2018). Myelomatose er en uhelbredelig krefttype der plasmacellene i benmargen rammes, og sykdommen karakteriseres av endring i plasmacellens funksjon og ukontrollert vekst. Endringen fører til at plasmacellene mister sin evne til å produsere og skille ut antistoffer. Plasmaceller med disse maligne egenskapene kalles myelomceller (Helsenorge, 2021). Endring i plasmacellers funksjon vil etter hvert få negative konsekvenser for kroppen når produksjon av normale blodceller fortreges av myelomceller. Dette kan føre til myelomatosesymptomer som blant annet anemi, infeksjoner, hyperkalsemi, nyresvikt, fatigue, smerter og osteolytiske lesjoner (Brigle & Rogers, 2017). Osteolytiske lesjoner kan oppstå dersom myelomcellene trenger seg inn i benmargens kompakte deler, dette skaper risiko for patologiske brudd og smerter (Stavem & Evensen, 2008).

Myelomatose diagnostiseres ved påvisning av > 10% klonale plasmaceller i plasmaytom i bein eller ekstramedullært, eller tilstedeværelse av minst en av de nevnte symptomene, med spesifikke referanseverdier (Helsedirektoratet, 2012). Behandlingen starter når diagnosen er satt, og for pasienter >65 år er behandlingen i hovedsak en kombinasjon av cellegift, prednisolon og andre krefthemmende medikamenter. I noen tilfeller kan stråling og kirurgi også være aktuelt, spesielt ved truende tverrsnittlesjon som følge av brudd i columna. For pasienter <65 år er standardbehandling høydose cellegift med stamcellestøtte (HMAS) (Kreftlex, 2021). Ifølge opplysninger fra Oslo universitetssykehus kan HMAS forlenge overlevelsen hos pasientgruppen. Kreftformen hadde tidligere en gjennomsnittlig overlevelse på 3-5 år, men de siste 40 årene har 5-års relativ overlevelse økt fra 30% til 54,5% (Cancer Registry of Norway, 2021). Etter HMAS er kroppen svært utsatt for infeksjoner på grunn av manglede immunforsvar (Oslo universitetssykehus, 2020). Behandlingen er belastende og derfor ikke anbefalt eldre pasienter (Kreftlex, 2021).

Sykdommen og den belastende behandlingen medfører at det fysiske funksjonsnivået til myelomatosepasientene ofte er svært nedsatt i etterkant av behandling (Coleman et al., 2003). De vanligste bivirkningene er fatigue, redusert søvnkvalitet, kvalme, redusert muskelmasse og muskelsvekkelse (Coon & Coleman, 2004). Disse bivirkningene kan påvirke pasientens livskvalitet negativt (Jeevanantham et al., 2021).

2.2 Myelomatose, rehabilitering og fysisk aktivitet

Økt forventet levetid vil medføre flere som lever med bi- og senvirkninger av myelomatose og behandlingen som blir gitt. For å opprettholde livskvaliteten til myelomatosepasientene er rehabilitering anbefalt, og dette behovet vil øke (Jeevanantham et al., 2021). Per nå er det få studier som har sett spesifikt på rehabilitering av pasientgruppen (Keilani et al., 2019), men innenfor kreftrehabilitering generelt det gjort studier som viser godt effekt av fysisk aktivitet og tverrfaglig rehabilitering (Leclerc et al., 2017). Behovet for gjenvinnelse av funksjon belyses i de internasjonale retningslinjene for fysisk aktivitet for kreftoverlevende, og det er enighet om at fysisk aktivitet generelt er trygt for alle kreftpasienter etter behandling, samt at inaktivitet bør unngås (Campbell et al., 2019). Foreliggende evidens gir grunnlag for å si at fysisk aktivitet reduserer risiko for utvikling av kreft og tilbakefall av kreftsykdom, og gir en rekke positive effekter som kan spille en viktig rolle for kreftpasienter både før, under og etter kreftbehandling (Schmitz et al., 2010). Dette gjelder også myelomatosepasienter.

Tross lite evidens rundt forholdet mellom rehabilitering og myelomatosepasientenes livskvalitet, har Ballard-Barbash et al. (2012) vist at kondisjonstrening kombinert med styrketrening kan redusere negative ettervirkninger av kreftbehandling som fatigue, smerte, angst og depresjon, og på den måten øke kreftpasienters livskvalitet (Campbell et al., 2019). Videre kan jevnlig fysisk aktivitet forbedre livskvaliteten gjennom forbedret funksjon, stabile hormonnivå, bedret immunforsvar, økt blodsirkulasjon, økt benmineraltetthet, bedre fordøyelse og bedre søvnkvalitet (Ballard-Barbash et al., 2012), dette er viktige aspekter for myelomatosepasienten (Jeevanantham et al., 2021). Liang et al. (2018) har sett på effekten av fysisk aktivitet hos myelomatosepasienter, og konkluderer med nedgang i fatigue og bedre livskvalitet. Fysisk aktivitet gir også myelomatosepasientene forbedret mental helse og sosial funksjon, som øker evne til å kontrollere og mestre bivirkninger (Hauksdóttir et al., 2017). Dette er viktige aspekter ved rehabilitering (Helsenorge, 2019), og belyser viktigheten av fysioterapeutens arbeid i rehabiliteringen av myelomatosepasienter.

Under rehabilitering av kreftpasienter hevder Denlinger et al. (2018) at verdens helseorganisasjons' generelle anbefalinger om fysisk aktivitet kan følges, men understreker at individuell tilrettelegging bør gjennomføres. For å kunne individualisere, samt anbefale trygge, effektive øvelser og treningsprogram, hevder (Campbell et al., 2019) at det er nødvendig for fysioterapeuter å ha kjennskap til sykdommens innvirkning på aktivitetstoleranse (Jeevanantham et al., 2021). Dette er spesielt viktig hos myelomatosepasienter, hvor nedsatt skjelettkvalitet gjør at ulike aktiviteter og øvelser er kontraindisert grunnet risiko for patologiske frakturer, ryggmargskompresjon og andre skjelettrelaterte skader (Denlinger et al., 2018). Fysisk aktivitet for myelomatosepasienter bør hensynta kontraindikasjonene, og det er anbefalt å følge individualiserte treningsprogram, der faktorer relatert til helse og fysisk form blir hensyntatt (Jeevanantham et al., 2021).

Mangfoldet av krefttyper, bivirkninger og kontraindikasjoner har reist spørsmål om hvorvidt kreftpasienter krever medisinsk godkjenning før de kan drive fysisk aktivitet Campbell et al. (2019). American College of Sports Medicine (ACSM) oppdaterte nylig sine retningslinjer i forbindelse med denne tematikken. Retningslinjene er basert på risiko for aktivitetsutløste bivirkninger, og beskriver at pasienter med perifere nevropatier, leddgikt, smerter fra muskel- og skjelettsystemet, dårlig beinhelse (osteopeni eller osteoporose) og lymfødem bør anbefales medisinsk vurdering før fysisk aktivitet, og deretter endre de generelle anbefalingene basert på fagpersonells vurdering (Schmitz et al., 2010). (Keilani et al., 2019) hevder at alle kreftpasienter ideelt sett burde få en grundig vurdering av alle faktorene som er relatert til helse og fysisk form, f.eks. kardiorespiratorisk kondisjon, muskelstyrke og utholdenhet, for på best mulig måte å individualisere rehabiliteringen og redusere risiko.

Frykt for patologiske brudd og ryggmargskompresjon gjør at det hos myelomatosepasientene er knyttet usikkerhet til rehabiliteringsforløp og anbefalinger. Nielsen et al. (2021) undersøkte helserelatert livskvalitet (HRQoL) hos myelomatosepasienter med rehabiliteringsbehov. Pasientene deltok på et 12-ukers tverrfaglig rehabiliteringsprogram, men majoriteten av deltakerne rapporterte ingen endring i de undersøkte symptomene. Studien etterspør evidensbaserte retningslinjer for rehabilitering og palliativ behandling for pasientgruppen, og støtter en proaktiv tilnærming under rehabilitering av myelomatosepasienter med skjelettforandringer. Fysioterapeuter står ovenfor flere vurderinger under rehabilitering av myelomatosepasienter. De er avhengig av en god kunnskapsbase for å kunne skape en trygg rehabilitering, men det mangler spesifikke retningslinjer for trygg aktivitetsveiledning av pasientgruppen (Jeevanantham et al., 2021).

2.3 Barrierer for rehabilitering og fysisk aktivitet hos myelomatosepasienter

Hos Jeevanantham et al. (2021) trekkes det frem at store, fysiske påkjennelser, bevegelser i ytterstilling, rotasjonsbevegelser, samt ytre belastning (som fører til kompresjon i sykdomspåvirket benvev) er risikoforbundet aktivitet hos myelomatosepasienter grunnet fare for patologiske frakturer. Mangel på kunnskap om sikre fysiske aktiviteter er rapportert som en av årsakene til at australske myelomatosepasienter er mindre fysisk aktive sammenlignet med kreftpasienter (Craike et al., 2013).

Craike et al. (2013) undersøkte forskjeller mellom pre- og postdiagnostiske nivåer av fysisk aktivitet hos et utvalg australske myelomatosepasienter, og årsak til fravær av fysisk aktivitet. Resultatene viste at aktivitetsdeltakelse blant myelomatosepasienten gikk betydelig ned etter diagnose. I tillegg til lite kunnskap om sikre alternativer ble fatigue, skader og smerter, lav selvtillit rundt egen fysisk funksjon og redsel for skader rapportert som de største barrierene for fysisk aktivitet (Craike et al., 2013).

2.3.1 Fatigue

Fatigue er den mest rapporterte senskaden hos kreftpasienter (Kreftforeningen, 2021) og er en av vanligste årsakene til bekymring rundt livskvalitet hos myelomatosepasienter (Wilson Rogers & Rennoldson, 2020). Hos myelomatosepasienter kan tap av muskelmasse i forbindelse med behandling, smerter, anemi og psykologiske faktorer medføre tretthet og utmattelse (Bower, 2014). Inaktivitet medfører redusert fysisk form som gir økt grad av fatigue. Tidlig mobilisering og fysisk aktivitet er derfor viktige tiltak for å motvirke dette (Cramp & Byron-Daniel, 2012). For mye fysisk aktivitet kan imidlertid forverre tilstanden, derfor er balansen mellom aktivitet og hvile svært viktig for myelomatosepasienter med fatigue (Cramp & Byron-Daniel, 2012). På rehabiliteringsopphold har fysioterapeutene en viktig rolle i denne sammenhengen. I tillegg til nevnte årsaker til fatigue, viser Wilson Rogers og Rennoldson (2020) god evidens for at fatigue og smerte hos myelomatosepasientene er relatert til vonde følelser og depresjon. En av disse vonde følelsene kan være frykt.

2.3.2 Smerter og bevegelsesfrykt

Både smerter og redsel for smerter kan føre til frykt for bevegelse hos myelomatosepasienter (Craike et al., 2013). Få studier har sett på bevegelsesfrykt hos pasientgruppen, men det finnes noe litteratur om tematikken hos pasienter med osteoporose, hvor det er likhetstrekk i patogenesen for skjellettforandringer. Fysisk aktivitet anbefales for personer med osteoporose for å forhindre nedgang i beintetthet, fall og brudd (Kanis et al., 2019), men frakturrisikoen

fører til redsel for fall og smerte, og dermed kan osteoporose føre til fravær av fysisk aktivitet (Reventlow, 2007; Stanghelle et al., 2020). Som et hjelpemiddel ved bevegelsesfrykt hos pasienter med osteoporose, har en tilnærming med mål om å skape bevegelse samt redusere smerterelatert atferd blitt anbefalt (Brabant & Hendriks, 2003). Tilnærmingen består av informasjon og treningsprogram med hensikt å motivere pasienten til å vedlikeholde aktivitet. Informasjonen skal gi pasienten innsikt i konsekvenser av immobilitet, risikofaktorer for fall og omhandle smerteatferd og -mestring. Dette skal lære osteoporosepasienten at bevegelse ikke trenger å være skadelig, men har en positiv effekt (Brabant & Hendriks, 2003).

I tillegg til nevnte studie finnes det i dag en rekke terapeutiske metoder som har til hensikt å løse fysiske og psykiske vanskeligheter ved smerte (Tveiten, 2020), noe myelomatosepasientene opplever som en barriere for fysisk aktivitet (Craike et al., 2013). Alle behandlingsmåtene har som mål å "(...) hjelpe pasienter til å endre sitt forhold til egen helse og livsstil, og bidra til utvikling av helsekompetanse og mestring", som er selve hensikten med helsepedagogikk (Tveiten, 2020, s. 14). Ifølge Helse-og omsorgsdepartementet (2019) skal helsepersonell sikre at pasienter får tilstrekkelig kunnskap og kompetanse om egen sykdom og helse. Myelomatosepasientenes funksjonssvikt og nedgang i livskvalitet medfører behov for å mestre en ny livssituasjon (Jeevanantham et al., 2021). Under rehabilitering av en pasientgruppe med flere barrierer og lav selvtillit rundt egen fysiske funksjon kan det være nyttig å ta i bruk helsepedagogiske virkemidler og metoder i arbeidet med å øke livskvaliteten (Craike et al., 2013; Tveiten, 2020).

2.4 Helsepedagogiske virkemidler

For å imøtekomme de barrierene myelomatosepasienter opplever ved fysisk aktivitet er helsepedagogiske virkemidler et nyttig hjelpemiddel (Eide & Eide, 2007). Ved å lære om egen sykdom vil pasientene få helsekompetanse som skaper evne til å vurdere beslutninger relatert til egen helse (Tveiten, 2020). Denne kunnskapen skaper mestring ved at pasientene kan håndtere ulike utfordringer i forbindelse med egen sykdom. I tillegg til de nevnte fysiske utfordringene til myelomatosepasientene, fører også kreftdiagnosen ofte med seg en rekke psykiske utfordringer å ta hensyn til under rehabilitering (Kaasa et al., 2016).

Psykiske reaksjoner er ofte en del av sykdomsforløpet til kreftpasienter, og ses ekstra sterke hos kronisk syke og palliative pasienter, som myelomatosepasienter (Eide & Eide, 2007). Alvorlig kreftsykdom oppleves av mange som en kontinuerlig, traumatisk krise, noe som krever ekstra oppmerksomhet fra terapeutens side (Eide & Eide, 2007, s. 167).

Når myelomatosepasienter skal forsøke å finne tilbake til hverdagen og akseptere sitt nye liv, er de i bearbeidelsesfasen, etter Cullberg og Hambro (2007) sine fire faser for traumatiske kriser (Eide & Eide, 2007). Helsepersonell som møter mennesker i krise, kan benytte ulike mestringsstrategier som verktøy i arbeidet. Etter Lazarus og Folkman (1984) er det i mestringsarbeid grunnleggende å lytte til pasientens historie, normalisere reaksjonene pasienten føler på og vise aksept for disse, samt vise muligheter og oppfordre til sosial støtte.

Nevnte litteratur viser at det hos kreftpasienter ofte er samvariasjon mellom smerte, psykiske utfordringer, fatigue og andre symptomer. For fysioterapeuten er det derfor ofte en utfordring å avgjøre hvilke symptomer som skal prioriteres i rehabiliteringen av myelomatosepasienter (Kaasa et al., 2016).

2.5 Problemstilling

Forbedret behandling med HMAS og økt overlevelse av myelomatose gjør at det i årene fremover vil bli et økende antall som lever med bi- og ettervirkningene sykdommen og behandlingen gir. Dette vil skape større behov for rehabilitering. Teori viser at pasientgruppens funksjonsutfordringer er sammensatte, både fysiologiske og psykologiske faktorer bidrar til redusert livskvalitet. Under rehabilitering av denne pasientgruppen er det ofte behov for aktivitetsregulering grunnet fatigue, frakturrisiko og smerteproblematikk, som også skaper barrierer for fysisk aktivitet hos myelomatosepasienten. Det er derfor anbefalt at myelomatosepasientene følger individualiserte treningsprogram, og får kunnskap om trygg aktivitet gjennom verktøy som helsepedagogiske virkemidler. Kunnskapsgrunnlaget for dette er imidlertid for lavt, og litteraturen viser at det mangler spesifikke retningslinjer for trygg anbefaling av fysisk aktivitet av denne voksende pasientgruppen. Det er derfor interessant å undersøke hvordan fysioterapeuter opplever rehabiliteringen av pasientgruppen i dag.

På bakgrunn av dette har vi valgt følgende problemstilling i vår bacheloroppgave:

“Hvilke utfordringer møter fysioterapeuter i spesialisthelsetjenesten under oppfølging av myelomatosepasienter på rehabilitering?”

3.0 Metode

3.1 Kvalitativ tilnærming – metodologi

For å presentere mangfold og subjektive erfaringer rundt rehabilitering av myelomatosepasienter er kvalitativ metode godt egnet. I litteraturen presenteres kunnskapsgrunnlaget på feltet som mangelfullt, og en kvalitativ metode kan legge grunn for ny forståelse. Nyere behandling av pasientgruppen fører til lengre overlevelse og større krav til rehabilitering, og en kvalitativ metode vil sette tema på dagsorden.

De kvalitative metodene omfatter datainnsamlingsmetoder som gjennom systematisk innsamling, organisering og fortolkning av funn kan utforske meningsinnholdet i sosiale og kulturelle fenomener (Malterud, 2017). I denne oppgaven er semistrukturerte intervju valgt som datainnsamlingsmetode. Metoden gir fysioterapeutene rom for å dele erfaringer og opplevelser, og skaper mulighet for en dypere forståelse og "avsporinger" som kan gi ny kunnskap.

3.2 Utvalg

"All forskning krever utvalgsstrategier som fører til at materialet inneholder data om det fenomenet vi vil utforske, samt grunnlag for overveielser om kunnskapens gyldighet og rekkevidde" (Malterud, 2017, s. 57). Informantene i oppgaven ble valgt gjennom et strategisk utvalg, med mål om at informasjonen som innhentes skulle svare ut problemstillingen på best mulig måte (Malterud, 2017). Det strategiske utvalget innehar kunnskap og egenskaper som er relevante for problemstillingen, og derfor måtte aktuelle informanter fylle bestemte inklusjonskriterier (Thagaard, 2018).

3.2.1 Inklusjonskriterier

Inklusjonskriteriene beskriver krav som måtte oppfylles av aktuelle informanter. Målet med denne studien var å avdekke hvilke utfordringer fysioterapeuter i spesialisthelsetjenesten møter under behandling av myelomatosepasienter på rehabilitering. Ut ifra dette ble følgende inklusjonskriterier valgt for å finne et relevante informanter; autorisert fysioterapeut, ansatt ved rehabiliteringssenter i spesialisthelsetjenesten og erfaring med rehabilitering av myelomatosepasienter etter behandling.

3.3 Rekruttering av deltakere og informasjonsskriv

Thagaard (2018) beskriver at kvalitative studier ofte omhandler personlige og nærgående temaer, og at det derfor kan være vanskelig å finne personer som vil stille som informanter. Derfor benyttes ofte tilgjengelighetsutvalg for å sikre et utvalg som er villige til å være med på undersøkelsen (Thagaard, 2018). Via bekjenskaper og etter samtaler med helsepersonell på St. Olavs hospital ble aktuelle fysioterapeuter kontaktet per telefon. Informasjonsskriv og samtykkeskjema (Vedlegg 1), utarbeidet i forkant av rekrutteringsprosessen, ble deretter sendt til de aktuelle per e-post.

3.3.1 Deltakerne

Totalt 3 informanter takket ja, og ble inkludert i studien. Alle informantene fyller nevnte inklusjonskriter. Informantene har minst 4 års erfaring med rehabilitering av kreftpasienter, og følger pasientene under opphold på minst 3 uker. I sitt arbeid møter de kreftpasienter med et bredt spekter diagnoser, inkludert myelomatose.

3.4 Gjennomføring av intervju

I denne studien ble det gjennomført 3 individuelle semistrukturerte dybdeintervju, med varighet på rundt 60 minutter. 2 av intervjuene ble gjennomført på informantens arbeidsplass, mens det siste ble gjennomført digitalt via Microsoft 365 – Microsoft teams (Microsoft, 2016). Tidsaspektet ved oppgaven gjorde at det av etiske hensyn ikke ble tatt opptak av lyd og bilde under intervjuet (Norsk senter for forskningsdata), og svar fra informantene ble notert underveis i Microsoft 365 – Microsoft Word. Intervjuet var basert på oppgavens problemstilling, og spørsmålene var åpne med hensikt å invitere informanten til å presentere sine erfaringer. Spørsmålene var også utarbeidet slik at det var forståelig hvilken kunnskap som ble etterspurt.

3.4.1 Intervjuguide

I forkant av etablering av utvalgsstrategier og gjennomføring av intervju ble det gjennomført forstudier og litteratursøk, for å få skape en bred feltkunnskap og et teoretisk rammeverk (Tveiten, 2020). Under dette arbeidet ble det også gjennomført samtaler med relevant helsepersonell og pasienter på St. Olavs hospital. Det teoretiske rammeverket og den erfaringsbaserte kunnskapen som kom frem av samtalene, gav mulighet til å definere hvilke faktorer som skulle inkluderes i oppgaven, for eksempel hvilke sykdomsstadier oppgaven skulle omhandle. På bakgrunn av dette, samt kunnskap om at nyere behandling fører til lengre overlevelse, falt valget på rehabilitering av myelomatosepasienter etter behandling.

Dette skapte rammene for oppgaven, samt en forforståelse slik at det var mulig å innhente relevant data, samt oppnå god informasjonsstyrke (Malterud, 2017).

Forforståelsen, det teoretiske rammeverket og problemstillingen dannet grunnlaget for en intervjuguide som ble utarbeidet for å sikre en rød tråd mellom problemstilling og funn (Malterud, 2017). Intervjuguiden (Vedlegg 2) bestod av fire ulike hovedtema; 1) Utfordringer, 2) Anbefalinger og kontraindikasjoner, 3) Fysioterapirollen, 4) Dagens kunnskap. Under hvert tema ble det utarbeidet flere spørsmål til hjelp for å svare ut problemstillingen. Spørsmålene var knyttet til stikkord som gjorde det mulig å lede informantene inn på aktuelt tema om nødvendig. Oppvarmings- og avslutningsspørsmål ble stilt med hensikt å berolige intervjuobjektene, og skape en naturlig dramaturgi i intervjuet (Thagaard, 2018).

3.4.2 Pilotintervju

I forkant av intervjuene ble det gjennomført et pilotintervju av en fysioterapeut i spesialisthelsetjenesten, med lang og relevant erfaring med myelomatosepasienter. Pilotintervjuet hadde som hensikt å teste intervjuguiden, og inngår ikke i det bearbejdede materiale. Etter pilotintervjuet ble intervjuguiden bearbejdet på bakgrunn av ny intervjuerfaring og tilbakemelding fra pilotintervjuobjektet.

3.5 Analyse

I etterkant av intervjuene ble notatene renskrevet til ordrett og fullstendig tekst. For å kunne gjenfortelle det empiriske materiale på en systemisk relevant og forståelig måte, ble intervjuene analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering (STC) etter Malterud (2017). Analysen ble gjennomført i 4 trinn: 1) Helhetsinntrykk, 2) Identifisere meningsbærende enheter, 3) Abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene, 4) Sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2017).

I det første trinnet ble intervjuene gjennomgått, samtidig ble det indientifisert relevante tema som representerer de utfordringene informantene belyser. Under det andre trinnet ble meningsbærende enheter identifisert, knyttet opp mot oppgavens problemstilling. Ut i fra de meningsbærende enhetene, ble temaene fra første trinn revidert til å danne grunnlag for kodegrupper. Informasjon som omhandler samme tema ble plassert i samme kode. Under STC's tredje trinn ble materialet fra alle kodene deretter omdannet til et kondensat. Et kondensat dannes ved at en meningsbærende enhet blir valgt ut som spesielt uttrykksfull, og

deretter fylles tekst fra de øvrige meningsbærende enhetene inn omkring dette sitatet. Slik ble alle meningsbærende enheter gjennomgått, og underveis ble det tatt stilling til hva som skulle inngå i kondensatet (Malterud, 2017).

I de tre første trinnene ble funnene dekontekstualisert. Deler av materialet ble tatt ut og deretter satt i sammenheng med lignende tematikk. Under analysens fjerde trinn, rekontekstualiseringen, ble kondensatet skrevet om til en analytisk tekst. Materialet ble skrevet om til tredjepersons-form, for å vise at oppgaven gjengir noe andre har sagt. Noen sitater ble imidlertid stående igjen for å konkretisere funn. Kodene ble til egne hovedkategorier som forteller leseren hva innholdet handler om. Til slutt ble den analytiske teksten sammenlignet med det opprinnelige materialet for sikre samsvar og validere funn (Malterud, 2017).

Tabell 1. Viser eksempler fra analyseprosessen.

Foreløpig kategori	Kodegruppe	Meningsbærende enhet	Kategori
Utfordringer ved fysisk aktivitet	Frakturrisiko	“I forhold til sykdom og behandling er frakturen en utfordring. Det er større risiko for å pådra seg brudd, noe som gjør at vi må tenke annerledes i forhold til treningsaktiviteter.”	Myelomatose-pasientens sykdomsrelaterte utfordringer
Samhandling	Kommunikasjon Subgrupper: mestring, motivasjon og begrensning	“Hvordan de stiller seg til fysisk aktivitet er avhengig av hvilke beskjeder de får.”	Barrierer ved fysisk aktivitet og mestring

3.6 Etikk

Forespørsel om deltalelse i intervjuene fulgte frivillighetsprinsippet (Ruyter, 2018). I forkant av intervjuene ble det sendt ut informasjon om studien, med vedlagt samtykkeskjema (Vedlegg 1). Informantene ble opplyst om at de når som helst kunne trekke seg og sin informasjon fra studien, uten å oppgi grunn. Informantene ble også informert om at de ikke kan gjenkjennes i datamaterialet, og derfor omtales informantene med pseudonymer i oppgaven. Sitater fra informantene er forsøkt fremstilt så objektivt som mulig. Data fra intervjuet og samtykkeskjema ble lagret separat for å ivareta informantenes anonymitet, og kan på ingen måte spores til hverandre.

4.0 Funn

Funnene presenteres gjennom tre kategorier; 1) Myelomatosepasientens sykdomsrelaterte utfordringer, 2) Barrierer ved fysisk aktivitet og mestring, 3) Dagens kunnskapsbase.

Informantene blir omtalt med pseudonymer: Anne, Trine og Guro. Sitater er satt inn for å fremheve det informantene forteller og for å styrke troverdigheten. Utover funnene som presenteres legger informantene vekt på at alle kreftpasienter er forskjellige, og at rehabiliteringen må skreddersys hver enkelt. De tilføyer også at majoriteten av deres pasienter er brystkreftpasienter, og at myelomatosepasientene er en liten gruppe.

4.1 Myelomatosepasientens sykdomsrelaterte utfordringer

På spørsmål om hvilke utfordringer som kjennetegner myelomatosepasientene presiserer informantene at det er svært individuelt hvor mye sykdommen påvirker fysisk funksjon og sykdomsforløp. Den tøffe behandlingen blir omtalt som en årsak til en rekke utfordringer hos pasientgruppen.

“De fleste har betydelig redusert funksjon på grunn av nylig behandling eller senvirkninger fra behandling lengere tilbake.” forteller Anne.

Fatigue trekkes frem som en utfordring de fleste myelomatosepasientene preges av. Nivå av fatigue avhenger av hvor langt de har kommet etter behandling, og informantene opplyser videre at fatigue er en årsak til slitenhet og nedsatt funksjonsevne; ofte i kombinasjon med smerter.

Informantene deler erfaring om at tidligere sykdomsrelaterte frakturer er årsak til mange av smertetilfellene. Frakturrisikoen til myelomatosepasientene trekkes frem som en utfordring og et “obs-varsel” ved pasientgruppen. Denne risikoen betegnes som den største forskjellen fra andre krefttyper i forbindelse med aktivitet og risiko for skader.

Videre beskrives smerteproblematikken til myelomatosepasientene å omhandle nevropati-, muskel- og skjelett-smerter. Trine forteller at smerter under aktivitet vurderes spesielt ved akutt oppståtte smerter, og sier at det er en “varselampe” hos pasientgruppen. En faktor som går igjen hos alle informantene er å kartlegge om pasienten har kjent på den samme smerten tidligere.

“En del har muskulære smerter fordi de stabiliserer rundt svake punkt, da prøver jeg å hjelpe de til å kjenne hva smertene er [...] flere har kjent på akutt bensmerte, og det er ofte lett å kjenne igjen”, forteller Guro.

Det omtales videre som viktig å få kartlagt hvilken smerte pasientene har, og om de eventuelt fører til funksjonsforverring som ved tverrsnittlesjon. Informantene belyser i den sammenheng at smerte kan føre til engstelse for bevegelse, som også påvirker evnen til fysisk aktivitet.

Trine forteller at nedgang i fysisk aktivitet kan være problematisk, spesielt for pasienter som nylig har vært i behandling, og belyser at fysisk aktivitet er viktig for å styrke det behandlingsrelaterte, svake immunforsvaret til myelomatosepasientene. Trine utdyper:

“ [...] dette gjør at de er ekstra utsatt for infeksjoner, noe som skiller dem fra andre kreftpasienter, det er jeg obs på. ”

Det er enighet blant informantene rundt hvilke sykdomsrelaterte utfordringer myelomatosepasientene på rehabiliteringssenter står ovenfor. Trine poengterer:

“Jeg tenker at det er frakturrisiko, smerter og infeksjonsfare som skiller seg ut ved denne pasientgruppa kontra den mer generelle kreftpasienten, for eksempel brystkreft.”

4.2 Barrierer ved fysisk aktivitet og mestring

Flere informanter utdyper at det kan være utfordrende å veilede denne pasientgruppen, som konsekvens av sykdoms- og behandlingsrelaterte utfordringer som fatigue, smerter og frakturrisiko. På tross av dette understreker informantene viktigheten av fysisk aktivitet hos myelomatosepasientene, spesielt med tanke på benstatus.

“[...] dersom de blir sengeliggende blir det enda verre” utdyper Guro.

Informantene forteller at osteolytiske lesjoner hos myelomatosepasientene øker risiko for å pådra seg brudd. Guro forteller at fysioterapeuter derfor må tenke annerledes i forhold til aktiviteter og øvelser. Anne utdyper at de må følge med om det oppstår symptomer og skader under aktivitet, og respondere dersom pasientene gir uttrykk for symptom som forverrer seg. Guro understreker:

“Får de et brudd er dette et ekstremt skritt tilbake i forhold til funksjon, derfor er det viktig å være obs på hvordan man trener styrke, og jobbe med fallforebygging.”

Informantene trekker frem jogging som et eksempel på aktiviteter som medfører økt risiko for frakturer. Guro utdyper at jogging påfører skjelettet støt som skaper risiko for

kompresjonsbrudd, og det understrekes at komprimerende belastning er svært viktig å ta hensyn til. Derfor anbefales gange istedenfor jogging som alternativ kondisjonstrening. Andre eksempler som trekkes frem er vekt på rygg og buktrykk. Guro utdyper:

'' [...] skader kan oppstå dersom de løfter for tungt, involverer vridninger og skjærkrefter eller har for lang vektarm, dvs. avstand fra ledd til vekt. ''

Øvelsesutvalget beskrives som svært viktig, men informantene understreker at det er mye pasienten kan gjøre som ikke involverer de kontraindiserte bevegelsene. De oppgir at det likevel er vanskelig å gi noen generelle anbefalinger om fysisk aktivitet til pasientgruppen, da det er så store individuelle forskjeller.

Tross aktiviteter som ikke involverer kontraindikasjonene, forteller flere informanter at redsel og utrygghet skaper en barriere for fysisk aktivitet hos myelomatosepasientene.

''Jeg opplever at de er mer engstelig enn andre for å gjøre ting, fordi de er redd for å pådra seg brudd og skader. '', forteller Guro.

I den forbindelse belyser Anne at det er ekstra viktig for myelomatosepasienter å føle på mestring i forbindelse med aktivitet:

''Trygghet er viktig i veiledning, de må erfare at det er øvelser de kan gjøre på tross av sykdommen, og videre bli trygg på øvelsene. [...]Mestringsarbeid er viktig, men siden det er få med diagnosen, blir ikke informasjonen spesifikk nok''

Dersom pasientene skal ha tillit til fysioterapeuten er informantene enige om at kommunikasjon og relasjon er viktig. *''Hvordan de stiller seg til fysisk aktivitet avhenger av hvilke beskjeder de får''* forteller Guro. Trine eksemplifiserer:

''Jeg hadde ei som hadde vært og trent før vi skulle ha første veiledning og da nevnte hun at hun hadde brukt et apparat med trunkusrotasjon. Hun spurte om hun kunne legge på mer vekt neste gang. Jeg tenkte det var viktig å ordlegge meg riktig, slik at hun ikke skulle oppleve bevegelsesfrykt. Hun tok det helt greit når jeg forklarte hvorfor hun ikke burde gjøre denne øvelsen. Det virket som hun visste dette fra før av, hun har fått denne kunnskapen tidligere. ''

Anne opplever at flertallet i gruppa må trygges ekstra i forbindelse med aktivitet, mens andre har et høyt aktivitetsnivå og må begrenses. Hun understreker at informasjon er viktig i begge retninger *''[...] man må kommunisere på en måte slik at de blir trygge''*. To informanter

beskriver at det ofte er vanskeligere å veilede de som har høyt aktivitetsnivå. Formidling av aktivitetsbegrensninger beskrives å være utfordrende, og Guro opplever dette som en balansegang mellom å beskytte pasienten for skaderisiko og unngå å ta fra dem aktivitetsgleden.

“Man må ta vurderinger, men vil ikke at det skal være skadelig. Kjenner at jeg holder igjen i veiledning fordi jeg ikke ønsker å ta noen ekstra risiko” forteller Guro.

Å begrense pasientens aktiviteter og samtidig opprettholde livskvaliteten oppleves utfordrende for informantene. Trine utdyper at det er viktig å prøve å finne alternativer som er mindre skadelig og kan gi den samme gleden og utbytte som for eksempel jogging. Hun utdyper videre:

“Jeg er forkjemper for at pasienten må gjøre det som er viktig for seg. Jeg liker ikke å sette grenser. Og disse skal leve livet ut med denne sykdommen. Dersom det var noe spesifikt pasienten gjerne ville gjøre, hadde jeg sett på om man kan gjøre det man ønsker innenfor trygge rammer og være så forsiktig som mulig.”

Ifølge informantene er det flere psykiske komponenter som påvirker om aktiviteten må bremses eller fasiliteres. Aksept for sykdommen blir spesielt trukket frem, og Guro forteller at forsiktighetsreglene under fysisk aktivitet kan oppleves som ekstra vanskelig når man helst vil gjøre det samme som før. Informantene utdyper at pasientene får et stort gap mellom forventninger og realisme, og har det veldig travelt med å komme tilbake dit de var.

“Vi må veilede dem til å få mer samsvar mellom ambisjoner og hverdagslig kapasitet” forteller Anne.

Alle informantene enes om at det er viktig å ha en konstruktiv forståelse og innlevelse i samhandling med pasienten.

4.3 Dagens manglende kunnskapsbase

Samtlige informanter forteller at det er få myelomatosepasienter på rehabilitering. Informantene oppgir at de på grunn av sin erfaring med kreftpasienter likevel føler seg “ganske” trygg under arbeid med myelomatosepasienter. Guro verdsetter erfaringsbasert kunnskap, men belyser at “ [...] hadde jeg vært tidligere ut i yrkeskarrieren min hadde jeg nok kjent på at det mangler teori rundt dette.”

Trine forteller følgende om sin bruk av erfaring i oppfølging av myelomatosepasientene:

“Så lenge jeg snakker med pasienten, hører på utfordringer, sjekker opp status på bivirkninger, vurderer risiko og tenker funksjon opp mot det de vil jobbe mot, så tror jeg at jeg kommer ganske langt på mange måter. Så lenge man har de grunnleggende kunnskapene”.

Ifølge informantenes opplysninger finnes det noen retningslinjer de kan følge under rehabilitering av pasientgruppen, men forteller at de savner et bredere grunnlag å basere anbefalingene på. De presiserer at det er et økende behov for oppfølging i etterkant av behandling, og at det krever mer kunnskap om rehabilitering for denne pasientgruppen. Dagens tilgjengelige informasjon omtales som “for generell”, og de savner differensierte retningslinjer som samsvarer med hvor de er i sykdomsforløpet. Trine utdyper:

“Jeg kunne ønske det fantes mer kunnskap om hvordan man skal gi anbefalinger som er trygge og gode nok, men samtidig møte pasienten på det de ønsker å gjøre. Særlig hvis pasienten har et ønske om å gjøre aktiviteter som er forbundet med risiko for brudd og funksjonssvikt. Da kan det være vanskelig å forholde seg til de retningslinjene som finnes i dag”.

Informantene forteller at det kan være utfordrende å vurdere hvor mye aktivitet myelomatosepasientene tåler, og savner kunnskap om forholdet mellom dose og respons. De hevder at økt kunnskap kan føre til en mer individuelt tilpasset oppfølging, og at det ikke finnes noen spesifikke anbefalinger per dags dato. “Om man ikke vet nok så doserer man gjerne ned, i stedet for opp” forklarer Guro.

“Det er utfordrende å ha ansvar og veilede når det foreligger lite kunnskap. Derfor starter vi ofte med lav belastning. Pasienten får prøve seg fram, og starte på et lavt nivå. Både for vedkommende og vår trygghet [...] utfordringen har vært å finne passelig dose, altså passelig mengde trening og aktivitet”, forteller Anne.

Guro har samme oppfatning, og forteller:

“Jeg har inntrykk av at flere fysioterapeuter også kan være redd for hvor mye som er for mye [...] Men disse får det nesten bare verre hvis de ikke er aktiv.”

For å skape trygghet i sin oppfølging av myelomatosepasientene belyser Guro viktigheten av tilstrekkelige opplysninger fra henvisende lege i forkant av oppstart av fysisk aktivitet. “Vi

etterlyser ofte bilder. Det er absolutt en fordel å ha tilgang til oppdatert benstatus, og veiledningen kan bli ekstra utfordrende uten”. Anne forteller at før myelomatosepasientene kan gjennomføre bestemte treningsøvelser, må dette avklares med lege i forkant.

5.0 Diskusjon

Hovedfunnene i studien var 1) *Myelomatosepasientenes sykdomsrelaterte utfordringer*: Ifølge informantene er det under rehabilitering komplikasjoner som frakturrisiko og smerter som skiller myelomatosepasientene fra den mer generelle kreftpasienten. I tillegg preges pasientgruppen av fatigue. Belastende sykdomsbilde og behandling blir omtalt som årsak til disse faktorene, som skaper barrierer for fysisk aktivitet. 2) *Barrierer ved fysisk aktivitet og mestringsarbeid*: Informantene opplever flere myelomatosepasienter som engstelig for aktivitet, relatert til smerter og fare for frakturer. De beskriver det imidlertid som mest utfordrende å ha pasienter som må begrenses grunnet risikoforbundet aktivitet. Informantene belyser i den sammenheng viktigheten av mestringsarbeid. 3) *Mangelfull kunnskapsbase*: Informantene opplyser at de, på grunn av manglende evidens, holder igjen aktivitetsdosen i frykt for å forårsake frakturer. Likevel fører erfaringsbasert kunnskap til at informantene føler seg relativt trygge under anbefaling av fysisk aktivitet til myelomatosepasienter.

5.1 Sykdomsrelaterte utfordringer og implikasjoner på rehabilitering

Informantene opplyser at de fleste myelomatosepasientene preges av fatigue, og dette omtales også som en barriere for fysisk aktivitet hos pasientgruppen av Craike et al. (2013). Fatigue oppleves som en årsak til inaktivitet hos myelomatosepasientene, som over tid kan påvirke helsetilstand og livskvalitet. Fatigue-symptomer kan forverres både av for lite og for mye aktivitet (Cramp & Byron-Daniel, 2012). Informantene forteller at det er ulikt hvor mye fatigue preger myelomatosepasienten, noe som støttes av Bourke et al. (2014) som belyser at fysisk aktivitet må individualiseres ut ifra hvilken aktivitetstoleranse hver enkelt myelomatosepasient har. Anne forteller at de må respondere dersom pasientene gir uttrykk for symptomer som forverrer seg. Bourke et al. (2014) hevder også at det er viktig at fysioterapeuter har tilstrekkelig kunnskap for å legge opp individualisert fysisk aktivitet på en hensiktsmessig måte, og følge med på hvordan pasienten reagerer på aktivitet og hvile (Bourke et al., 2014). Etersom forholdet mellom aktivitet og hvile er individuelt, kan det

være en utfordring å finne riktig mengde aktivitet til myelomatosepasienter med fatigue, spesielt siden det også er andre komplikasjoner å ta hensyn til.

Informantene forteller at myelomatosepasienter skiller seg fra andre kreftpasienter ved at mange har en betydelig frakturrisiko, grunnet osteolytiske lesjoner som oppstår dersom myelomcellene angriper benmargens kompakte deler (Stavem & Evensen, 2008).

Informantene belyser at eventuell fraktur er et ‘‘ekstremt’’ skritt tilbake i funksjon, og det hevdes derfor å være viktig med informasjon om skjellettstatus i forkant av anbefalt aktivitet. Viktigheten belyses av Jeevanantham et al. (2021) som anslår at 50-60% av myelomatosepasienter har brudd, mens 70-80% lider av bensmerter. For å unngå frakturer hevder informantene at myelomatosepasientene må unngå ytre belastning, vridninger, skjærkrefter og lang vektarm. Disse funnene finnes også hos Jeevanantham et al. (2021). Tidligere frakturer og osteolytiske lesjoner betegnes av informantene som årsaken til mye smerteproblematikk hos myelomatosepasientene. Dette støttes av Jespersen et al. (2021), og ses på som en av årsakene til funksjonsnedsettelse og engstelse for bevegelse, og fører til nedsatt livskvalitet.

De nevnte funksjonsutfordringene myelomatosepasientene opplever i etterkant av behandling oppfattes som faktorer å ta hensyn til under rehabiliteringen av pasientgruppen, og virker å gjøre forløpet mer komplisert. Guro beskriver at hun ofte etterlyser bilder før oppstart av fysisk aktivitet, for å være sikker på at hennes anbefalinger er trygge. Det ser ut til at oppdatert benstatus er avgjørende for tidlig mobilisering etter behandling, og at informasjon må foreligge før enkelte pasienter kan starte fysisk aktivitet, noe som kan føre til ytterligere dekondisjonering. Disse aspektene trekkes også frem av Jeevanantham et al. (2021), som med utgangspunkt i et inaktivt behandlingsforløp hevder at tidlig mobilisering kan være avgjørende for denne pasientgruppens livskvalitet og rehabilitering.

På bakgrunn av sykdomsrelaterte komplikasjoner informantene oppgir å måtte ta hensyn til med denne pasientgruppen, samt ønsket tidlig mobilisering, kan det være hensiktsmessig at myelomatosepasientene i forkant av rehabiliteringsoppholdet får en vurdering av faktorer som er relatert til helse og fysisk form. Campbell et al. (2019) har foreslått en slik vurdering som et verktøy for å individualisere rehabiliteringen på best mulig måte og hindre risiko. Denlinger et al. (2018) har også belyst temaet, og reist spørsmål om hvorvidt kreftpasienter bør få medisinsk godkjenning før de kan drive fysisk aktivitet. Det er rimelig å anta at en slik vurdering kan være ekstra viktig for myelomatosepasienter hvor det foreligger

kontraindikasjoner for fysisk aktivitet. Dette støttes av ACSM's retningslinjer, som beskriver at pasienter med dårlig beinnehelse bør anbefales medisinsk vurdering før fysisk aktivitet (Campbell et al., 2019). En slik vurdering i forkant av rehabiliteringen kan gi fysioterapeutene oppdatert informasjon som gjør forløpet enklere å individualisere, noe som både informantene og Jeevanantham et al. (2021) understreker som viktig for myelomatosepasientene. Det kan også redusere usikkerheten rundt sykdomspåvirkning og eventuelle osteolytiske lesjoner. På en annen side kan en medisinsk vurdering skape en barriere for å komme i gang med aktivitet, noe som også drøftes av Campbell et al. (2019). Vurderingen kan skape økt oppmerksomhet på komplikasjoner og risikofaktorer, og kan føre til at pasienter blir mer engstelige enn i utgangspunktet. Informantene oppgir at formidling av informasjon om kontraindikasjoner og risikofaktorer er en utfordring.

5.2 Fysioterapeutiske utfordringer knyttet til barrierer for fysisk aktivitet og mestring

Informantene forteller at myelomatosepasientene ofte er mer engstelige for bevegelse enn andre kreftpasienter. Engstelsen kan tenkes å føre til inaktivitet, som kan gi funksjonsforverring. Hauksdóttir et al. (2017) støtter dette, og viser at redsel for å pådra seg brudd fører til inaktivitet og isolasjon hos pasientgruppen. Ettersom fysisk aktivitet forbedrer beinmineraltettheten i skjelettet er det, som informantene opplyser, svært viktig med fysisk aktivitet hos myelomatosepasientene, for å bedre funksjon og forebygge patologiske brudd (Ballard-Barbash et al., 2012; Campbell et al., 2019). Derfor kan det tenkes at trygghet bør være den første faktoren å ta tak i under arbeid med denne pasientgruppen.

5.2.1 Bevegelsesfrykt

For å starte arbeidet med å trygge pasientene og skape motivasjon for fysisk aktivitet, er det grunn til å anta at det må kartlegges hva en slik utrygghet grunner i. Informantene relaterer utryggheten til redsel for frakturer og smerte. Trine forteller om et pasientmøte hvor pasienten hadde kunnskap om kontraindikasjonene, noe som hun opplevde gjorde pasienten trygg under fysisk aktivitet. Dette kan tyde på at informasjonen myelomatosepasientene får omkring fysisk aktivitet før rehabilitering er mangelfull, noe Anne også belyser gjennom å drøfte at informasjon i mestringsarbeidet ikke blir spesifikk nok, grunnet pasientgruppens størrelse. Samtidig blir mangel på kunnskap rapportert som en av barrierene til fysisk aktivitet hos Craike et al. (2013). Basert på dette kan det antas at mestringsarbeidet i større grad bør tilpasses pasientgruppen. Mestring utvikles ifølge Bandura (1977) ved at pasientene

får økt kompetanse (Tveiten, 2020), og Guro belyser at pasientenes syn på fysisk aktivitet avhenger av hvilke beskjeder de får. Informasjon og pasientopplæring er med andre ord særdeles viktig for å motivere til fysisk aktivitet.

På en annen side viser en tidligere studie, som undersøkte kvinners fysiske aktivitet i forhold til oppfatning av risiko for osteoporose, at økt kunnskap om sykdommens patogenese forsterket usikkerheten omkring hva skjelettet kunne tåle under fysisk aktivitet (Reventlow, 2007). Dette kan bety at informasjon i seg selv ikke er tilstrekkelig. Informantene i denne studien opplever også at formidling kan være utfordrende, og Reventlow (2007) forsterker viktigheten av en konstruktiv tilnærming og en kommunikasjonsmåte som gjør pasientene trygge. I forbindelse med trygghet i veiledning utdyper flere informanter at pasientene må erfare at det er mange øvelser de kan gjøre på tross av begrensninger. Viktigheten av dette støttes også av Reventlow (2007); selv om kunnsksheving hos osteoporosepasienter økte redselen for fysisk aktivitet, viste det seg imidlertid at erfaringene de fikk gjennom å mestre treningsøvelser førte til økt fysisk aktivitet. De samme elementene ser man i tilnærmingen som ble anbefalt i fysioterapibehandlingen hos Brabant og Hendriks (2003) til osteoporosepasienter med bevegelsesfrykt; treningsprogram, informasjon og veiledning, hvor målet var å skape bevegelse og redusere smerterelatert atferd.

5.2.2 Smerte

Informantene opplyser at myelomatosepasienter preges av mye smerter. Dette betegnes også som en årsak til inaktivitet og bevegelsesfrykt i litteraturen (Craike et al., 2013; Hauksdóttir et al., 2017).

Guro forteller at flere myelomatosepasienter får muskulære smerter grunnet svak muskulatur etter langvarig inaktivitet, og at hun som fysioterapeut forsøker å hjelpe pasienten til å kjenne etter hvilken smerte det er. Ved nyoppståtte smerter forsøker informantene å kartlegge om smertene er gjenkjennbar for pasienten, og utdyper at akutt bensmerte er lett identifisere. Ifølge Jespersen et al. (2021) har bensmerte en skadelig innvirkning på pasientens fysiske aktivitet og fører til nedsatt livskvalitet. Å vurdere smerte synes å være en utfordring fysioterapeutene står ovenfor under behandling av pasientgruppen. Niscola et al. (2010) hevder at det er vanskelig å behandle skjelettsmerter som myelomatosepasientene har, og at dette fører til at behandling av smerte ofte er utfordrende for terapeuten. Jespersen et al. (2021) undersøke smerteintensitet i dagliglivet hos myelomatosepasienter, og støtter at helsepersonell må vurdere smerte systematisk, samt tolke smerten ut fra et totalt

smerteperspektiv. Informantene belyser i den sammenheng at det er spesielt viktig å ta stilling til om smertene fører til funksjonsforverring, da dette kan være tegn på tverrsnittlesjon.

5.2.3 Aktivitetsbegrensning

Selv om informantene opplever flere barrierer for fysisk aktivitet hos myelomatosepasienter, oppleves de som har et høyt aktivitetsnivå å være mest utfordrende. Disse pasientene kan tenkes å være mer utsatt for risikoforbundet aktivitet, og igjen belyses utfordringen med god informasjon fra terapeutens side. Formidling av aktivitetsbegrensninger oppleves av informantene som en balanse mellom å beskytte pasienten mot skaderisiko og samtidig unngå å ta vekk aktivitetsgleden.

Guro belyser i den forbindelse aksept for sykdommen som viktig i rehabilitering, spesielt når man skal veilede fysisk aktivitet hos pasienter hvor det foreligger kontraindikasjoner. Hun utdyper at kontraindikasjonene kan oppleves som ekstra vanskelige å overholde dersom man ikke har akseptert situasjonen, og vil gjøre det samme som før. Etter Cullberg og Hambro (2007) er myelomatosepasientene på rehabilitering samtidig inne i en bearbeidelsesfase av krisen som oppstår som konsekvens av kreftsykdommen. De skal bearbeide situasjonen, samt forsøke å komme tilbake til hverdagen. Informantene forteller at pasientene ofte har lite samsvar mellom ambisjoner og hverdagslig kapasitet, noe som kan forstås som en konsekvens av benektelse og liten grad aksept av sykdom.

Informantene beskriver balansen mellom kontraindikasjoner og livskvalitet som krevende hos myelomatosepasienter med høyt aktivitetsnivå. På den ene siden finnes det kontraindiserte aktiviteter, forbundet med risiko for patologiske brudd. På den andre siden står pasientens livskvalitet, pasientenes oppfattelse av å ha det godt i eget liv, som ellers oppleves ekstra viktig hos pasienter med begrenset levetid (Kaasa et al., 2016). Det antas å være viktig for fysioterapeutene å undersøke løsninger innenfor trygge rammer. Ved økende levetid er det naturlig å tenke at flere myelomatosepasienter ønsker å drive risikoforbundet aktivitet. Fysioterapeutene vil da stå ovenfor flere slike utfordringer, noe som vil stille økende krav til en solid kunnskapsbase som fysioterapeutene kan støtte valgene sine på.

5.3 Konsekvenser av mangelfull kunnskapsbase

Samtlige informanter forteller om et økende behov for oppfølging av myelomatosepasienter i etterkant av behandling. Den 5-års relative overlevelsen har økt med 14,5% de siste 40 årene (Cancer Registry of Norway, 2021), og nyere behandling vil kunne øke prognosen ytterligere

(Oslo universitetssykehus, 2020). Dermed lever de lenger med sykdommen, og flere individuelle variasjoner må etter hvert bli hensyntatt og vektlagt i rehabiliteringsforløpet.

Informantene oppgir at dagens retningslinjer ikke er i overensstemmelse med dagens behov, og de savner et felles kunnskapsgrunnlag som omhandler rehabilitering av myelomatosepasienter. Mangelen fremkommer også i de internasjonale retningslinjene for kreft og fysisk aktivitet hos Campbell et al. (2019), hvor majoriteten av litteratur er basert på de mest utbredte kreftdiagnosene, brystkreft og prostatakreft. Retningslinjene presenterer generelle anbefalinger om dose, intensitet og type fysisk aktivitet blant kreftoverlevende (Campbell et al., 2019). På grunn av kontraindikasjonene som foreligger hos myelomatosepasienter, kan det tenkes å være utfordrende for fysioterapeuter å støtte seg til nevnte internasjonale retningslinjene under rehabilitering av pasientgruppen. Det kommer også fram i Jeevanantham et al. (2021) som konkluderer med at myelomatosepasienter bør følge individuelt tilpassede treningsprogram. For å kunne tilpasse veiledning på en trygg og effektiv måte, er fysioterapeutene avhengig av en solid kunnskapsbase (Jeevanantham et al., 2021). Informantene belyser at dagens tilgjengelige informasjon er for generell, som synes å føre til usikkerhet. Dette stemmer overens med Keilani et al. (2019) som tar for seg aspekter ved rehabilitering, og hevder at det mangler spesifikke og differensierte retningslinjer for trygg veiledning av myelomatosepasienter.

Ifølge helsedirektoratet er faglige retningslinjer anbefalinger og råd som 'gir uttrykk for hva direktoratet anser som god praksis' (Helsedirektoratet, 2018, s.3). Fysioterapeuter bruker retningslinjer som hjelpemiddel for å oppnå faglig forsvarlighet og kvalitet i sitt arbeid (Helsedirektoratet, 2018). Dette oppleves å være delvis fraværende i informantene sitt arbeid med myelomatosepasienter. På en annen side kan det også være lite hensiktsmessig med detaljerte retningslinjer. Som nevnt, hevder informantene at behandlingen må individualiseres og tilpasses den enkelte myelomatosepasient, og det kan derfor tenkes at detaljerte retningslinjer uansett ikke kan følges, spesielt siden dette er en sårbar gruppe med komplekse utfordringer. Dette støttes av Jeevanantham et al. (2021).

Tross usikkerheten som beskrives både i litteratur og blant informantene, samt at myelomatosepasientene er en liten pasientgruppe, uttrykker informantene at erfaring med rehabilitering av andre kreftpasienter fører til en viss grad av trygghet i oppfølgingen. Myelomatosepasienter er som nevnt en kompleks og liten gruppe (Jeevanantham et al., 2021), og det kan tenkes at erfaring fra andre kreftdiagnoser ikke gir tilstrekkelig

kompetanse. Utfordringen belyses av Anne som forteller at mestringsarbeidet ikke blir spesifikt nok siden det er en liten pasientgruppe å hente erfaringer fra. På en annen side støttes informantenes bruk av erfaringsbasert kunnskap av Jeevanantham et al. (2021), som anbefaler bruk av skjønn og klinisk resonering i fysioterapeuters tilnærming til myelomatosepasienter. Erfaringsbasert kunnskap er en viktig del av kunnskapsbasert praksis; noe som bidrar til å bedre kvaliteten på helsetjenester (Helsebiblioteket, 2016). Selv om evidensen på området er mangelfull, tyder det på at informantene opplever at egen erfaring gjør at de fortsatt kan praktisere kunnskapsbasert praksis. Guro understreker nyttigheten av erfaringsbasert kunnskap ved å hevde at hun hadde blitt mer påvirket av kunnskapsmangelen dersom hun hadde vært tidligere ut i yrkeskarrieren. Manglende kunnskap om myelomatose og aktivitetstoleranse kan derfor se ut til å være en større utfordring for nyutdannede eller fysioterapeuter som mangler erfaring med tematikken.

Det er et viktig mål ved rehabilitering å forbedre livskvalitet (Helseth et al., 2016; Næss, 2001). Som beskrevet i 5.2.3 opplever informantene det som utfordrende å balansere livskvalitet og samtidig ta hensyn til kontraindikasjonene for foreligger. For enkelte myelomatosepasienter kan en del av livskvaliteten være basert på aktiviteter som er forbundet med risiko for frakturer. Informantene forteller at slike aktiviteter gjerne blir frarådet, og Trine opplyser at hun holder igjen i veiledning dersom hun er usikker på om aktivitet kan være skadelig. Det kan virke som om usikkerhet som følge av mangelfull kunnskap fører til begrensinger i aktivitet, en aktivitet som kunne vært mulig å gjennomføre. Det kan derfor tenkes at tiden er inne for å etablere grundigere anbefalinger om hvilke nødvendige begrensinger som bør hensyntas i ulike stadier av sykdommen.

Informantene etterspør større kunnskapsgrunnlag for å vurdere aktivitetsdose og respons for myelomatosepasientene. Guro gir uttrykk for at fysioterapeuter kan være redd for hvor mye fysisk aktivitet pasientene tåler. Dette viser at kunnskapsmangel er en faktor som potensielt kan gi utslag på dosering, og kan føre til at fysioterapeuter undervurderer treningstoleransen til pasientene. Det er rimelig å anta at økt evidens kunne ført til dosering tilpasset hvert individ. Informantene oppgir at de ofte doserer ned dersom de ikke føler seg trygg på aktivitetstoleransen til pasientene. Nedjustering av treningsdose kan føre til lavere progresjon i fysisk form, som videre kan få direkte konsekvenser på pasientens livskvalitet. Det er derfor behov for mer forskning for å tette disse kunnskapshullene, slik at anbefalinger kan forbedres i omfang og spesifisitet for diagnosen myelomatose (Campbell et al., 2019).

5.4 Metodediskusjon

Med bakgrunn i en mangelfull kunnskapsbase, og lite litteratur som tar opp de fysioterapeutiske utfordringene ved rehabilitering av myelomatosepasienter, anses kvalitativ metode fortsatt som godt egnet. Gjennom intervjuene ble det utforsket erfaringer for å kartlegge hva fysioterapeutene opplever som mest utfordrende under rehabilitering av pasientgruppen.

For å styrke intervjuenes validitet ble det valgt en tydelig rollefordeling under gjennomføring av intervjuene, hvor en student gjennomførte intervjuet mens den andre var sekretær.

Hensikten med dette var å sørge for at alle intervjuene skulle bli gjennomført likt.

Lydopptak regnes som personopplysning, og bruk av slike opplysninger er søknadspliktig (Norsk senter for forskningsdata). Oppgavens tidsramme gjorde at en slik søknadsprosess ikke var mulig å gjennomføre, derfor ble informasjon fra informantene nedskrevet underveis i intervjuet. Det er i seg selv utfordrende å skulle gjengi tale i skrift, og ekstra krevende når sekretær skal gjøre dette fortløpende. Dette medfører at noe informasjon kan ha gått tapt under transkripsjonen (Malterud, 2017). På en annen side er umiddelbar transkribering tidsbesparende.

Antall informanter ble ikke bestemt på forhånd. Flere aktuelle informanter ble kontaktet, og som Thagaard (2018) beskriver, var det av ulike årsaker utfordrende å finne personer som ville stille til intervju. En av årsakene var lite erfaring grunnet en liten pasientgruppe. En annen årsak var at fysioterapeutene følte de manglet kunnskap å støtte seg til, selv om det ble presisert at formålet var å undersøke erfaringer og opplevelser. Inklusjonskriteriene og oppgavens spesifisitet gjorde også at antall aktuelle informanter ble begrenset. Totalt tre fysioterapeuter sa ja til å stille som informanter, noe som kan anses som et lite utvalg. På en annen side viser funnene samstemte erfaringer og opplevelser, og ut ifra dette er det mulig at også en eventuell fjerde eller femte informant ville hatt samme oppfatning. Ettersom informantene ble valgt gjennom et strategisk utvalg med inklusjonskriterier, i tillegg at de jobber på flere forskjellige steder, vil informantene i utgangspunktet inneha høy informasjonsstyrke. Dette medfører behov for færre intervju.

To av intervjuene ble gjennomført på informantenes arbeidsplass, og et ble gjennomført digitalt. Et digitalt intervjuet skaper mindre intersubjektivitet, og gjør det vanskeligere å observere kroppsspråk. Det ble også mindre dialog under det digitale intervjuet, og tydeligere ‘spørsmål og svar’. De to fysiske intervjuene opplevdes mer som en naturlig samtale, og

kroppsspråk ga uttrykk for hva de egentlig mente. Grunnet smittesituasjon pga. Covid-19 var det heller ikke mulig å gjennomføre det digitale intervjuet fysisk. Muligheten for digitalt intervju var likevel nyttig da det ga økt tilgang til aktuelle intervjuobjekt og større informasjonsstyrke.

For å kartlegge relevante tema og utfordringer hos myelomatosepasienter, ble det i starten av studien gjennomført samtaler med en myelomatosepasient, og helsepersonell som daglig jobber med myelomatosepasienter på St. Olavs Hospital. Samtalene førte til økt forståelse for sykdommen, noe som kan tenkes å ha styrket innholdet i intervjuguiden.

Intervjuguiden som ble utarbeidet i forkant av intervjuene ble revidert etter hvert intervju. Under intervjuene kom det frem at noen spørsmål i intervjuguiden ble overflødige i form av at de allerede ble besvart under tidligere spørsmål. Dette kunne ført til gjentakelse av informasjon fra informanten, men ettersom intervjuet var semistrukturert, var ikke intervjuet bundet til noen fast rekkefølge på spørsmålene, og kunne derfor unngå dette.

For å imøtegå eventuelle svakheter ved intervjuguiden, ble det gjennomført et pilotintervju med en fysioterapeut i spesialisthelsetjenesten, som har flere års relevant erfaring med myelomatosepasienter. Etter intervjuet fikk vi tilbakemeldinger på intervjuguiden og bekreftelse på at tema og spørsmål vi har valgt var hensiktsmessig for problemstillingen. Med tanke på fysioterapeutens relevante erfaring, har gjennomføring av pilotintervju vært med på å styrke intervjuguiden.

6.0 Kliniske implikasjoner og forslag til videre forskning

En kvalitativ metode gir sjelden tilstrekkelig evidens for å anbefale endringer av praksis (Tveiten, 2020). Denne studien har likevel innhentet informasjon om erfaringer knyttet til rehabilitering av myelomatosepasienter og belyser hvilke utfordringer informantene i dag, og i tiden fremover, vil stå ovenfor.

Kunnskapsgrunnlaget for trygg og effektiv fysisk aktivitet for myelomatosepasienter presenteres som mangelfullt. Informantene oppgir å bruke sin erfaringsbaserte kunnskap i tilnærmingen til pasientgruppa. Dette er av betydning for fysioterapipraksis, og belyser at behandling av pasientgruppen kan være spesielt utfordrende for fysioterapeuter uten spesifikk erfaring med myelomatosepasienter, som for eksempel en kommunal fysioterapeut. Det antas derfor å være hensiktsmessig med videre forskning for å utvikle spesifikke retningslinjer for rehabilitering av pasientgruppen, med spesielt fokus på aktivitetstoleranse og dose aktivitet.

Begrensning i aktivitet oppleves som en av de største utfordringene for informantene. Funn i denne studien viser at flere fysioterapeuter velger å nedjustere aktivitetsnivå for å unngå mulige skader hos pasientgruppa, nettopp på grunn av manglende evidens å støtte anbefalingene sine på. Dette er av klinisk betydning ved at økt kunnskap vil kunne bety at rehabiliteringen av pasientgruppen og gjenvinnelse av livskvalitet blir bedre. Økt prognose og overgangen til en kronisk kreftsykdom fører til at flere skal leve med sykdommen over lengre tid, og flere som ønsker å drive risikoforbundet aktivitet.

Samtidig understreker samtlige informanter viktigheten av rehabilitering for myelomatosepasienter, men belyser også at dette er en liten pasientgruppe. Hvorvidt myelomatosepasienter blir anbefalt rehabilitering tas ikke opp i denne studien, grunnet oppgavens omfang. Med bakgrunn i kunnskap om en voksende pasientgruppe og behov for rehabilitering, kan det dog være et interessant tema til videre arbeid. Det kan derfor være hensiktsmessig å undersøke annet helsepersonells syn på rehabilitering og fysisk aktivitet for pasientgruppen. Samtidig kan det være behov for innsikt i pasientenes egne opplevelser og forventninger til rehabilitering, og hvordan de opplever effekten av fysisk aktivitet på sykdomskomplikasjoner og utfordringer.

7.0 Oppsummering

Denne studien tar opp fysioterapeutiske utfordringer ved rehabilitering av myelomatosepasienter. Utfordringene ser ut til å være relatert til de sykdomsrelaterte komplikasjonene fatigue, smerte og frakturrisiko. Komplikasjonene gjør rehabiliteringsforløpet komplekst og skaper barrierer for fysisk aktivitet. Smerter og frakturrisiko fører også til engstelse for bevegelse, og er en utfordring informantene belyser at fysioterapeuter står ovenfor i rehabiliteringen. Trygging og mestring er derfor en stor del av informantenes tilnærming til pasientgruppen. Den største utfordringen oppgis imidlertid å være usikkerhet i forbindelse med aktivitetsbegrensning hos pasienter som relaterer risikoforbundet aktivitet med livskvalitet, slik som for eksempel jogging. Studien understøtter at kunnskapsgrunnlaget for anbefaling av fysisk aktivitet til den voksende pasientgruppen er mangelfullt. Informantene understreker at myelomatosepasienter må følge individuelle tilpassede anbefalinger, men etterspør økt kunnskap om aktivitetstoleransen til pasientene. Dette anses som viktig å undersøke i fremtiden.

8.0 Referanser

- Bahr, R. (2020). Fysisk aktivitet https://sml.snl.no/fysisk_aktivitet
- Ballard-Barbash, R., Friedenreich, C. M., Courneya, K. S., Siddiqi, S. M., McTiernan, A. & Alfano, C. M. (2012). Physical activity, biomarkers, and disease outcomes in cancer survivors: a systematic review. *J Natl Cancer Inst*, 104(11), 815-840. <https://doi.org/10.1093/jnci/djs207>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037//0033-295x.84.2.191>
- Bourke, L., Homer, K. E., Thaha, M. A., Steed, L., Rosario, D. J., Robb, K. A., Saxton, J. M. & Taylor, S. J. (2014). Interventions to improve exercise behaviour in sedentary people living with and beyond cancer: a systematic review. *Br J Cancer*, 110(4), 831-841. <https://doi.org/10.1038/bjc.2013.750>
- Bower, J. E. (2014). Cancer-related fatigue--mechanisms, risk factors, and treatments. *Nat Rev Clin Oncol*, 11(10), 597-609. <https://doi.org/10.1038/nrclinonc.2014.127>
- Brabant, H. & Hendriks, E. J. M. (2003). Clinical practice guidelines for physical therapy in patients with osteoporosis.
- Brigle, K. & Rogers, B. (2017). Pathobiology and Diagnosis of Multiple Myeloma. *Semin Oncol Nurs*, 33(3), 225-236. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2017.05.012>
- Campbell, K. L., Winters-Stone, K. M., Wiskemann, J., May, A. M., Schwartz, A. L., Courneya, K. S., Zucker, D. S., Matthews, C. E., Ligibel, J. A., Gerber, L. H., Morris, G. S., Patel, A. V., Hue, T. F., Perna, F. M. & Schmitz, K. H. (2019). Exercise Guidelines for Cancer Survivors: Consensus Statement from International Multidisciplinary Roundtable. *Med Sci Sports Exerc*, 51(11), 2375-2390. <https://doi.org/10.1249/mss.0000000000002116>
- Cancer Registry of Norway. (2021). *Cancer in Norway 2020 - Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway*. Population-based cancer research. C. R. o. Norway. <https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2020/cin-2020.pdf>
- Coleman, E. A., Hall-Barrow, J., Coon, S. & Stewart, C. B. (2003). Facilitating exercise adherence for patients with multiple myeloma. *Clin J Oncol Nurs*, 7(5), 529-534, 540. <https://doi.org/10.1188/03.Cjon.529-534>
- Coon, S. K. & Coleman, E. A. (2004). Exercise decisions within the context of multiple myeloma, transplant, and fatigue. *Cancer Nurs*, 27(2), 108-118. <https://doi.org/10.1097/00002820-200403000-00003>
- Craike, M., Hose, K. & Livingston, P. M. (2013). Physical activity participation and barriers for people with multiple myeloma. *Support Care Cancer*, 21(4), 927-934. <https://doi.org/10.1007/s00520-012-1607-4>
- Cramp, F. & Byron-Daniel, J. (2012). Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 11(11), Cd006145. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006145.pub3>
- Cullberg, J. & Hambro, C. (2007). *Mennesker i krise og utvikling : en psykodynamisk og sosialpsykiatrisk studie* (3. utg., 3. oppl. [i.e. Ny utg.]. utg.). Universitetsforl.
- Denlinger, C. S., Sanft, T., Baker, K. S., Broderick, G., Demark-Wahnefried, W., Friedman, D. L., Goldman, M., Hudson, M., Khakpour, N., King, A., Koura, D., Lally, R. M., Langbaum, T. S., McDonough, A. L., Melisko, M., Montoya, J. G., Mooney, K., Moslehi, J. J., O'Connor, T., Overholser, L., Paskett, E. D., Peppercorn, J., Pirl, W., Rodriguez, M. A., Ruddy, K. J., Silverman, P., Smith, S., Syrjala, K. L., Tevaarwerk, A., Urba, S. G., Wakabayashi, M. T., Zee, P., McMillian, N. R. & Freedman-Cass, D. A. (2018). Survivorship, Version 2.2018, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw*, 16(10), 1216-1247. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2018.0078>
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner : samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. rev. og utv. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Glover, J. (2018, 18.april 2018). *Stamcelle*. Store norske leksikon. Hentet 7.desember 2021 fra <https://sml.snl.no/stamcelle>

- Hauksdóttir, B., Klinke, M. E., Gunnarsdóttir, S. & Björnsdóttir, K. (2017). Patients' Experiences With Multiple Myeloma: A Meta-Aggregation of Qualitative Studies. *Oncol Nurs Forum*, 44(2), E64-e81. <https://doi.org/10.1188/17.Onf.E64-e81>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve med kreft, Nasjonal kreftstrategi (2018–2022)*. https://www.regjeringen.no/contentassets/266bf1eec38940888a589ec86d79da20/regjerin-gens_kreftstrategi_180418.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023*. Helse- og omsorgsdepartementet,. <https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>
- Helsebiblioteket. (2016, 07.06). *Kunnskapsbasert praksis*. Hentet 2.januar fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Hesledirektoratet. (2012, Oktober 2016). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av maligne blodsykdommer*. Helsebiblioteket Hentet 06.12 fra <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/maligne-blodsykdommer/myelomatose/diagnostiske-kriterier>
- Hesledirektoratet. (2018). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av maligne blodsykdommer* [nettdokument].
- Helsenorge. (2019). *Habilitering og rehabilitering*. Helsenorge. Hentet 7. desember fra <https://www.helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunene/habilitering-og-rehabilitering/>
- Helsenorge. (2021). *Benmargskreft (myelomatose)*. <https://www.helsenorge.no/sykdom/kreft/benmargskreft-myelomatose/#oppsummering>
- Helseth, S., Leegaard, M. & Nortvedt, F. (2016). *Livskvalitet og smerte : et mangfoldig forskningsfelt*. Gyldendal akademisk.
- Jeevanantham, D., Rajendran, V., McGillis, Z., Tremblay, L., Larivière, C. & Knight, A. (2021). Mobilization and exercise intervention for patients with multiple myeloma: clinical practice guidelines endorsed by the Canadian Physiotherapy Association. *Physical therapy*, 101(1), pzaa180.
- Jeevanantham, D., Rajendran, V., Tremblay, L., Larivière, C. & Knight, A. (2018). Evidence-based guidelines for physiotherapy management of patients with multiple myeloma: study protocol. *Syst Rev*, 7(1), 118. <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0785-7>
- Jespersen, E., Nielsen, L. K., Larsen, R. F., Möller, S. & Jarlbæk, L. (2021). Everyday living with pain - reported by patients with multiple myeloma. *Scand J Pain*, 21(1), 127-134. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2020-0087>
- Kanis, J. A., Cooper, C., Rizzoli, R., Reginster, J. Y., on behalf of the Scientific Advisory Board of the European Society for, C., Economic Aspects of, O., the Committees of Scientific, A. & National Societies of the International Osteoporosis, F. (2019). European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. *Osteoporosis International*, 30(1), 3-44. <https://doi.org/10.1007/s00198-018-4704-5>
- Keilani, M., Kainberger, F., Patariaia, A., Hasenöhrl, T., Wagner, B., Palma, S., Cenik, F. & Crevenna, R. (2019). Typical aspects in the rehabilitation of cancer patients suffering from metastatic bone disease or multiple myeloma. *Wien Klin Wochenschr*, 131(21-22), 567-575. <https://doi.org/10.1007/s00508-019-1524-3>
- Kreftforeningen. (2021, 16.desember 2022). *Fatigue (utmattelse)*. Hentet 03.januar fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/senskader-voksne/fatigue-utmattelse/>
- Kreftlex. (2021, 2021). *Medisinsk behandling ved benmargskreft (myelomatose)*. Institutt for kreftgenetikk og informatikk. Hentet 8.desember 2021 fra <https://kreftlex.no/Myelomatose/ProsedyreFolder/BEHANDLING/Cellegift/New-ksProcedureChapter?lg=ksprint>
- Kaasa, S., Loge, J. H. & Haugen, D. R. F. (2016). *Palliasjon : nordisk lærebok* (3. utg. utg.). Gyldendal akademisk.

- Kåss, E. (2020). *kontraindikasjon*. Universitetet i Oslo. Hentet 02. januar fra <https://sml.sn.no/kontraindikasjon>
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Leclerc, A. F., Foidart-Dessalle, M., Tomasella, M., Coucke, P., Devos, M., Bruyère, O., Bury, T., Deflandre, D., Jerusalem, G., Lifrange, E., Kaux, J. F., Crielaard, J. M. & Maquet, D. (2017). Multidisciplinary rehabilitation program after breast cancer: benefits on physical function, anthropometry and quality of life. *Eur J Phys Rehabil Med*, 53(5), 633-642. <https://doi.org/10.23736/s1973-9087.17.04551-8>
- Liang, Y., Zhou, M., Wang, F. & Wu, Z. (2018). Exercise for physical fitness, fatigue and quality of life of patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Jpn J Clin Oncol*, 48(12), 1046-1057. <https://doi.org/10.1093/jco/hyy144>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Universitetsforl.
- Microsoft. (2016). Microsoft Teams. I(Bd. Microsoft Windows). <https://teams.microsoft.com/>. <https://teams.microsoft.com/>
- Mæhlum, S. (2020). *Rehabilitering*. Store medisinske leksikon. Hentet 7. desember fra <https://sml.sn.no/rehabilitering>
- Nielsen, L. K., Larsen, R. F., Jarlbaek, L., Möller, S. & Jespersen, E. (2021). Health-related quality of life in patients with multiple myeloma participating in a multidisciplinary rehabilitation program. *Ann Hematol*, 100(9), 2311-2323. <https://doi.org/10.1007/s00277-020-04356-0>
- Nicola, P., Scaramucci, L., Romani, C., Giovannini, M., Tendas, A., Brunetti, G., Cartoni, C., Palumbo, R., Vischini, G., Siniscalchi, A., de Fabritiis, P. & Caravita, T. (2010). Pain management in multiple myeloma. *Expert Rev Anticancer Ther*, 10(3), 415-425. <https://doi.org/10.1586/era.10.5>
- Norsk fysioterapiforbund. (2018). *Spesialist i onkologisk fysioterapi*. Norsk fysioterapiforbund. Hentet 17. desember fra <https://fysio.no/Forbundsfor siden/Kompetanseutvikling/Spesialitetene-i-NFF/Spesialist-i-onkologisk-fysioterapi>
- Norsk senter for forskningsdata. *Fyll ut meldeskjema for personopplysninger*. Norsk senter for forskningsdata. <https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/>
- Næss, S. (2001). Livskvalitet som psykisk velvære. *Den norske lægeforening*, (121).
- Oslo universitetssykehus. (2020). *Benmargskreft (myelomatose)*. oslo-universitetssykehus.no. Hentet 19. november fra <https://oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/benmargskreft-myelomatose#les-mer-om-hoydose-cellegiftbehandling-med-autolog-stamcellestotte-autolog-stamcelletransplantasjon>
- Reventlow, S. D. (2007). Perceived risk of osteoporosis: restricted physical activities? Qualitative interview study with women in their sixties. *Scand J Prim Health Care*, 25(3), 160-165. <https://doi.org/10.1080/02813430701305668>
- Roald, B., Sauer, T. & Klepp, B. (2020). *Kreft*. Store medisinske leksikon Hentet 9. desember fra <https://sml.sn.no/kreft>
- Ruyter, K. W. (2018). *Innføring i forskningsetikk: Medisin og helsefag*. De nasjonale forskningsetiske komiteene Hentet 31. desember fra <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/innforing/med-helse/>
- Schmitz, K. H., Courneya, K. S., Matthews, C., Demark-Wahnefried, W., Galvão, D. A., Pinto, B. M., Irwin, M. L., Wolin, K. Y., Segal, R. J., Lucia, A., Schneider, C. M., von Gruenigen, V. E. & Schwartz, A. L. (2010). American College of Sports Medicine roundtable on exercise guidelines for cancer survivors. *Med Sci Sports Exerc*, 42(7), 1409-1426. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e3181e0c112>

- Stanghelle, B., Bentzen, H., Giangregorio, L., Pripp, A. H., Skelton, D. A. & Bergland, A. (2020). Effects of a resistance and balance exercise programme on physical fitness, health-related quality of life and fear of falling in older women with osteoporosis and vertebral fracture: a randomized controlled trial. *Osteoporos Int*, 31(6), 1069-1078.
<https://doi.org/10.1007/s00198-019-05256-4>
- Stavem, P. & Evensen, S. A. (2008). *Blodsykdommer* (6. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg. utg.). Fagbokforl.
- Thorkildsen, M. D. (2021, 11. november). Det er på høy tid å fremsnakke onkologisk fysioterapi. *Fysioterapeuten*. <https://www.fysioterapeuten.no/faggruppen-for-onkologi-og-lymfologi-fagkronikk-kreftbehandling/det-er-pa-hoy-tid-a-fremsnakke-onkologisk-fysioterapi/137737>
- Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk : helsekompetanse og brukermedvirkning* (2. utgave. utg.). Fagbokforlaget.
- Wahl, A. K. o. H., B.R. (2004). *Måling av livskvalitet i klinisk praksis: en innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Wilson Rogers, L. P. & Rennoldson, M. (2020). Are Pain and Fatigue in Multiple Myeloma Related to Psychosocial Factors?: A Systematic Review. *Cancer Nurs*, 43(3), E121-e131.
<https://doi.org/10.1097/ncc.0000000000000786>

9.0 Vedlegg

Vedlegg 1. Informasjonsskriv

Vil du delta i et kvalitativt forskningsintervju om “Myelomatose og fysisk aktivitet”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et kvalitativt forskningsintervju hvor formålet er å undersøke fysioterapeuters tilnærming til myelomatosepasienter under rehabilitering. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Forskning på myelomatose og fysisk aktivitet er mangelfull. Ny og bedre behandling gir en økt levetid og overlevelse fra sykdommen. Dette stiller økende krav til veiledning fra helsepersonell for å mestre livssituasjonen. I vår bacheloroppgave i fysioterapi ønsker vi derfor å belyse dette tema ved å undersøke fysioterapeuters tilnærming til rehabilitering av myelomatosepasienter i spesialisthelsetjenesten i Norge, med fokus på anbefalinger og kontraindikasjoner for fysisk aktivitet.

Hvem er ansvarlig for prosjektet?

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), fakultet for medisin og helsevitenskap, er ansvarlig for prosjektet. Prosjektet er en del av bachelorutdanningen i fysioterapi ved institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

I dette prosjektet vil vi rekruttere informanter med kunnskap om og erfaring fra kreftrehabilitering. Studien har som mål å innhente informasjon om fysioterapeuters kunnskap og erfaring rundt fysisk aktivitet hos personer med myelomatose.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet vil det innebære et kvalitativt intervju med bachelorkandidatene *navn*, hvor den ene stiller spørsmål og den andre noterer. Intervjuet vil vare ca. 30-60 min., og hvor intervjuet avholdes bestemmer du selv. Intervjuet vil foregå i november 2021.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Dine personopplysninger vil anonymiseres før intervjuet gjennomføres, og du vil ikke kunne identifiseres i datamaterialet eller i publikasjonen. Samtykket og data fra intervjuet vil oppbevares separat, og vil ikke kunne spores til hverandre. Kun bachelorkandidatene og veileder vil ha tilgang til dine data.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene dine anonymiseres til enhver tid. Oppgaven leveres 5. januar 2022, og data vil oppbevares frem til 5. januar 2025.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

Hvordan kan jeg finne ut mer?

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

- Bachelorkandidat: *Navn, mobilnummer, e-post*
- Bachelorkandidat: *Navn, mobilnummer, epost*
- NTNU, institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap, ved veileder *navn*

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig/veileder

Bachelorstudenter

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet "Myelomatose og fysisk aktivitet", og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i et kvalitativt intervju om myelomatose og fysisk aktivitet

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, og oppbevares til 2025.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2. Intervjuguide

Tema	Spørsmål	Nøkkelord/ utfyllende spørsmål
Oppvarmingsspørsmål		
	Kan du fortelle litt om hva din jobb som fysioterapeut på rehabilitering innebærer?	<i>Arbeidsoppgaver</i> <i>Ansvarsområder</i> <i>Rutiner</i>
	Hvordan har du tilegnet deg kunnskapen du bruker i din arbeidshverdag med rehabilitering av kreftpasienter?	<i>Litteratur</i> <i>Erfaring:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Hvor lenge har du jobbet med denne pasientgruppen? - Andel pasienter med myelomatose <i>Utdanning</i>
	Hva kjennetegner pasientene dere behandler?	<i>Når i forløpet?</i> <i>Fysisk/psykisk form</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Symptomer</i> - <i>Fatigue</i> <i>Sykdomsstatus</i> <i>Behandlingsforløp</i> <i>Motivasjon/bevegelsesfrykt</i> <i>Utfordringer – generelt</i> <i>Mål</i>
Utdypende spørsmål		
<i>Utfordringer</i>	Hvilke typer utfordringer møter du i rehabiliteringen av myelomatosepasienter?	<i>Eksempler?</i> <ul style="list-style-type: none"> - Hva skiller disse fra andre kreftpasienter?
	Hvordan opplever du at denne pasientgruppen stiller seg til fysisk aktivitet?	<i>Motivasjon</i> <i>Bevegelsesfrykt</i> <i>Kunnskap</i>
	Hvordan opplever du at andre at andre helseaktører forholder seg til fysisk aktivitet? (leger, fysioterapeuter og sykepleiere m.m.)	<i>Prioritet</i> <i>Forståelse</i> <i>Inkludering i pasientforløp</i> <i>Opplysning</i>
<i>Anbefalinger og kontraindikasjoner</i>	Hvilke generelle anbefalinger ift.. fysisk aktivitet gir du til denne pasientgruppen?	<i>Daglig fysisk aktivitet (utholdenhet, styrke, balanse og mobilitet)</i> <i>Ergonomi, forflytning og hvilestillinger</i> <i>Smertelindrende og avspennende tiltak</i> <i>Intensitet og dosering</i>
	Hvilke faktorer baserer du anbefalingene på?	<i>Kunnskapsbase</i> <i>Tverrfaglig arbeid</i> <i>Erfaring</i> <i>Kontraindikasjoner</i>

	Hvilke kontraindikasjoner opplever du at det er viktig å ta hensyn til?	<i>Frakturrisiko Smerter → grense Type smerte Sykdomsfase Feber Lab resultater Infeksjonsfare</i>
<i>Fysioterapirollen</i>		
	Hvordan opplever du å være fysioterapeut for denne pasientgruppen?	
	Kan du dele noen erfaringer ift.. motivasjon hos disse pasientene?	
	Har du noen tanker om balansen mellom begrensning i aktivitet og livskvalitet?	<i>Pasientens verdier opp mot begrensninger i ADL Eksempel: jogging</i>
	Hvordan opplever du pasientenes respons på din tilnærming til denne pasientgruppen?	
<i>Dagens kunnskapsnivå</i>		
	Hvordan opplever du dagens kunnskapsbase?	
	Er det noe spesifikt du ønsker mer kunnskap om?	
<i>Avrundingspørsmål</i>	Er det noen aspekter ved tema vi ikke har vært innom som du tenker er viktig?	
	Noen siste tanker før vi runder av?	

