



Stigmatisering av kolspasienter

En kvalitativ studie om fysioterapeuters holdninger til kolspasienter som røyker

Stigmatization of patients with COPD

A qualitative study of physiotherapists attitudes towards patients with COPD who smoke

Kandidatnummer: 10033, 10047

Bachelor i Fysioterapi – FT17

Januar 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap (INB)

*“Tidens største oppdagelse er at
en person kan forandre sin fremtid
bare ved å endre sin holdning”*

- Oprah Winfrey

Sammendrag

Bakgrunn

Kronisk obstruktiv lungesykdom, kols, er en progressiv og livstruende lungesykdom som rammer mange millioner mennesker verden over. Studier viser at røyking, som er den største risikofaktoren for utvikling av kols, er en av årsakene til at flere kolspasienter opplever negative holdninger i tilknytning til diagnosen.

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å undersøke fysioterapeuters holdninger til kolspasienter som røyker, og om negative holdninger potensielt kan bidra til stigmatisering i behandlingssituasjon.

Metode

Det ble brukt kvalitativ metode for å innhente data fra tre semistrukturerte forskningsintervju. Transkripsjonen ble gjort under selve intervjuene, og senere analysert med bakgrunn i den hermeneutiske forståelsesmåten.

Resultat

Resultatene viser at fysioterapeuter kan oppleve det utfordrende å arbeide med kolspasienter som ikke forstår eller ønsker å forstå konsekvensene av røyking. De er likevel opptatt av at kolspasientene skal få lik behandling uavhengig om de røyker eller ikke. Vi fant også et sprik i vektlegging av kunnskapsbasert praksis og hvordan fysioterapeutene praktiserer faget i møte med kolspasienter.

Konklusjon

Vi kan ikke utelukke at det kan oppstå negative holdninger og stigmatisering mot kolspasienter i pasient-terapeutrelasjonen, selv om resultatene våre ikke antyder at dette er tilfellet hos våre intervjupersoner. Oppgavens resultater gir grunnlag for kritisk tenkning og refleksjon over egne holdninger i arbeid med pasientgruppen.

Abstract

Background

Chronic obstructive pulmonary disease, COPD, is a progressive and life-threatening lung disease affecting millions of people worldwide. Research has shown that smoking, which is the factor that increases the risk of developing COPD the most, is one of the reasons why several COPD patients experience negative attitudes related to the diagnosis.

Purpose

The purpose of this study is to investigate physiotherapists' attitudes towards patients who smoke, and whether negative attitudes can potentially contribute to stigmatization in the treatment situation.

Method

The data was retrieved through a qualitative method using three semi-structured research interviews. The transcript was made during the interviews, and later analyzed based on the hermeneutic way of understanding.

Results

The results show that physiotherapists may find it challenging to work with patients with COPD who do not understand or wish to understand the consequences of smoking. However, they consider it important that the patients with COPD receive equal treatment regardless of whether they smoke or not. We also found a difference in the emphasis of knowledge-based practice and how physiotherapists practice the subject in meeting patients with COPD.

Conclusion

We cannot exclude the possibility that negative attitudes and stigma may be encountered in patients with the patient-therapist relationship, even though our results do not indicate that this is the case in our interviewees. The results of the thesis provide a basis for critical thinking and reflection on one's own attitudes in working with the patient group.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Tema og hensikt med oppgaven	1
1.2 Avgrensninger	2
1.3 Problemstilling og presisering av oppgaven	2
1.4 Begrepsavklaringer	2
1.5 Teori	4
1.5.1 Kronisk obstruktiv lungesykdom	4
1.5.2 Kols og fysioterapi	4
1.5.3 Kols og stigmatisering	6
2.0 Metode og materiale	9
2.1 Metodologi - en kvalitativ tilnærming	9
2.2 Utvalg og rekruttering	9
2.3 Intervjuguide og intervju	10
2.4 Analysestrategi	10
2.5 Etske vurderinger	12
2.6 Metodekritikk	12
3.0 Resultat og diskusjon	15
3.1. Kolspasienten	15
3.1.1 Den typiske kolspasienten	15
3.1.2 Tanker rundt kolspasienters møte med helsepersonell	18
3.2 Fysioterapeuters møte med kolspasienter	19
3.2.1 Biopsykososiale aspekter i møte med kolspasienter	19
3.2.2 Fysioterapeuters bruk av kunnskapsbasert praksis	21
3.2.3 Behandling av røykende og ikke-røykende kolspasienter	24
4.0 Konklusjon	29
5.0 Referanseliste	30
Vedlegg 1 - Informasjonsskriv	34
Vedlegg 2 - Intervjuguide	35

1.0 Innledning

Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols), er en livstruende progressiv lungesykdom som forårsaker forsnevring i luftveiene (World Health Organization [WHO], 2017). Den største risikofaktoren for utvikling av sykdommen er tobakksrøyking, men det finnes også andre risikofaktorer som luftforurensing, yrkesstøv og andre typer røyk (ibid). Tall fra folkehelseinstituttet anslår at omtrent 150 000 personer over 40 år har kols, og mellom 50 000 og 75 000 av disse blir behandlet for kols i helsetjenesten (Folkehelseinstituttet, 2018).

Å leve med kols kan by på utfordringer som innebærer både helsemessige, sosiale og økonomiske faktorer (Carlone et al., 2014). Stigmatisering er en av flere faktorer som spiller inn på kronikers liv (Engebretson, 2013), og studier tyder på at kolspasienter føler seg stigmatisert i forbindelse med røyking (Berger, Kapella, & Larson, 2011). Det kan tenkes at enkelte helsearbeidere uttrykker negative holdninger i møte med kolspasienter. Dette kan potensielt føre til at kolspasienter unngår å oppsøke helsevesen og situasjoner der de føler seg stigmatisert, fordi de ikke ønsker å føle seg mindre verdt (ibid).

1.1 Tema og hensikt med oppgaven

Temaet for oppgaven er stigmatisering av kolspasienter. Gjennom praksis i utdanningen har vi begge møtt kolspasienter med røykehistorier. Vi valgte dette temaet fordi vi har sett de negative konsekvensene røyking har hatt for deres liv, og har funnet det interessant hvordan motivasjonen for røykeslutt varierer fra person til person. Vi har også sett varierende holdninger til kolspasienten, både blant kolleger, medstudenter, venner og familie. Disse holdningene er hovedsakelig knyttet til hvorvidt personen røyker eller ikke. Kols er en av de største utfordringene i helsevesenet og derfor et dagsaktuelt tema.

Hensikten med oppgaven er å undersøke holdningene fysioterapeuter har til kolspasienter som røyker, der negative holdninger eventuelt kan bidra til stigmatisering. Grunnet sykdommens irreversibilitet vil kolspasienter ha behov for fysioterapi regelmessig eller i perioder. Det er viktig å belyse om det potensielt kan foreligge stigmatisering blant fysioterapeuter i møte med pasientgruppen, da dette eventuelt krever evne til refleksjon over egne holdninger og rolle i behandlingssituasjon.

1.2 Avgrensninger

Vi har valgt å fokusere på fysioterapeutens oppfatning av og holdning til kolspasienten som røyker sammenlignet med den som ikke røyker. Vi ønsker å få innblikk i fysioterapeuters tanker og erfaringer de har med å jobbe med pasienter med kols som fortsatt røyker. Kols er en kompleks sykdom som ikke nødvendigvis behøver å ha røyking som årsaksfaktor. I denne studien har vi likevel valgt å ha fokus på kolspasienter med røyking som årsaksforklaring da dette er den største og viktigste årsaken til utvikling av kols. Når det kommer til stigmatisering kan man stigmatisere på flere områder. Fordi vi har valgt å rette fokuset mot fysioterapeuters holdninger til den røykende kolspasienten, blir ikke andre sentrale temaer som fysisk aktivitet og kosthold belyst i like stor grad.

1.3 Problemstilling og presisering av oppgaven

Denne bacheloroppgaven er en kvalitativ studie som vil omfatte fysioterapeuters holdninger, tanker og tilnærminger til kolspasienter som røyker og som ikke røyker. Vi vil belyse området og undersøke om det kan foreligge forskjeller i fysioterapeuters bevisste og ubevisste holdninger til kolspasienter, avhengig av om pasienten røyker eller ikke. Følgende problemstilling danner utgangspunkt for oppgaven:

Hvordan er fysioterapeuters holdninger i møte med kolspasienter, da særlig den røykende kolspasient?

1.4 Begrepsavklaringer

Røyking

Røyking kan defineres som tobakksbruk der tobakken forbrenner, enten i sigaretter, sigarer eller pipe (Mørland & Dietrich, 2019). Tobakksrøyk består av kjemiske stoffer som dannes ved forbrenning av tobakk, samt stoffer som oppstår når tobakk blir oppvarmet, slik som nikotin (ibid).

Biomedisinsk modell

Den biomedisinske modellen tar utgangspunkt i vitenskapelig molekylærbiologi for å forklare sykdom (Engel, 2012). Modellen gir ikke rom for forklaring innenfor rammene for de sosiale, psykososiale og atferdsmessige dimensjonene ved sykdom (ibid).

Biopsykososial modell

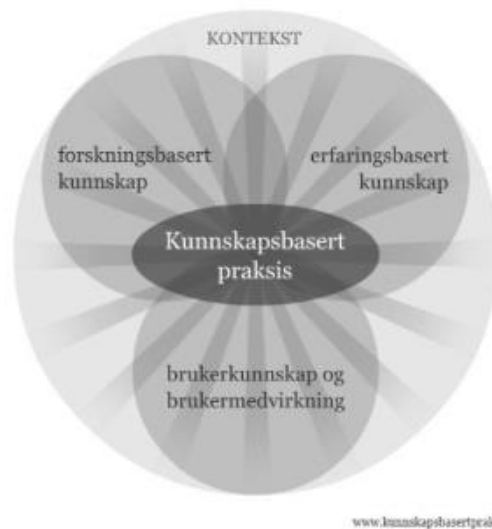
Den biopsykososiale modellen ble utarbeidet av George Libman Engel i 1977 og ble laget for å ta hensyn til både sosiale, psykologiske og biologiske forhold ved utvikling og opprettholdelse av sykdom (Malt, 2019). Engel (2012) mente at den biomedisinske modellen ikke var tilstrekkelig for å forklare en sykdom, og så behovet for en ny modell som også tar hensyn til pasienten og den sosiale konteksten han lever i. Modellen baseres på et samspill mellom kropp, sjel og omgivelser og tydeliggjør at hvorvidt mennesker anser seg selv som syke avhenger av både biologiske, kulturelle og sosiale faktorer (Engel, 2012).

Kunnskapsbasert praksis

Med utgangspunkt i kunnskapsbasert praksis, har Norges fysioterapeutforbund kommet frem til en definisjon av kunnskapsbasert fysioterapi:

“Kunnskapsbasert fysioterapi er å foreta veloverveide beslutninger som gjelder all fagutøvelse og alle elementer i en terapeutisk prosess, og på en måte som styrker mottakerens egne ressurser. Valg av fysioterapeutiske virkemidler skal være basert på en kritisk vurdering av forskningskunnskap, systematisert erfaringskunnskap og brukerkunnskap.” (Norsk Fysioterapeutforbund, 2015)

For å forstå bruken av kunnskapsbasert fysioterapi må man ha tanker om hva man legger i de ulike begrepene. Forskningsbasert kunnskap brukes for å øke forståelsen av behandling som blir gitt. Systematikken i forskning gir mulighet til å forstå årsaker og hvilke tiltak som har effekt (Jamtvedt, Hagen, & Bjørndal, 2015). Erfaringsbasert er kunnskap som blir tilegnet gjennom refleksive prosesser der fysioterapeuten tilegner seg lærdom fra praksisen (ibid). Brukermedvirkning illustrerer viktigheten av å involvere pasienten og deres tanker i beslutninger som angår de (ibid).



Figur 1: Kunnskapsbasert praksis. Fra *Kunnskapsbasert fysioterapi* (s. 22) av Jamtvedt, G., Hagen, K. B. & Bjørndal, A., 2015, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

1.5 Teori

1.5.1 Kronisk obstruktiv lungesykdom

Kronisk obstruktiv lungesykdom, kols, kan defineres som en samlebetegnelse for lungesykdommer som medfører vedvarende forsnævring av luftveiene, og som dermed begrenser luftstrømmens hastighet, særlig ved utpust (Skjønberg, 2018). Hovedårsaken til kols er røyking, men luftforurensning og inhalasjon av yrkesstøv er eksempler på andre årsaksfaktorer (World Health Organization [WHO], 2017). Kols er en progressiv sykdom som ikke kan kureres (Mannino, D. M., & Buist, A. S., 2007; Lee, D.K.C. 2008). Debutalder ligger på 40 til 50 år der man får symptomer som tung pust og hoste. Akutt nedre luftveisinfeksjon er ofte utløsende for symptomdebut. Røykeslutt er den eneste behandlingsformen som med sikkerhet forlenger livet (Giæver, 2015).

1.5.2 Kols og fysioterapi

Kols er en kompleks sykdom der pasientene trenger en tilnærming der alle aspektene ved sykdommen må tas hensyn til i behandlingssituasjon. Det har blitt forsket mye på de ulike

aspektene ved sykdommen som er relevant for fysioterapeuter i arbeid med pasientgruppen.

Kols og slimmobiliseringsteknikker

Resultatene i en studie fra 2017 antyder at tretti minutters bruk av PEP-fløyte hver dag i fire uker er nok til å endre fysiske egenskaper og forbedre slimtransporten ved å hoste (Tambascio et al., 2017). Ides og kollegaer konkluderte i 2011 med at passive teknikker som klapping, mekanisk risting og postural drenasje ikke alene kan bidra til å løsne og fjerne overflødig slim i luftveiene. Fysioterapeuter bør vurdere aktive teknikker framfor passive (Ides, Vissers, De Backer, Leemans, & De Backer, 2011).

Kols og fysisk aktivitet

En prospektiv kohortstudie fra København kom frem til at kolspasienter som hadde et aktivitetsnivå tilsvarende gange og sykling to timer eller mer per uke var assosiert med 30% til 40% mindre risiko for sykehusinnleggelser og dødelighet. De kom frem til at relativt små mengder fysisk aktivitet hadde gunstig effekt på kolspasienter. Studien antyder at kolspasienter bør øke eller opprettholde fysisk aktivitetsnivå for sin egen del, men også fordi det har en stor folkehelsegevinst (Garcia-Aymerich, Lange, Benet, Schnohr, & Antó, 2006).

I 2015 gjorde Bruusgaard og kollegaer en kvalitativ studie for å kartlegge kolspasienters erfaringer rundt treningstilbud i kommunehelsetjenesten. Deltakerne vektlegger den positive opplevelsen med gruppetrening. Gruppetilbudet i kommunen hjalp flere av deltakerne ut av isolasjon, og de rapporterer at det er verdifullt "å trene i en gruppe med mennesker som er i samme båt". Det at deltakerne støtter, oppmuntrer og forstår hverandre gjør at de føler seg mindre sårbare (Bruusgaard, Hellem, Östrem, & Henrichsen, 2015).

Resultatene fra en tverrsnittsstudie fra 2015 viser at treningskapasiteten til røykere vil være redusert sammenlignet med noen som aldri har røyket (Mesquita et al., 2015). Studien antyder at den nedsatte treningskapasiteten hos røykere oppstår før utvikling av kols, og forholdet mellom røyking og treningskapasitet ser ut til å ha sammenheng med graden av nikotinavhengighet (ibid).

Kols og psykologiske aspekter

En tverrsnittsstudie fra 2009 antyder at angst- og depresjonsrelaterte symptomer er vanlig blant personer med høy grad av kols (Funk, Kirchheiner, Burghuber, & Hartl, 2009).

Angstsymptomene blant deltakerne i studien oppstod i forbindelse med dyspné, mens de depressive symptomene oppstod i forbindelse med både dyspné og redusert treningskapasitet (ibid). Resultater fra en studie fra 2014 viser at depressive lidelser er betydelig høyere hos kolspasienter enn hos personer uten kols (Wong et al., 2014). Studien viser at kun en liten andel kolspasienter med depressive lidelser oppsøker hjelp, derfor konkluderes det med at det er et uoppfylt behov i den psykiatriske omsorgen for kolspasienter. Dette underbygges av Franssen og kollegaer som i 2018 konkluderte med at det må tas like mye hensyn til sosiale og mentale faktorer som til fysiske begrensninger i behandling av kolspasienter (Franssen et al., 2018).

Kols og røykeslutt

Forskning viser at røykestopp kan bremse forverring av sykdommen samtidig som den vil redusere ytterligere tap av lungefunksjonen (Eagan, Gulsvik, Eide, & Bakke, 2004).

Hvordan kolspasienter blir møtt av helsevesenet, viser seg å ha betydning for om de greier å oppnå røykeslutt. Ved å fremtre empatisk, forståelsesfullt og møte pasientene med respekt, vil dette kunne bidra til nedtrapping av røyking (Jiménez-Ruiz et al., 2015). Dette bekreftes av Risør og kollegaer, som finner det avgjørende å kjenne pasienten og få til et bra samarbeid når man arbeider med kolspasienter (Risør et al., 2013). I de nasjonale faglige retningslinjene for kols er de opptatt av at helseprofesjonene har kunnskap nok i møte med kolspasienter: “Det er viktig å øke kunnskapen om og forståelse for hjelp til røykeslutt i utdanningen av alle helseprofesjoner” (Gulsvik et al., 2012).

1.5.3 Kols og stigmatisering

Det har blitt gjort mye forskning på stigmatisering av kolspasienter, men da hovedsakelig på opplevelsen av stigmatisering pasientene selv føler på. Det finnes derimot lite forskning på om helsepersonell faktisk stigmatiserer, da særlig på fysioterapeuters holdninger til kolspasienter som røyker.

Stigmatisering

Stigmatisering kan defineres som en form for sosial merking som merker et individ som avvikende og som har manglende evne til å oppfylle en sosial rolle (Engebretson, 2013). Vi mennesker lager oss forestillinger om hvordan et individ burde være, og vi forventer at disse forestillingene bekreftes i møte med en person. Stigmatisering oppstår når et såkalt gap mellom den tilsynelatende sosiale identiteten og den faktiske sosiale identiteten (Goffman,

2014). Å bli utsatt for stigmatisering kan gi en følelse av skam, nedgang i selvtillit og skyldfølelse (ibid). De negative holdningene som ofte ligger til grunn når man uttrykker stigma, kan være enten eksplisitte eller implisitte (Phelan et al., 2015). De implisitte holdningene er automatiske og blir ofte brukt ubevisst og uten forsett, mens eksplisitte holdninger er bevisste og kan gjenspeile et menneskes tro eller meninger om noe.

Goffmans stemplingsteori

Begrepet stemplingsteori oppstod i forbindelse med Erving Goffmans interesse for hvordan samfunnet stigmatiserer mennesker som anses som såkalte “outsiders”. Fra et stemplingsteoretisk perspektiv er stigmatisering en annerledeshet som er uønsket i forhold til det vi forventer i en situasjon. I sin bok om stigmatisering påstår Goffman at de som ikke avviker fra disse forventningene kan kalles normale (Goffman, 2014). Goffman mener at det å bli stemplet i noen sammenhenger også blir kalt for en svakhet, en mangel eller et handicap.

Kolspasientens egen opplevelse av stigmatisering

En kvalitativ studie fra 2011 tyder på at kolspasienter føler seg stigmatisert i forbindelse med røyking (Berger, Kapella, & Larson, 2011). Resultatene viste tydelige tema som gikk igjen i svarene til deltakerne; utbredelsen av skyld relatert til røyking, både fra andre, inkludert helsepersonell, og fra dem selv.

To studier antyder at opplevelsen av stigma ofte er knyttet til holdninger om at kolsdiagnosen er selvforskyldt (Rose, Paul, Boyes, Kelly, & Roach, 2017; Halding, Heggdal og Wahl, 2011). I Rose og kollegaer sin studie kom det fram at deltakerne i studien følte at deres sosiale posisjon hadde endret seg i negativ retning etter at de fikk diagnosen. I Halding og kollegaer sin studie opplevde kolspasientene at deres nærmeste krets mente at kols er en røykrelatert sykdom. Dette medførte en følelse av skam og skyld i forbindelse med røyking (Halding, Heggdal, & Wahl, 2011).

Helsepersonell og stigmatisering av kolspasienten

Studier viser at kolspasienter opplever negative holdninger fra helsepersonell (Halding, Heggdal, & Wahl, 2011; Berger, Kapella, & Larson, 2011). Halding og kollegaers resultater viser at intervjupersonene følte skyld vedrørende deres diagnose fra helsepersonell. De følte en mangel på støtte i forbindelse med å håndtere en langvarig og progressiv sykdom, og mente ikke det var en balanse mellom røykeslutt og psykososial støtte. Det ble ikke tatt

hensyn til intervjupersonenes bekymringer, personlige ressurser og behov (Halding, Heggdal, & Wahl, 2011). I Berger og kollegaer sin studie rapporterte noen av intervjupersonene at de hadde opplevd å bli latterliggjort og irettesatt i møte med helsevesenet (Berger, Kapella, & Larson, 2011).

Leidy og Haase (1999) hevder i sin studie at forståelse og tillit fra helsepersonell kan påvirke livet til kolspasienter på en positiv måte. Intervjupersonene i studien gjorde det tydelig at de til tider ikke hadde troverdighet til helsepersonellet, og at fraværet av denne troverdigheten påvirket deres beslutninger om hvor og når de søkte hjelp. Troverdighet til helsepersonell oppstod da intervjupersonene i studien opplevde at helsepersonellet var konsekvent lyttende og samvittighetsfulle, samtidig som de vektla intervjupersonene velvære. (Leidy & Haase, 1999).

Fysioterapeuter og stigmatisering av kolspasienten

Etter gjennomgang av tidligere forskning har vi kun funnet én studie som belyser omfanget av fysioterapeuters holdninger til røykere med lungesykdom. Bass et al. (2018) har gjennom en kvantitativ studie kommet frem til at en andel fysioterapeuter ser ut til å uttrykke en mild grad av eksplisitt stigma overfor personer med lungesykdom og en betydelig røykehistorie. Det er derimot ingen bevis for at de samme fysioterapeutene demonstrerer implisitt stigma mot den samme gruppen. Det er heller ingen bevis for at implisitt stigma har noen innvirkning på potensielle behandlingsvalg eller faglige holdninger til pasienter. Til sammen indikerer disse funnene at fysioterapeuter gir tilsvarende behandling til pasienter både med og uten røykehistorie, til tross for ulik grad av eksplisitt stigma (Bass et al. 2018).

2.0 Metode og materiale

I dette kapitlet beskrives oppgavens metodologi. Det gjøres rede for rekruttering og utvalg av informanter, utarbeiding av intervjuguide, gjennomføring av intervjuer, bearbeiding av data, samt analysestrategier. Kapitlet avsluttes med metodekritikk og etiske vurderinger.

2.1 Metodologi - en kvalitativ tilnærming

Kvalitative metoder blir brukt når man ønsker økt forståelse innenfor et område, vi kan for eksempel styrke forståelsen vår for hvorfor mennesker gjør som de gjør (Malterud, 2017). Målet med kvalitativ forskning er å fange opp opplevelser og meninger som det ikke er mulig å måle i tall (Dalland, 2012). I følge Malterud (2017) kan kvalitativ metode benyttes når man ønsker å vite mer om menneskelige egenskaper.

Ulike temaer og problemstillinger krever ulik metodologisk tilnærming. Valget av metode må derfor ses i sammenheng med problemstillingen. Vi har valgt en kvalitativ tilnærming med bakgrunn i den hermeneutiske forståelsesmåten for oppgaven vår. Denne forståelsesmåten handler om tolkning av menneskelige uttrykk som utgangspunkt for forståelse. Vi ser våre intervjupersoners kroppslige uttrykk som tanker, erfaringer og meninger rundt behandling av kolspasienter som aktuelt for å kunne besvare problemstillingen (Malterud, 2017).

2.2 Utvalg og rekruttering

Vi valgte å intervju tre fysioterapeuter fra ulike deler av helsevesenet, én fra sykehus, én fra rehabiliteringssenter og én fra fysikalsk institutt. Basert på problemstillingens behov for fysioterapeuter med erfaring med kolspasienter, ble det gjort et strategisk utvalg. Strategisk utvalg vil si at man som forsker tar kontakt med personer man tror kan være aktuell for studien (Malterud, 2017). Vi valgte ut tre forskjellige institusjoner, noe er i tråd med Malterud (2017) sin tanke om å velge intervjupersoner fra ulike arenaer. Malterud skriver at dette vil gi et nyansert bilde og ivareta variasjonsbredden i oppgaven (ibid). Rekrutteringen ble gjort via telefon til sentralbordene ved de ulike institusjonene, der vi fortalte hvem vi var og hvorfor vi ringte. Vi ble så sendt videre til fysioterapeuter som kunne ha kjennskap til denne pasientgruppen. Etter endt telefonsamtale med de aktuelle fysioterapeutene, ble det

sendt ut et dokument med informasjon om studien og forespørsel om deltakelse i kvalitativt forskningsintervju per e-post (se vedlegg 1). Hvor og når intervjuet skulle gjennomføres, ble også avtalt per e-post.

2.3 Intervjuguide og intervju

Det ble gjennomført tre semistrukturerte intervjuer med bruk av intervjuguide. Dette ga intervjupersonene mulighet til å bringe opp temaer som vi som forskningspersoner ikke hadde tenkt på (Malterud, 2017.)

På forhånd utarbeidet vi en intervjuguide, der vi kom frem til tre hovedtemaer vi ønsket å fokusere på; kolspasienten, kols og røyking og intervjupersonenes betraktninger av helsepersonells kunnskapsnivå om kols. For hvert hovedtema hadde vi noen underspørsmål som kunne hjelpe oss å holde oss innenfor rammene for oppgavens tema (se vedlegg 2). I tillegg lagde vi noen oppvarmingsspørsmål og et avslutningsspørsmål for å skape bedre flyt i intervjuet. I forkant av intervjuene ble det gjennomført pilotintervju med to medstudenter. Dette for å få litt erfaring med å intervjuer, samt for å teste ut intervjuguiden. Intervjupersonene ble oppfordret til å være kritisk både til spørsmålene og til vår fremtreden som intervjuere.

Etter intervjupersonenes eget ønske ble intervjuene gjennomført på intervjupersonenes arbeidsplass. Hvert intervju hadde en varighet på omtrent en time. Intervjuene ble gjennomført ved at en intervjuet, mens den andre noterte ned svarene på pc. For at begge skulle få erfaring med intervjuing og skriving, valgte vi å intervjuer en intervjuperson hver. Hvem som skulle gjennomføre det siste intervjuet ble avgjort ved loddtrekning.

2.4 Analysestrategi

Transkripsjon

Dalland (2012) beskriver transkripsjon som en prosess der man skriver ned ord for ord det som blir sagt. Etersom tidsaspektet for oppgaven satte begrensninger for søknad til Norsk senter for forskningsdata (NSD), var ikke bruk av lydopptaker mulig i vår bacheloroppgave (Personopplysningsloven av 2018, §1). Transkripsjonen ble derfor gjort så ordrett som mulig ved at den som ikke intervjuet noterte på pc. Dette førte til at store deler av vår transkripsjon ble gjort under selve intervjuet. I ettertid av intervjuene bestod transkripsjonen av å omforme

språket fra muntlig til skriftlig form. Denne prosessen skjedde umiddelbart etter hvert intervju. Transkripsjonen ga oss rådata i form av intervjupersonenes meninger, tanker, erfaringer og observasjoner. Det var nødvendig å systematisere og analysere denne rådataen for å kunne svare på problemstillingen vår.

Analyseprosessen

I analyseprosessen valgte vi å ta utgangspunkt i Malteruds systematiske tekstkondensering, som tar for seg fire analysetrinn. Første trinn handler om å få et helhetsinntrykk og danne seg noen foreløpige temaer. Her valgte vi å lese tekstene hver for oss, der vi dannet oss et helhetsbilde av intervjuene, samt tanker om ulike temaer. Etter å ha lest gjennom hver for oss, møttes vi og forhandlet oss fram til foreløpige temaer.

Andre trinn handler om å identifisere meningsbærende enheter som kan tenkes å belyse vår problemstilling (Malterud, 2017). Etter anbefaling fra Malterud prøvde vi å reformulere og sortere de foreløpige temaene fra første trinn, og kom da frem til reviderte temaer som dannet grunnlaget for kodegrupper. Videre jobbet vi med å skille irrelevant tekst fra relevant tekst i transkripsjonen. Den relevante teksten ble puttet under de forskjellige kodegruppene.

Hensikten med tredje trinn, er å hente ut meningen i innholdet av de enkelte meningsdannende enhetene (Malterud, 2017). Her jobbet vi med å dekontekstualisere de meningsbærende enhetene, som vil si å plukke de ut fra transkripsjonen og plassere de i passende kodegrupper (ibid). Under denne prosessen fant vi ut at flere av kodegruppene hadde fellesnevner, noe som gjorde at vi grupperte kodegruppene i to hovedkategorier: “Kolspasienten” og “Fysioterapeuters møte med kolspasienter”. Under hovedkategoriene ble det laget to til fire subgrupper.

Analyseprosessen sine siste trinn, handler om å sammenfatte betydningen av det vi har funnet; å rekontekstualisere materialet (Malterud, 2017). I denne delen av prosessen undersøkte og forsikret vi oss om at det var samsvar mellom de oppstykke delene fra de første tre trinnene og helheten fra transkripsjonen. Til slutt sammenfattet vi resultatene på bakgrunn av intervjuene, og lagde en analytisk tekst (ibid). Dette sluttresultatet presenteres som våre funn under resultatkapitlet.

2.5 Ethiske vurderinger

I vår bacheloroppgave har vi fulgt de forskningsetiske retningslinjene, med fokus på personvern og personopplysninger. I skrivet som ble sendt ut på forhånd ble det informert om oppgavens hensikt, og gangen i intervjuet. Vi var tydelige på at gjennomføringen av intervjuet skulle skje på intervjupersonenes prinsipper. Dette vil si at de bestemte hvor intervjuet skulle gjennomføres og at de kunne når som helst trekke seg fra prosjektet, slik at de ikke skulle føle seg presset til å si noe taushetsbelagt. All data som ble samlet inn ble behandlet konfidensielt, og intervjupersonene fikk tildelt pseudonymer i analysedelen av oppgaven. Arbeidssted ble anonymisert med generelle beskrivelser som sykehus, rehabiliteringssenter og fysikalsk institutt.

2.6 Metodekritikk

Vi valgte å bruke kvalitativ metode med semistrukturerte intervju som innsamlingsmetode. Vi ser på dette som et godt valg for vår problemstilling, da eventuelle fordommer og holdninger kan komme til uttrykk blant annet gjennom kroppsspråk, toneleie og erfaringsbaserte tanker og meninger. I følge Kvale & Brinkmann (2015) er intervjuerens ferdigheter ofte avgjørende når man utfordrer intervjupersonen til å forsvare holdninger eller oppfatninger (Kvale & Brinkmann, 2015). Våre manglende erfaringer og ferdigheter i å intervjuer kan være en svakhet ved datainnsamlingen.

Ved oppstart av et forskningsprosjekt er forforståelsen en viktig side av motivasjonen for å sette i gang arbeidet rundt et gitt tema (Malterud, 2017). Vår bakgrunn som fysioterapistudenter og tidligere erfaring med kolspasienter har vekket vår interesse og samtidig dannet en forforståelse om at dette er en pasientgruppe som kan møte negative holdninger i forbindelse med røyking. Selv om Malterud (2017) mener at forforståelsen er en motivasjon, kan den også gjøre at vi går inn i prosjektet med skylapper og begrenset horisont, der forforståelsen kan overdøve budskapet fra det empiriske materialet (Malterud, 2017). Som forskere har vi prøvd å være bevisst vår forforståelse og gå inn i intervjuene og analyseprosessen med et så åpent blikk som mulig. Likevel må vi erkjenne at som uerfarne forskere har vi lettere for å bli påvirket av den.

Pilotintervjuene ble gjennomført med to medstudenter som intervjupersoner, ettersom vårt ønske om å intervju fysioterapeuter ikke lot seg gjennomføre grunnet tidsmangel. Dette er en potensiell feilkilde, da våre medstudenter verken er ferdig utdannet eller har særlig erfaring med kolspasienter. Dette førte kanskje til at vi ikke fikk like kritiske tilbakemeldinger som en erfaren fysioterapeut ville ha gitt.

Malterud (2017) skriver at kvalitative studier forutsetter gjensidig tillit. For oss som forskere var det viktig å opptre profesjonelt ved å gjøre tydelige avtaler, møte opp presist og vise takknemlighet overfor intervjupersonene. Økt troverdighet til oss som forskere, kan ha bidratt til økt tillit hos intervjupersonen.

Vi valgte bytte på hvem som intervjuet og hvem som noterte på pc, slik at begge fikk erfaring med å være intervjuer. Fordi vi som forskere har ulike kvaliteter, kan dette potensielt påvirke datamaterialet.

Det som ble sagt under intervjuene ble skrevet så ordrett som mulig ned på pc, noe som kan sette begrensninger for oppgavens validitet. I følge Malterud (2017) er det sjeldent at skriftliggjøring av et menneskes talemåte vil gi en gyldig gjengivelse av det som har blitt sagt. Det naturlige talespråket er ofte mer uformelt og oppstykket enn det skriftlige språket. Ved å skriftliggjøre intervjupersonenes talemåter, kan man gå glipp av viktig informasjon, fordi non-verbal kommunikasjon kan være avgjørende for det intervjupersonen vil formidle (ibid). Selv om vi i forskningsprosessen har vært bevisst dette, kan det ha oppstått misforståelser som har ført til en feilaktig gjengivelse av situasjonen.

I forbindelse med intervjuene ble det ikke presisert at vi ønsket at intervjupersonene skulle skille mellom kolspasienter som røyket mye og lite. Det ble heller ikke tatt høyde for om de ikke-røykende kolspasientene tidligere har røyket.

Vi valgte bevisst å holde igjen informasjon i forkant av intervjuet om hvilke spørsmål vi kom til å stille. Dette fordi vi ønsket at intervjupersonene skulle komme med spontane eksempler fra egen praksis etter hvert som de besvarte spørsmålene. Under alle tre intervjuene opplevde vi at intervjupersonene uttrykker usikkerhet om hva vi er ute etter, og ønsket mer informasjon

på forhånd slik at de kunne ha forberedt seg bedre. Det kan diskuteres om slik informasjon hadde kommet oss til gode, eller om det hadde ført til at intervjupersonene hadde kommet med forutbestemte svar.

3.0 Resultat og diskusjon

I dette kapitlet presenteres oppgavens resultater i form av intervjupersonenes erfaringer, meninger, fortellinger og observasjoner i arbeid med kolspasienter som røyker og som ikke røyker. Vi har valgt ut resultatene vi anser som mest hensiktsmessige for å svare på vår problemstilling. Resultatene vil bli diskutert rett under. Av forskningsetiske hensyn vil intervjupersonene videre bli omtalt med følgende fiktive navn: Anne, Grete og Gunnar.

Intervjupersonene har arbeidet med kolspasienter i henholdsvis 5, 25 og 30 år. Det er imidlertid forskjeller i hvor stor andel av pasientene deres som har kols. Anne jobber på rehabiliteringssenter og arbeider med kolspasienter store deler av året, mens Grete jobber på sykehus og møter kolspasienter stort sett hver dag. Gunnar jobber på fysikalsk institutt der andelen kolspasienter varierer i perioder.

3.1. Kolspasienten

3.1.1 Den typiske kolspasienten

Resultat

Ved spørsmål om intervjupersonene mener det finnes en typisk kolspasient, har alle tanker rundt dette. Gunnar og Grete er enige om at den typiske kolspasienten ikke er av den sprekeste typen; Gunnar sier at det “ikke er et typisk friluft- eller idrettsmenneske”, mens Grete sier at “det kanskje er en person rundt 70 år som har røyka og som ikke er så fysisk aktiv”. Gunnar legger til at kolspasienter vil ha betydelig langsomhet i arbeidet sammenlignet med en person uten kols. Han utdyper dette slik:

“De tar seg ofte en pause og en kaffe. (...) De blir kanskje også veldig sosiale her, de møtes gjerne her på klinikken på et bestemt tidspunkt og trener sammen. Da får treningen en annen dimensjon også, enn kun treningen.”

Videre beskriver han kolspasienten som blir gående på klinikken som en person som har god motivasjon: “Hvis han blir gående her og trene, vil han jo ha adaptert livet sitt til sykdommen. Jeg har ganske stor respekt for de som går her.” Han legger til:

“Ja, altså, det må jeg forresten si, jeg må si hva jeg tenker om kolspasienter. Det er mange som ikke slår meg som kolspasienter, noen går med 13% lungekapasitet, mens andre vises det nesten ikke på. Vi har noen her som ikke støtter seg til apparatene på treningssalen i det hele tatt og det er ikke mye hosting og harking.”

Både Anne og Grete gir hovedsakelig ytre beskrivelser. De nevner begge pusteproblematikk og holdningsforandring i form av protraherte skuldre og forandret form på thorax:

“De er jo tungpustet. (...) Her ser vi kolspasienter som er mest underernært. Og så får de en holdningsforandring, de krummer seg sammen og sitter foroverbøyd [viser med kroppen]. Ofte så røyker de, og da ser vi de ute og røyker. (...) Og så bruker de den leppepusten”. (Anne)

“Den der holdningen med høye skuldre, og at de er magre da. Og dette med thorax, litt protraherte skuldre, tønneformet thorax, tynne føtter. Og litt sånn tungpustet. Nå tenker jeg på de verste da. På grad to og sånn så ser man det ikke så mye på holdningen, men de hevede skuldrene ser man uansett, dette skjer automatisk når man får pustebesvær.” (Grete)

Anne legger til at “røyken er en viktig risikofaktor, men det er ikke alle som får kols på grunn av røyking”. Grete sier at majoriteten av kolspasienter røyker eller har røyket, men at faktorer som arv og miljø også vil ha betydning for om man får kols eller ikke.

Alle nevner beskrivelser som er knyttet til ulike samfunnslag. Gunnar sier at han ikke tror de har “den høyeste sosioøkonomiske statusen”, mens Anne sier at mange av kolspasientene som røyker “er minstepensjonister eller de går på NAV”. Grete sier derimot det kan være stor variasjon: “De kan være høyt utdannet, eller de kan være vaskedamer”.

Både Gunnar og Anne nevner angst knyttet til den typiske kolspasienten. Anne sier at kolspasientene med grad tre til fire ofte har en del angst. Videre sier hun at mange kolspasienter “lever isolerte liv og røyken blir fort deres venn og eneste trøst”. Gunnar sier at kolspasientene han har møtt “har ulik grad av angst”.

Diskusjon

Sammenlignet med Anne og Grete kan det virke som om Gunnar legger mer vekt på hvordan pasientene er som personer. Det er imidlertid viktig å få frem at Gunnar møter kolspasienter som frivillig møter opp for å trene ved det fysikalske instituttet. Det kan derfor antas at Gunnar møter sprekere kolspasienter, noe som er logisk ettersom de nasjonale retningslinjene for kols har gitt føringer om at spesialisthelsetjenesten hovedsakelig skal ha ansvar for de mer akutte og komplekse tilfellene av kols (Gulsvik et al., 2012). Anne og Guro møter antakeligvis pasienter som er mer preget av kolsdiagnosen sin, noe som kan påvirke deres tanker om “den typiske kolspasienten”.

I følge Goffmans stempelingsteori oppstår stigmatisering når det er et gap mellom forestillingene om hvordan et menneske bør være og hvordan dette mennesket er når man møter det (Goffman, 2014). Man kan tolke intervjupersonenes ytre beskrivelser og kommentarer om lite fysisk aktivitet, som et resultat av forestillingene man danner seg om et individ. Samtidig snakker alle om at individuelle forskjeller og grad av kols er av betydning, noe som antyder at deres forventninger ikke alltid samsvarer med det som møter dem. På bakgrunn av dette er det viktig å ikke påstå at intervjupersonene stigmatiserer i møte med kolspasienter, men man kan samtidig ikke utelukke at det potensielt kan oppstå. Dette fordi antall intervjupersoner i dette studiet ikke gir grunnlag for konklusjon på generell basis. Det er også viktig å ta i betraktning at intervjupersonene fikk spørsmålet “finnes det en typisk kolspasient?”. Det kan hende at beskrivelsene var noe de tenkte vi ville høre, ut fra hvordan de tenker samfunnet forøvrig har kategorisert kolspasienter.

Både Anne og Grete sier at de assosierer røyking med en typisk kolspasient, til tross for at begge er klar over at diagnosen ikke nødvendigvis skyldes røyking. Ettersom rundt 150 000 nordmenn over 40 år har kols (Folkehelseinstituttet, 2018), vil man som fysioterapeut i arbeid med eldre sannsynligvis møte kolspasienter jevnlig. Når man i tillegg vet at røyk hovedårsaken til utvikling av kols (World Health Organization [WHO], 2017), er det kanskje ikke så rart at intervjupersonenes beskrivelser av den typiske kolspasienten inkluderer røyking. Deres forståelse av at røyking ikke alltid er årsaksforklaringen, kan antyde at de er bevisst dette i sitt arbeid med kolspasienter. Denne bevisstheten kan eventuelt føre til at det ikke oppstår stigmatisering i møte med pasientgruppen.

Samfunnslag er et begrep som kan diskuteres når Anne og Gunnar omtaler kolspasienter som personer med “lav sosioøkonomisk status” og “minstepensjonister”. Gunnar og Anne sine uttalelser om at kolspasienter ofte kommer fra lavere samfunnslag kan ses i sammenheng med resultatene i studien til Halding og kollegaer fra 2011. Studien antyder at kolspasienter opplever nedgang i sin sosiale posisjon og verdi etter at de fikk diagnosen. Selv om ikke alle kolspasienter kommer fra lavere sosioøkonomiske lag, kan samfunnets potensielle forestilling om dette ha betydning for opplevelsen av ens posisjon i samfunnet. Gunnar og Annes kommentarer rundt dette kan bekrefte at det kanskje finnes forestillinger i samfunnet om at kolspasienter kommer fra lavere samfunnslag. Grete uttrykker derimot at de kan komme fra alle samfunnslag, noe som kan tolkes som mindre kategoriserende og dømmende.

Anne og Gunnar assosierer kolspasienter med angst, noe som er i tråd med Funk og kollegaer sin studie der kolspasientene som deltok i studien fikk angstsymptomer i forbindelse med dyspné (Funk, Kirchheiner, Burghuber, & Hartl, 2009). Selv om Anne kategoriserer kolspasientene hovedsakelig med ytre beskrivelser, kan man antyde at hun også ser de psykologiske aspektene ved diagnosen. Dette fordi hun prater om at røyken blir en venn og trøst når man lever isolerte liv. Det samme kan man si om Gunnar som sier at han ser ulik grad av angst hos kolspasientene. Dette kan antyde at de begge tar i bruk den biopsykososiale modellen i sin forståelse av kolspasienten. Modellen vektlegger samspillet mellom kropp, sjel og omgivelser i forståelsen av sykdomsbildet (Engel, 2012).

3.1.2 Tanker rundt kolspasienters møte med helsepersonell

Resultat

Ved spørsmål om hvordan intervjupersonene tror kolspasienter møtes av helsepersonell, sier Anne at hun tror pasientene føler på skam “fordi de tenker at vi tenker at det er selvforskyldt”. Hun sier videre at “pasienter kan føle at de er en skam eller en tabu” og at “noen pasienter kan si at de heller har emfysem fordi det er et mindre kjent begrep”. Hun legger til at mange også sier at de har astma.

Gunnar sier han tror det varierer hvordan de blir møtt av helsevesenet, og utdyper dette med et eksempel fra egen praksis: “Noen har fått et anstrengt forhold til fastlegen og føler at de

har blitt sett ned på fordi de har det klare årsaksbildet. De har kanskje fått en pekefinger fordi de røyker”.

Grete sier at hun ikke tror kolspasienter har negative opplevelser i møte med helsepersonell.

Hun utdyper dette slik:

“Det er jo økt kunnskap nå, så det er mer kjennskap til hva som er bra. Av helsevesenet tror jeg ikke de opplever det som vanskelig, men kanskje mer av samfunnet. (...) Tiltakene vil jo variere, men vår tilnærming til dem vil alltid være den samme.”

Diskusjon

Selv om Anne svarer på spørsmål om hvordan hun tror kolspasienter blir møtt av helsepersonell, kan det tenkes at hun egentlig svarer på hvordan hun tror kolspasienter blir møtt generelt i samfunnet. Dette fordi det kan tenkes at pasientene heller vil omtale kols som emfysem eller astma i samtale med folk som ikke vet hva disse diagnosene betyr. Det kan diskuteres om man skal tolke Annes svar som hvordan pasientene blir møtt av helsepersonell eller av samfunnet for øvrig.

Anne og Gunnars tanker om hvordan kolspasienter blir møtt, samsvarer med studier som viser at noen kolspasienter opplever negative holdninger og tanker om at diagnosen er selvforskyldt (Rose, Paul, Boyes, Kelly, & Roach, 2017; Halding, Heggdal og Wahl, 2011). Forskningen stemmer derimot ikke med Grete som mener at helsepersonell ikke gir pasienter negative opplevelser knyttet til holdninger rundt diagnosen. Hun virker klar i sin mening om at alle behandles likt, noe som er interessant når studier viser at kolspasienter ikke føler seg ivaretatt på en rettferdig måte av helsevesenet (Halding, Heggdal, & Wahl, 2011).

3.2 Fysioterapeuters møte med kolspasienter

3.2.1 Biopsykososiale aspekter i møte med kolspasienter

Resultat

Ved spørsmål om hvordan de møter kolspasientene, er alle intervjupersonene opptatt av å møte den enkelte pasient ut fra deres behov. Gunnar trekker frem “trygghetsaspektet” som viktig i møte med kolspasienten. Han ser viktigheten av at pasientene har en person de kan forholde seg til og som de er trygg på. Kommunikasjon er noe Gunnar trekker frem: “Jeg tror vi bør vite mer om hvem de er, hvor de har vært og hvor de vil. Vi må kommunisere med dem”. Gunnar sier at gruppetilbud til denne pasientgruppen er nyttig, men han vektlegger at man også må se den individuelle kolspasienten. Han forteller videre at “man må være musikalsk i møte med dem, og å ha respekt for dem”. Når vi spør hva han mener med å være musikalsk, sier han at det betyr at man finner “viben” med dem og utvikler et samspill.

Anne trekker frem viktigheten av å lytte til kolspasienten: “Jeg tror det er viktig å kunne sette seg ned og høre på bakgrunnen til den enkelte pasient, å sette seg ned og høre på deres hverdag, hvilke symptomer de har og legge til rette for medbestemmelse.” Hun eksemplifiserer dette ved å si at en del kolspasienter bruker litt tid om morgenen, noe som må tas hensyn til i fysioterapibehandling.

Grete er opptatt av å behandle folk skikkelig. Hun sier at profesjonaliteten skal ivaretas uavhengig om man har kols eller om man har brukket en fot. Hun forteller videre:

“Det er veldig individuelt hva de har problemer med. Hvis de har mye slim, da, noen har lite og noen har mye. Ofte lærer man dem teknikker for slim og tungpustethet. Og så er det den treningen, da, man må finne ut individuelt hva de har lyst til. Man må motivere folk til å trene, og å gjøre det forskningen viser kan være lurt.”

Diskusjon

Selv om alle intervjupersonene er opptatt av å møte pasientene ut fra deres individuelle behov og utgangspunkt, kan det tenkes at Anne og Gunnar er mer opptatt av å forstå hele pasienten. Dette kan ha sammenheng med at de arbeider på steder der de følger pasientene tett over en lengre periode. Ved lengre oppfølging trengs det kanskje en bredere forståelse av pasienten og dens liv. Deres tanker om viktigheten av forståelse, samsvarer med den biopsykososiale forståelsen om at det er et kontinuerlig samspill mellom kropp, sjel og omgivelser (Engel, 2012). Tankene deres er også i tråd med forskning som viser at kolspasienter opplever

helsepersonell som troverdige når de er “konsekvent lyttende og samvittighetsfulle” (Leidy & Haase, 1999). Anne og Gunnars helhetlige tilnærming til pasientgruppen er også i tråd med forskning som fastslår at det må tas like mye hensyn til sosiale og mentale faktorer som til fysiske begrensninger i behandling av kolspasienter (Franssen et al., 2018).

I biomedisinsk tankegang blir sykdom definert gjennom vitenskapelig molekylærbiologi (Engel, 2012). Med utgangspunkt i Gretes svar om hvordan hun arbeider med kolspasienter, kan det virke som om hun hovedsakelig iverksetter tiltak basert på den biomedisinske modellen. Hun er tydelig på at man må behandle de individuelle problemene hos pasientene, men da med fokus på teknikker for å få opp slim, trening og annet som forskning viser er bra. Fysioterapeuters jobb på sykehus består ofte av korte konsultasjoner og behandlinger, noe som potensielt kan påvirke relasjonen man får til pasientene. Det kan tenkes at det er vanskelig å opprette en nær relasjon når pasientene utskrives i løpet av få dager. Det biopsykososiale samspillet mellom kropp, sjel og omgivelser vil likevel være tilstede, uavhengig om pasienten befinner seg på et sykehus eller en rehabiliteringsinstitusjon. Man kan derfor ikke konkludere med at kortvarige relasjoner gir grunnlag for å møte pasientgruppen med en forståelse uten fokus på pasientens psykologiske og sosiale situasjon.

3.2.2 Fysioterapeuters bruk av kunnskapsbasert praksis

Resultat

Alle intervjupersonene nevner flere ganger at kols er en kronisk sykdom. Gunnar utdyper dette ved å si at kolspasienter er pasienter vi vil ha langvarige forhold til, mens Grete trekker frem viktigheten av å jobbe forebyggende på bakgrunn av kronisiteten. Anne sier at det må foreligge en indre motivasjon for å bremse sykdomsutviklingen.

Alle tre vektlegger verdien av oppfølging av kolspasientene. Anne sier at hun liker å jobbe med rehabilitering, fordi hun blir godt kjent med pasientene samtidig som hun får utskifting av pasienter etter noen uker. Gunnar vektlegger “kvaliteten av at du får følge folk opp i lenger tid, sammenlignet med for eksempel sykehuset”. Grete snakker også om viktigheten av oppfølging: “Man må jo ta dem inn igjen og se hvordan det går. Kvaliteten på jobben du gjør er viktig”.

Anne trekker frem nytten av å jobbe med kolspasienter i grupper: “Dette er nyttig fordi de kan dele erfaringer og man kan se hvor ille det kan gå”. Hun snakker også om individuell

behandling i visse situasjoner: “Vi jobber hovedsakelig i grupper, men vi jobber også individuelt med pasienter, for eksempel ved slimmobilisering, samtaler i forhold til røykeslutt eller hvis det gjelder psykiske aspekter”.

Gunnar trekker frem viktigheten av god informasjon og veiledning, slik at kolspasientene kan danne seg gode vaner for å klare å håndtere sykdommen sin. Han sier at han vet at aktiv behandling har bedre dokumentert effekt enn passiv, og ser på fysisk aktivitet som sentralt i behandlingen. Han nevner spesielt kondisjon, styrke og øvelser med fokus på thoraxmobilisering. Han mener samtidig at det er viktig å ikke glemme “hands on” som en del av verktøykassen man har som fysioterapeut: “Jeg synes egentlig det er synd at fysioterapeuter ikke lærer dette. Jeg er glad jeg har det i bunn, det har nesten blitt en doktrine at alt skal være aktivt”. For å underbygge sin påstand sier han at slim ikke alltid kan mobiliseres kun ved aktiv tilnærming, derfor kan passive tiltak være et godt supplement i behandlingen.

Grete trekker frem at det er individuelt hva kolspasientene har problemer med, for henne er det viktig i å gi behandling som forskning viser har effekt:

“Man må gjøre det forskningen viser kan være lurt. (...) Trening ift. ant reps. Det er jo sånn at man går mer og mer over til styrketrening og ikke så mye kondisjonstrening da... Det tror jeg man kan fokusere på også i utdanningen.”

Intervjupersonene har også en felles forståelse om at pasientenes egne tanker og meninger er av betydning. Gunnar sier at man må ta seg tid til å finne ut hvem pasientene er og hvor de vil. Grete sier det er viktig å kartlegge hva den enkelte pasient har lyst til å jobbe med, mens Anne sier det er viktig å lytte til dem og legge til rette for medbestemmelse.

Diskusjon

Kunnskapsbasert praksis er sentralt å diskutere når man ser hva intervjupersonene vektlegger i behandling av kolspasienter. Selv om vi ikke stilte direkte spørsmål om hvordan de utøvet kunnskapsbasert praksis, la vi til rette for at de kunne snakke om det. Det er imidlertid viktig å kommentere at dersom intervjupersonene hadde fått direkte spørsmål om kunnskapsbasert praksis, er det mulig vi hadde fått andre svar.

Intervjupersonenes forståelse om kols som en kronisk sykdom og at pasientene dermed krever langvarig oppfølging, gjør at de ser viktigheten av god oppfølging. Gunnar og Anne nevner verdien langvarige forhold har for kvaliteten på behandlingen, mens Grete trekker frem viktigheten av å ta pasientene inn igjen for å se hvordan det går. Alle intervjupersonene sier noe som underbygger det Risør et al (2013) konkluderer med i sin studie; Kjennskap til pasienten er avgjørende for et bra samarbeid med kolspasientene.

Alle er enige om at pasientens meninger og tanker er av betydning. Dette kan trekkes inn mot brukerkunnskap og brukervedvirkning (Jamtvedt, Hagen, & Bjørndal, 2015).

Det nevnes blant annet at man må kartlegge hva pasienten har lyst til, undersøke hvor han er og hvor han vil, og legge til rette for medbestemmelse. Det er vanskelig å si hvordan dette blir utøvd i praksis når vi ikke får mer konkrete eksempler som viser hvordan man kan oppnå god brukervedvirkning. Likevel kan vi ikke påstå at de ikke fokuserer på brukervedvirkning.

Til tross for at det kun er Grete som ordrett sier at hun vektlegger forskningsbasert kunnskap i sin praksis, kan man også antyde at både Gunnar og Anne anser dette som viktig. Begge nevner at fysisk aktivitet og trening er viktig i behandlingen, noe som underbygges av forskning som viser at relativt små mengder fysisk aktivitet har gunstig effekt på kolspasienter (Garcia-Aymerich, Lange, Benet, Schnohr, & Antó (2006). Annes fokus på gruppetrening peker også i retning forskningsbasert kunnskap. Dette på bakgrunn av forskning som viser at gruppebehandling er gunstig for personer med kols (Bruusgaard, Hellem, Östrem, & Henrichsen, 2015). Det å se andre i samme eller lignende situasjoner kan skape gode rammer for å bygge relasjoner og dele erfaringer, som videre kan bidra til å gjøre dem mindre sårbare (ibid). Anne snakker også om at enkelte behandlingsformer, som slimmobilisering, røykeslutt og psykiske aspekter, behandles individuelt. Utfordringer som behøver individuell behandling kan tolkes som mer sårbare sider, som ikke egner seg for behandling i grupper. De psykiske aspektene som Anne snakker om, kan knyttes opp mot forskning som viser at angstsymptomer er vanlig hos personer med kols (Funk, Kirchheiner, Burghuber, & Hartl, 2009; Wong et al., 2014).

Det som skiller intervjupersonene er vektleggingen av erfaringsbasert kunnskap. Ut i fra svarene som ble gitt under intervjuet, finner vi ikke utsagn som gir oss inntrykk av at Grete i stor grad vektlegger erfaringsbasert kunnskap. Gunnar er derimot tydelig på at han mener

passive tiltak er en viktig del av fysioterapeuters verktøykasse. Han sier at han har erfaring med at passive tiltak fungerer i forbindelse med slimmobilisering, noe som strider imot forskning som viser at aktiv behandling er mer effektivt (Ides, Vissers, De Backer, Leemans, & De Backer, 2011). Dette viser evne til kritisk refleksjon og bevissthet rundt egne behandlingsmetoder, der han bruker forskningsbasert kunnskap sammen med erfaringsbasert.

Som fysioterapeut bør man ta i bruk alle elementer i den kunnskapsbaserte praksisen for å gi riktig behandling til kolspasientene. Ved å praktisere denne tankegangen, med utgangspunkt i alle aspektene i modellen om kunnskapsbasert praksis kan man møte kolspasienter på den måten de trenger, ut fra de følgetilstandene som kolsdiagnosen kan medføre.

3.2.3 Behandling av røykende og ikke-røykende kolspasienter

Resultat

Når vi spør om det er forskjell i behandlingen de gir til røykende kontra ikke-røykende kolspasienter er det ingen av intervjupersonene som mener det er tilfellet. De sier at den eneste forskjellen i behandlingen vil eventuelt være samtale om røykeslutt. Grete forteller at hun gjerne konfronterer kolspasienter med røykingen, spesielt dersom de har mye slim og ønsker lungefysioterapi for dette. Samtidig anser hun ikke arbeid for røykeslutt som sitt ansvarsområde: “Jeg følger dem ikke på den måten, jeg driver ikke med røykesluttkurs. Det er ikke det jeg driver med.” Anne forteller at heller ikke hun har røykeslutt som en del av fysioterapibehandlingen: “Det er en sykepleier som har ansvaret for røykavvenning og røykevaner”.

Anne sier at det er viktig at det ikke oppstår holdninger der røykende kolspasienter blir sett ned på i behandlingssituasjon. Hun legger til: “Det er ikke sånn at de får dårligere behandling eller noe sånt”. Grete refererer til loven når hun sier at man ikke skal forskjellsbehandle pasienter, og sier at det er viktig for henne å fremtre profesjonelt. Hun er tydelig på at hun ikke forskjellsbehandler selv:

“Sånn sett så synes jeg ikke vi gjør forskjell på de som røyker og ikke røyker. Tiltakene kan være forskjellige, men tilnærmingen blir den samme. De er jo like mye verdt. (...) Dette er jobben vår, så sånn lovmessig så har vi ikke lov til å forskjellsbehandle, da. (...) Man skal behandle folk skikkelig uansett. Man ser ikke på

kols annerledes enn på en som har brukket en fot. Man behandler alt profesjonelt. (...) Vi kan ikke tillate oss å behandle dem på feil måte.”

Gunnar sier at han ikke tror pasientene føler seg stigmatisert eller forskjellsbehandlet i møte med han selv. Han forteller at han ikke husker sist han hadde en røykende kolspasient, og sammenligner derfor kolspasientene med andre pasientgrupper. Han snakker om viktigheten av å ikke stigmatisere:

“Du snakker om sosiale stigma, men du trenger ikke gjøre det til et stigma. (...) Når de har fått diagnosen må vi jo ta det derfra. Vi har jo alle et levd liv. (...) Jeg kan ikke sitte på en høy hest og dømme hvordan de har kommet hit. (...) Du kjenner at du møter noen fordommer i deg selv, men så overrasker de deg ved at de ser at trening er bra og de endrer situasjonen sin. Etter hvert så lærer man vel bedre å ikke skue hunden på hårene. (...)”

Videre snakker han rundt sine tanker om behandling av røykende og ikke-røykende pasienter som har fått diagnosen:

“Hvis begge har kols, tror jeg egentlig ikke det er forskjell, nei. Hadde det vært en friluftsmann eller en røyker, så ville begge ha kommet i ganske dårlig form allerede når de har fått kolsdiagnosen. Så jeg tror egentlig ikke det er forskjeller på de to nei”.

Gunnar sier han tror det vil være lettere å godta kolsdiagnosen dersom man har en røykehistorie. Han eksemplifiserer dette ved å si at han aldri har hørt en person som røyker si: “Hvorfor meg?” når vedkommende får diagnosen. Han sier derimot at han hører dette hos personer der diagnosen kommer som en overraskelse. Han sier videre at kolspasienter har lavere intensitet i treningen og at målet er at pasientene skal finne sitt eget løp i treningssalen hans.

Grete forteller om generelle forskjeller blant kols pasienter i treningssituasjon. Hun sier at hun har kolspasienter som legger ned stor innsats i treningen der “noen gir alt og møter veggen, mens andre trenger å pushes litt”.

I treningssituasjoner forteller også Anne at det ikke nødvendigvis er forskjeller i innsatsen som legges ned, men legger til følgende når det gjelder kolspasientene som røyker:

“Vi jobber med kols pasienter i grupper, vi prøver å lage treningsgrupper på ti pasienter. (...) Du har jo de som går ut og røyker før trening, kommer inn å gjør en kjempeinnsats på trening for å så å gå ut og røyke ingen. De skjønner ikke helt sammenhengen mellom trening og røyking.”

Anne sier at hun synes det er utfordrende og demotiverende når pasientene går ut og tar seg en røyk etter at de har fått informasjon om hvor uheldig røyking er for sykdomsutviklingen. Hun sier videre at hun blir frustrert når de ikke tar imot råd. Anne utdyper dette slik: “Man bruker mye tid og krefter på noe de ikke helt forstår.” Grete sier at man kjenner på utfordringer i arbeid med røykere. Hun fortsetter:

“Det er jo enkelte pasienter som ikke følger opp medisiner og som ikke slutter å røyke, og som rett og slett ikke gjør det vi mener er hensiktsmessig, og som ikke bremser sykdommen selv. (...) Noen ganger blir man irritert. Men det går nå over, man må jo tenke at så lenge de har fått informasjon og de vet at de ikke bør røyke så har du gjort ditt. Og hvis de gjør det likevel, så blir det vel deres sak”.

Diskusjon

Eagan og kollegaer har forsket på viktigheten av røykeslutt hos kolspasienter og funnet dette som avgjørende for å hindre ytterligere tap i lungefunksjon (Eagan, Gulsvik, Eide, & Bakke, 2004). Dette samsvarer med intervjupersonenes kommentarer om at røykeslutt bør snakkes om i møte med pasientene. Likevel oppgir ingen av de tre fysioterapeutene at de aktivt arbeider med røykeslutt. I de nasjonale faglige retningslinjene for kols tematiseres viktigheten av at alle helseprofesjoner har kjennskap til hvordan man kan motivere til røykeslutt (Gulsvik et al., 2012). Det er da interessant at intervjupersonene forteller hvor viktig røykeslutt er, men det kommer ikke tydelig frem at det er noe de mener de må ta ansvar for i egen praksis. Sammenlignet med andre profesjoner, kan det tenkes at fysioterapeuter har lengre tid med pasientene, noe som kan gi større mulighet til å få en bredere innsikt i pasientens liv. Dette

gir fysioterapeuter en særstilling i behandlingsforløpet, der de kan være viktige støttespillere på flere områder, som blant annet røykavvenning.

Intervjupersonene sier at alle kolspasienter behandles likt, uavhengig om de røyker eller ikke. Sett i lys av tidligere forskning samsvarer ikke dette med kolspasienters opplevelse av møtet med helsevesenet (Berger et al., 2011; Halding et al., 2011; Leidy og Haase, 1999).

Resultatene i disse studiene viser at kolspasienter opplever negative holdninger fra helsepersonell. Disse opplevelsene er knyttet til lite fokus på biopsykososiale faktorer i behandlingssituasjon, som pasientenes bekymringer og personlige ressurser. Studiene har imidlertid sett på kolspasienters møte helsevesenet i sin helhet, noe som gjør at resultatene ikke kan knyttes direkte til fysioterapeuter.

Det er imidlertid interessant at både Anne og Gunnars uttalelser antyder at de tror kolspasienter kan oppleve forskjellsbehandling og stigmatisering, men de er tydelige på at dette ikke gjelder de selv. Dette kan gi oss et inntrykk av at fysioterapeuters grunnholdning generelt innebærer et ønske om å gi best mulig behandling. Samtidig må vi være bevisst muligheten for at intervjupersonene ønsket å presentere seg selv og sin profesjon på best mulig måte.

Det kan være verdt å trekke fram den kanadiske studien fra 2018 der resultatene antyder at fysioterapeuter utøver en mild grad av eksplisitt stigma mot kolspasienter (Bass et al., 2018). Det kan imidlertid diskuteres hvor valid denne studien er, med tanke på at spørreskjemaet ikke ga mulighet til å svare 0 i undersøkelsen, som tilsvarer "ingen stigma". Det kan derfor tenkes at Bass og kollegaer hadde en forforståelse om at fysioterapeuter utøver stigma mot pasientgruppen.

Både Anne og Grete kommer med eksempler på at pasienten ikke skjønner sammenhengen mellom røyking og dens påvirkning på effekten av behandling. Dette kan tolkes som at de ikke tror kolspasientene er klar over konsekvensene av røykingen. Gunnar sier at de som røyker ikke blir overrasket når de får diagnosen, sammenlignet med en som aldri har røyket. Dette kan tolkes som at han tror at en røyker er mer klar over årsaksbildet enn en ikke-røyker, men at de til tross for kjennskap til helserisikoen har fortsatt å røyke. Sett fra dette perspektivet kan det antas at pasientene har en mer likegyldig holdning til egen helse og ikke ser på røykingen som et problem. Vår tolkning av intervjupersonenes inntrykk av

kolspasientene tilsier at de ikke forstår eller prøver å forstå konsekvensene av røykingen. Basert på denne tolkningen er det interessant at intervjupersonene ikke snakker mer om røykavvenning i deres tilnærming til pasientene.

Alle intervjupersonene sier at røykingen ikke påvirker behandlingen de gir, og at trening er en del av tiltakspakka i behandlingen. Dette kan tolkes dit hen at intervjupersonene mener at treningen vil ha gunstig effekt for den enkelte pasient, uavhengig om vedkommende røyker eller ikke. En studie fra 2006 underbygger dette, og konkluderer med at fysisk aktivitet, uansett om man røyker eller ikke, kan bidra til å redusere mortaliteten og antall sykehusinnleggelses forbundet med kols (Garcia-Aymerich, Lange, Benet, Schnohr, & Antó, 2006). Det kan tenkes at hvis man oppnår gode vaner i forhold til regelmessig fysisk aktivitet, vil det også kunne påvirke andre deler av livsstilen som røykeslutt, bedre kosthold og søvn.

Til tross for at intervjupersonene gir lik behandling, viser forskning at treningskapasiteten hos en røyker vil være redusert sammenlignet med en som ikke røyker. Dette uavhengig om man har kols eller ikke (Mesquita et al., 2015). Det er derfor interessant at intervjupersonene snakker lite om at røykende kolspasienter har dårligere fysisk form enn de som ikke røyker. Likevel skal det nevnes at intervjupersonene ble ikke spurt direkte om de opplevde forskjell i fysisk form blant røykende og ikke-røykende kolspasienter.

Anne og Grete sier at de synes det er utfordrende når kolspasienter ikke tar til seg rådene som blir gitt. Ut fra våre resultater har vi ikke grunnlag for å si om disse røykerelaterte utfordringene påvirker dem som fysioterapeuter. Likevel kan det diskuteres om deres irritasjon og frustrasjon vil påvirke deres relasjon til kolspasientene.

4.0 Konklusjon

Hensikten med oppgaven var å undersøke fysioterapeuters holdninger til kolspasienter, særlig de som fortsatt røyker. Resultatene viser et sprik i intervjupersonenes tanker om kolspasienters møte med helsevesenet, samt et sprik i form av ytre og indre beskrivelser av en typisk kolspasient. Resultatene viser også at det finnes utfordringer i møte med røykende kolspasienter. Til tross for dette antyder resultatene at fysioterapeuter ikke stigmatiserer, forskjellsbehandler eller uttrykker negative holdninger til kolspasienter i behandlingssituasjon. Dette gir resultatene grunnlag for kritisk tenkning og refleksjon over egne holdninger i arbeid med pasientgruppen. På grunnlag av oppgavens omfang, valgt metode og utvalg intervjupersoner, kan vi likevel ikke utelukke at stigmatiserende holdninger kan oppstå i pasient-terapeutrelasjonen, da særlig i samhandling med røykende kolspasienter. Det er behov for mer innsikt i kolspasienters opplevelse av samarbeid med fysioterapeuter, samt mer forskning på fysioterapeuters tilnærming, utfordringer og tanker i arbeid med pasientgruppen.

5.0 Referanseliste

- Bass, B., Lake, E., Elvy, C., Fodemesi, S., Iacoe, M., Mazik, E., . . . Lee, A. (2018). Smoking-Related Stigma Expressed by Physiotherapists toward Individuals with Lung Disease. *Physiotherapy Canada. Physiotherapie Canada*, 70(1), 65-71. doi:10.3138/ptc.2016-98
- Berger, B. E., Kapella, M. C., & Larson, J. L. (2011). The Experience of Stigma in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Western Journal of Nursing Research*, 33(7), 916-932. doi:10.1177/0193945910384602
- Bruusgaard, K. A., Hellem, E., Östrem, A., & Henrichsen, S. H. (2015). Et bedre liv med KOLS - erfaringer med en lavterskelmodell for lungerehabilitering i kommunehelsetjenesten. *Fysioterapeuten*, 86 (6), 24-30. Hentet fra: <https://fysioterapeuten-eblad.no/dm/fysioterapeuten-6-19/24/>
- Carlone, S., Balbi, B., Bezzi, M., Brunori, M., Calabro, S., Foschino Barbaro, M. P., . . . Vianello, A. (2014). Health and social impacts of COPD and the problem of under-diagnosis. *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, 9(1), 63. doi:10.1186/2049-6958-9-63
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eagan, T. M. L., Gulsvik, A., Eide, G. E., & Bakke, P. S. (2004). Remission of respiratory symptoms by smoking and occupational exposure in a cohort study. *European Respiratory Journal*, 23(4), 589-594. doi:10.1183/09031936.04.00041204
- Engebretson, J. (2013). Understanding stigma in chronic health conditions: Implications for nursing. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 25(10), 545-550. doi:10.1111/1745-7599.12009
- Engel, G. L. (2012). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Psychodynamic Psychiatry*, 40(3), 377-396. doi:10.1521/pdps.2012.40.3.377
- Folkehelseinstituttet. (2018). Folkehelse rapporten (01/2018). Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kols/#datagrunnlag> den 11.11.19
- Franssen, F. M. E., Smid, D. E., Deeg, D. J. H., Huisman, M., Poppelaars, J., Wouters, E. F. M., & Spruit, M. A. (2018). The physical, mental, and social impact of COPD in a population-based sample: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam.

NPJ primary care respiratory medicine, 28(1), 30-30. doi:10.1038/s41533-018-0097-3

- Funk, G.-C., Kirchheiner, K., Burghuber, O. C., & Hartl, S. (2009). BODE index versus GOLD classification for explaining anxious and depressive symptoms in patients with COPD—a cross-sectional study. *Respiratory research*, 10(1), 1.
- Garcia-Aymerich, J., Lange, P., Benet, M., Schnohr, P., & Antó, J. M. (2006). Regular physical activity reduces hospital admission and mortality in chronic obstructive pulmonary disease: a population based cohort study. *Thorax*, 61(9), 772. doi:10.1136/thx.2006.060145
- Giæver, P. (2015). *Lungesykdommer* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Goffman, E. (2014). *Stigma: Om afgiverend sociale identitet*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Gulsvik, A., Lund, J., Austegard, E., Henrichsen, S. H., Langhammer, A., Refvem, O. K., . . . Frisk, B. (2012). *Kols. Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging*. Oslo: Helsedirektoratet
- Halding, A.-G., Heggdal, K., & Wahl, A. (2011). Experiences of self-blame and stigmatisation for self-infliction among individuals living with COPD. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), 100-107. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00796.x
- Holm, U. (2005). *Empati. Å forstå menneskers følelser*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ides, K., Vissers, D., De Backer, L., Leemans, G., & De Backer, W. (2011). Airway Clearance in COPD: Need for a Breath of Fresh Air? A Systematic Review. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 8(3), 196-205. doi:10.3109/15412555.2011.560582
- Jamtvedt, G., Hagen, K. B., & Bjørndal, A. (2015). *Kunnskapsbasert fysioterapi* (2. ed.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Jiménez-Ruiz, C. A., Andreas, S., Lewis, K. E., Tonnesen, P., van Schayck, C. P., Hajek, P., . . . Gratiou, C. (2015). Statement on smoking cessation in COPD and other pulmonary diseases and in smokers with comorbidities who find it difficult to quit. *European Respiratory Journal*, 46(1), 61-79. doi:10.1183/09031936.00092614
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lee, D. K. C. (2008). *Forstå KOLS*. (1. utg.). Oslo: Ex Libris Forlag AS.

- Leidy, N. K., & Haase, J. E. (1999). Functional status from the patient's perspective: The challenge of preserving personal integrity. *Research in Nursing & Health*, 22(1), 67-77. doi:10.1002/(SICI)1098-240X(199902)22:1<67::AID-NUR8>3.0.CO;2-D
- Malt, U. (2019). biopsykososial modell. Hentet fra: https://sml.sn.no/biopsykososial_modell den 28.11.19
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mannino, D. M., & Buist, A. S. (2007). Global burden of COPD: risk factors, prevalence, and future trends. *The Lancet*, 370(9589), 765-773. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61380-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61380-4)
- Mesquita, R., Gonçalves, C. G., Hayashi, D., Costa, V. d. S. P., Teixeira, D. d. C., de Freitas, E. R. F. S., . . . Probst, V. S. (2015). Smoking status and its relationship with exercise capacity, physical activity in daily life and quality of life in physically independent, elderly individuals. *Physiotherapy*, 101(1), 55-61. doi:<https://doi.org/10.1016/j.physio.2014.04.008>
- Mørland, J., & Dietrich, E. S. (2019). røyking. Hentet fra: <https://sml.sn.no/r%C3%B8yking>, den 21.11.19
- Norsk Fysioterapeutforbund. (2015). Hva er fysioterapi? - utdypet. Hentet fra: <https://fysio.no/Hva-er-fysioterapi/Hva-er-fysioterapi-utdypet>, den 12.12.19
- Personopplysningsloven. (2018). Lov om behandling av personopplysninger (LOV-2018-06-15-38). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38> den 11.11.19
- Phelan, S. M., Burgess, D. J., Yeazel, M. W., Hellerstedt, W. L., Griffin, J. M., & van Ryn, M. (2015). Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obesity Reviews*, 16(4), 319-326. doi:10.1111/obr.12266
- Risør, M. B., Spigt, M., Iversen, R., Godycki-Cwirko, M., Francis, N., Altiner, A., . . . Melbye, H. (2013). The complexity of managing COPD exacerbations: a grounded theory study of European general practice. *BMJ Open*, 3(12), e003861. doi:10.1136/bmjopen-2013-003861
- Rose, S., Paul, C., Boyes, A., Kelly, B., & Roach, D. (2017). Stigma-related experiences in non-communicable respiratory diseases: A systematic review. *Chronic Respiratory Disease*, 14(3), 199-216. doi:10.1177/1479972316680847
- Skjønberg, O. H. (2018). Kols. Hentet fra: <https://sml.sn.no/kols> den 29.10.19

- Tambascio, J., de Souza, H. C. D., Martinez, R., Baddini-Martinez, J. A., Barnes, P. J., & Gastaldi, A. C. (2017). Effects of an Airway Clearance Device on Inflammation, Bacteriology, and Mucus Transport in Bronchiectasis. *Respiratory Care*, 62(8), 1067. doi:10.4187/respcare.05214
- Wong, T.-S., Xiang, Y.-T., Tsoh, J., Ungvari, G. S., Ko, F. W. S., Hui, D. S. C., & Chiu, H. F. K. (2014). Depressive disorders in older patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in Hong Kong: a controlled study. *Aging & Mental Health*, 18(5), 588-592. doi:10.1080/13607863.2013.856862
- World Health Organization. (2017). Chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Fact sheet. Hentet fra: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/> den 19.11.19

Vedlegg 1 - Informasjonsskriv

Forespørsel om deltakelse i kvalitativt forskningsintervju

Vi er to fysioterapistudenter som studerer ved NTNU i Trondheim. I vår avsluttende bacheloroppgave er temaet kolspasienter og røyking. Vi søker fysioterapeuters erfaringer, refleksjoner og pasienthistorier i møte med kolspasienter som røyker og som ikke røyker. Vi ønsker å analysere og bruke disse erfaringene til å øke fysiterapeuters forståelse i møte med personer med kols.

Tilnærmingen vil være en kvalitativ studie. For å kunne utføre denne studien trenger vi intervjudeltakere som har erfaring med behandling av denne pasientgruppen.

Det individuelle intervjuet vil finne sted i løpet av november 2019 og vil vare ca. 1 time. Du bestemmer selv hvor intervjuet skal avholdes. Én av oss vil gjennomføre intervjuet, mens den andre vil ta notater. Etter at materialet er analysert vil noen sitater kunne bli brukt i oppgaven.

Det er frivillig å delta, og du kan trekke seg så lenge studien pågår. All informasjon vil bli anonymisert, og vil ikke kunne spores tilbake til enkeltpersoner. Alle opplysninger behandles konfidensielt. Informasjon vil bli holdt til sensuren på oppgaven faller, januar 2020.

Vi håper at du ønsker å stille som informant. Ved spørsmål, ta kontakt

.....på tlf:....., eller mail;.....eller,
.....på tlf:....., eller mail;

Med vennlig hilsen

.....
Fysioterapistudent ved NTNU

.....
Fysioterapistudent ved NTNU

Vedlegg 2 - Intervjuguide

Informasjon før intervjuet

Vi vil begynne med å understreke at vi har taushetsplikt. Vi søker din generelle erfaring og det som går igjen av observasjoner, gjerne ved bruk av eksempler fra enkelthistorier. Ved bruk av enkelthistorier er det viktig at vi opprettholder etikk og taushetsplikt. Dette blir en form for rådata for oss, så intervjuene vil bli behandlet i etterkant.

- Er det noe du tenker på i forkant av intervjuet?
- Hvordan stiller du deg til å bli referert til ved et anonymt navn i oppgaveteksten?
- Du har lov til å la være å svare på enkelte spørsmål, og du kan avbryte intervjuet når som helst.

Oppvarmingsspørsmål

- ***Kan du fortelle litt om deg selv, din bakgrunn og din yrkeserfaring?***
 - Motivasjon til å gå på jobb?
 - Beskrive en god dag på jobben?
 - Hva mener du fysioterapeuter kan bidra med for å redusere antall personer med livsstilsykdommer?
 - Pasienter med behov for oppfølging på kort/lang sikt; møter du de forskjellig/likte? Hvordan?

Kolspasienten

- ***Hvilke erfaringer har du med kolspasienter?***
 - Møter du denne pasientgruppen ofte?
 - Tanker rundt at det blir sett på som en selvforkyldt diagnose?
 - Finnes det en typisk kolspasient? Gjenkjennbart mønster? Begrunn svaret.
 - Hvordan tror du kolspasienten opplever sykdommen sin i møte med helsepersonell?
 - Hva opplever du som de største utfordringene i møte med kolspasienter?

Kols og røyking

- ***Hvordan opplever du å jobbe med en kolspasient som røyker sammenlignet med en som ikke røyker?***
 - Forskjeller/likheter
 - Betydning for behandling?
 - Har oppfatningen din endret seg gjennom karrieren?
 - Ser du et røykemønster hos kolspasientene?
 - Erfaringer i forhold til motivasjon for fysioterapi i de to gruppene? (Forskjell/likheter? Eks: fysisk aktivitet, røykeslutt, lungefysio)
 - Positive/negative erfaringer i forhold til røykeslutt?

Dagens kunnskapsnivå

- ***Har du noen tanker rundt dagens kunnskapsnivå blant fysioterapeuter i behandling av kols?***
 - Hvordan blir kolspasienten møtt på bakgrunn av dette?
 - Hva bør fysioterapeuter vite mer om i møte med kolspasienter?
 - Hvordan har du tilegnet deg din kunnskap om kolspasienter?
 - Andre helseprofesjoners kunnskapsnivå om kols?

Sluttspørsmål

- Er det noe vi bør spørre om, eller er det noe du mener det er viktig å adressere, som vi ikke har spurt om?