

Masteroppgave

Masterstudium i helsevitenskap, spesialisering i
psykomotorisk fysioterapi

November 2024

Erfaringer om fatigue fra psykomotorisk fysioterapi`s
ståsted

En kvalitativ intervjustudie

Kandidatnavn: Carl-Henrik Franke
Emnekode: MAVIT 5910

Antall ord: 14931

Fakultet for helsevitenskap
OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

Takk!

Jeg vil begynne med å rette en stor takk til min veileder professor emerita Anne Marit Mengshoel for hennes uvurderlige veiledning, støtte og store tålmodighet gjennom hele prosessen med å skrive ferdig denne masteroppgaven. Din utrolige kunnskap og erfaring har vært med på å forme resultatet. Du har gjennom veiledningen fremmet min mulighet til yte mitt beste. Det har ikke vært lett å skrive denne masteroppgaven, og til tider har jeg opplevd det som umulig å bli ferdig, men med kunnskap og erfaring har du trygget meg og ledet meg gjennom. Så uten din veiledning hadde dette arbeidet ikke vært mulig.

Vil også si takk til min kjære Hege, min forlovede, som har stått bak og støttet meg i prosessen, ikke bare masteroppgaven, men hele masterutdanningen. Uten din støtte hadde jeg ikke først klart en videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi, og senere nå masteroppgave. Takk for all oppmuntring og heiarop når jeg har følt at dette klarer jeg ikke, eller nå stryker jeg på eksamen, da har du vært der og plukket meg opp og dyttet meg videre.

Takk til Sørlandet sykehus HF, avdeling for Sosionom, Ergoterapi og Fysioterapi (SEF) for fridager til å skrive, og Revmatisk avdeling sin sekretærpost som ikke har hatt det lett med å finne tider til pasienter i min kalender i denne masterskriving- perioden.

Kristiansand,

Carl-Henrik Franke

November 2024

Sammendrag

Bakgrunn: I kliniske arbeid har jeg møtt pasienter hvor fatigue har betydelig innvirkning på deres hverdag. Studier har vist at utmattelse er et vanlig symptom blant pasienter og for helsepersonell er det utfordrende å hjelpe disse pasientene. Fatigue kan oppstå akutt eller gradvis utvikle seg over tid, det kan oppstå blant pasienter med en biologisk sykdom og hos pasienter uten klar sykdomsforklaring. Behandlingsmetoder som tilbys inkluderer medisiner, kognitiv atferdsterapi og gradert trening. Imidlertid har disse metodene varierende effekt. Pasienter som plages med fatigue utgjør en stor del av pasientgruppen til psykomotoriske fysioterapeuter (PMF). Det er derfor relevant å spørre om *hvilke erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter med behandling av fatigue?*

Metode: Fire norske PMF, en mann og tre kvinner i alderen 30- 60 år oppfylte inklusjonskriteriene til denne kvalitative intervjustudien. I Desember/ November 2023 ble individuelle semistrukturerte intervjuer utført, transkribert og analysert med tematisk analyse i henhold til Braun og Clarke (2006).

Resultater: Under analysen ble to hovedtemaer utviklet: «PMF's forståelse av og opplevelse av pasienter med fatigue» som viser at fysioterapeutene erfarer at fatigue er vanskelig for pasienter å sette ord på og at fatigue kan bli ignorert og misforstått av andre, og at pasienters erfaringer kan variere. «PMF's erfaring i behandling til pasienter med fatigue» viser at fysioterapeutene mener det er viktig å ta hensyn til hele mennesket, ikke bare den biologisk syke kroppen.

Konklusjon: PMF beskriver at fatigue viser seg som et fysisk og psykisk tilstedeværende fenomen, ofte i kombinasjon. Fatigue erfares som en utmattelse som overskygger glede og med stor innvirkning i pasientenes hverdag. Fatigue ved ME erfarer PMF er mer omfattende og fastlåst og skiller seg ut fra annen fatigue. Ved fatigue erfarer PMF holdningsmønstre hvor «pasienten spenner seg», samtidig som pasienten ikke kjenner det i egen kropp. Relasjon og annerkjennelse trekkes frem som viktig i PMF behandling.

Nøkkelord: Psykomotorisk fysioterapi, fatigue, symbolsk interaksjonisme, klinisk praksis, behandling, annerkjennelse.

Abstract

Background: In clinical work, I have met patients where fatigue has a significant impact on their everyday life. Studies have shown that fatigue is a common symptom among patients and for healthcare professionals it is challenging to help these patients. Fatigue can occur acutely or gradually develop over time, it can occur in patients with a biological disease and in patients without a clear explanation for the disease. Treatment methods offered include medication, cognitive behavioral therapy and graded exercise. However, these methods have varying effects. Patients who suffer from fatigue form a large part of the patient group of psychomotor physiotherapists (PMF). It is therefore relevant to ask what experiences psychomotor physiotherapists have with treating fatigue?

Methods: Four Norwegian PMFs, one man and three women aged 30-60 met the inclusion criteria for this qualitative interview study. In December/November 2023, individual semi-structured interviews were conducted, transcribed and analyzed with thematic analysis according to Braun and Clarke (2006).

Results: During the analysis, two main themes emerged: "PMF's understanding of and experience of patients with fatigue " and " PMF's experience in treating patients with fatigue". The findings indicate how challenging fatigue is for those who experience this symptom and how differently people perceive it. Additionally, in a treatment context, it is important to consider the whole person, not just the body.

Conclusion: PMF describes that fatigue manifests itself as a physically and psychologically present phenomenon, often in combination. Fatigue is experienced as an exhaustion that overshadows joy and has a major impact on the patients' everyday life. Fatigue in ME experiences PMF is more extensive and stuck and stands out from other fatigue. With fatigue, PMF experiences posture patterns where "the patient tenses up", at the same time that the patient does not feel it in his own body. Relationship and recognition are highlighted as important in PMF treatment.

Keywords: Psychomotor physiotherapy, fatigue, symbolic interactionism, clinical practice, treatment, recognition.

Innhold

1.0 Introduksjon	7
2.0 Bakgrunn.....	7
2.1 Forskningsspørsmål	10
3.0 Teori.....	10
3.1 Fatigue.....	11
3.2 Behandling av fatigue.....	13
3.3 Psykomotorisk fysioterapi	14
3.4 Symbolsk interaksjonisme.....	17
4.0 Metoder	20
4.1 Semistrukturert individuelle intervju.....	20
4.2 Rekruttering og utvalg	21
4.3 Etske vurderinger.....	22
4.4 Datainnsamling.....	23
4.4.1 Forberedelse til intervju.	23
4.4.2 Intervjuene	24
5.0 Analyse.....	25
5.1 Transkripsjon	25
5.2 Tematisk analyse	25
5.3 Forforståelse som forsker	27
6.0 Resultater.....	28
6.1 PMF`s forståelse av og opplevelse av pasienter med fatigue	29
6.1.1 Fatigue overskygger det meste, og det er ofte lite bedring å spore.....	29
6.1.2 Fatigue har flere ulike ansikt.....	30
6.1.3 Fatigue fjerner pasient fra egen kropp	31
6.1.4 Pasienter låst i fatigue setter pasient- terapeut relasjon på prøve.....	32
6.2 PMF`s erfaring i behandling til pasienter med fatigue.	33
6.2.1 Å bli sett og forstått som menneske ikke bare fatigue.....	34

6.2.2 Anspendthet den nye hverdagen og Resurs Orientert Kroppsundersøkelse	35
7.0 Diskusjon.....	37
7.1 Metodiske overveielser	38
7.2 Hvordan PMF erfarer at fatigue blir synlig hos pasienter i psykomotorisk fysioterapi.....	39
7.2 Å se personen og legge merke til kropp ved behandling av fatigue	43
8.0 Konklusjon.....	47
9.0 Litteraturliste	49
Vedlegg.	56

1.0 Introduksjon

Da jeg begynte å jobbe på Sørlandets sykehus i 2007, startet jeg på revmatologisk avdeling. Jeg kom fra svensk sjukgymnastik og hadde arbeidet i privat fysioterapi praksis i Sverige. Vi hadde revmatiske pasienter, men i vår praksis gikk de ofte til en kollega som hadde erfaring med denne sykdoms-gruppen. Så da jeg kom til Norge, var revmatologi et nytt fagfelt for meg. I praksis støtte jeg på pasienter med autoimmune sykdommer som var behandlet effektivt med medisiner, og sykdommen var i remisjon. Likevel kunne de slite med alvorlig trøtthet, som medførte at de ikke kunne jobbe, til tross for god medisinsk behandling og uten destruerte smertefulle ledd. Deres største invalidiserende plager var at de slet med fatigue.

Noen år seinere ble jeg med i et tverrfaglig team på barneposten. En del av dette arbeidet består av at vi utreder barn med trøtthet, slitenhet og slapphet. Barna har ikke nok energi til å gå på skole, eller delta på andre sosiale arenaer. Jeg ble opptatt av det som ofte beskrives som fatigue.

Jeg tok senere en videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi (PMF) for å få økt kunnskap om å undersøke og behandle pasienter med utmattelse eller fatigue-liknende symptomer, andre psykiske og fysiske lidelser, samt plager som barn med revmatiske sykdommer, eller barn som har gjennomgått kreftbehandling kan streve med. I dag er det pasienter med mye slitenhet, lite drivkraft og trøtthet som jeg møter og tenker er utfordrende i mitt arbeid med pasienter. Aldersspennet blant pasientene går fra barn, ungdom til godt voksne mennesker.

I en rapport fra Oslo Economics bestilt av Foreningen for Manuellterapeuters service kontor omtales fatigue som et av de vanligste symptomene som blir behandlet hos en psykomotorisk fysioterapeut (Sæhter, 2021, s.15).

Jeg har på bakgrunn av dette valgt at tema for denne masteroppgaven er fatigue, og utforske dette ved å intervjuer psykomotoriske fysioterapeuter om hvilke erfaringer de har med behandling av dette.

2.0 Bakgrunn

Fatigue har vært et tilbakevendende tema i mange sammenhenger, og ofte tematisert blant filosofer, i media og blant forskere. Wessly oppsummerer det på denne

måten «*Fatigue has always been an elusive creature. Poets write about it, newspapers argue about it, patients suffer from it, and scientists occasionally study it*» (2005, s. xi).

Fatigue er et stort helseproblem både blant pasienter i spesialist- og primærhelsetjeneste. Fatigue kan være til stede både ved fysiske sykdommer så vel som psykiske lidelser. Det er antatt at det er til stede hos 20-30% av pasientene i primærhelsetjenesten (Loge et al., 1998).

Fatigue forekommer hos pasienter til tross for at de har gjennomført vellykket behandling og anses som friske. En undersøkelse av Krogstad et al (2020) fant at i den generelle voksne befolkning i Norge var de mest fremtredende plagene fatigue (59.7%), dødsighet (56.2%) og smerte (56.1%). Loge et al. (1998) fant at fatigue bli oppgitt hos 15-20 % av den norske populasjonen.

Lehmann Moberg i Arbeids og velferdsdirektoratet presenterer i et statistikknotat fra 15.3.24 utviklingen i legemeldt sykefravær fra året 2023. I statistikknotatet defineres sykefraværsprosenten som summen av tapte dagsverk(sykefraværst dager) delt på avtalte dagsverk (Lehmann Moberg, 2024). Antall personer som var sykemeldt og hvor mange tapte dagsverk hver av disse hadde (dagsverk tapt per person) i et år har innvirkning på antall tapte dagsverk (Lehmann Moberg, 2024).

I fremstillingen er utviklingen av tapte dagsverk i perioden år 2018-2023 inndelt i ulike diagnosegrupper. Denne viser at det var en betydelig økning i tapte dagsverk i diagnosegruppen allment og uspesifisert (+8,5%) og psykiske lidelser (+16,6%). I diagnosegruppen allment og uspesifisert står diagnosen «tretthet/slapphet» for over halvparten (58,8%) av de tapte dagsverkene (Lehmann Moberg, 2024). Diagnosen «trøtthet/ slapphet» utgjorde ca 5% av det totale antall tapte dagsverk.

Psykiske lidelser utgjorde den nest største diagnosegruppen i oversikten over tapte dagsverk (sykefraværst dager). Diagnosene tilhørende denne diagnosegruppen utgjorde 25% av totalt antall tapte dagsverk i 2023. Tapt dagsverk med diagnosene depresjonsfølelse (+ 33%) og psykiske symptomer/ psykiske plager (+30%), samt psykisk ubalanse/ situasjonsbetinget (+20%) økte mest fra 2022-2023(Lehmann Moberg, 2024).

Ved fysiske sykdommer så ser man fatigue ved flere vanlige lidelser som revmatisme, hjertefeil, kronisk nyresykdom, kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og Multiple sklerose (MS) (Jaime-Lara et al., 2020).

En studie om barn med kreft viser at disse barna opplever flere ulike symptomer grunnet den tøffe behandlingen som de gjennomgår, med blant annet kvalme, hårtap og fatigue (Kudubeş og Bektaş, 2020). I samme studie kommer det også frem at fatigue også påvirker individenes egen kapasitet til å være sosial, være aktiv under hvilken som helst omstendighet. Forfatterene hevder at fatiguen bidrar til at pasienter konstant blir påminnet om sin sykdom.

Innen kvantitativ forskning er man opptatt av for eksempel å operasjonalisere og måle fenomenen en vil studere. I en studie utført av blant annet Nikolaus et al. (2010), så de på erfaring med fatigue og fant at kvinner blant annet rapporterte mer negative følelser enn menn. Kvinner oppgav deriblant å være mer overfølsomme, føle seg ulykkelige og misforstått når det gjaldt fatigue. De fant også at fatigue oppleves forskjellig i forhold til kjønn, alder og roller i det daglige livet (Nikolaus et al., 2010).

Fatigue er imidlertid vanskelig å forstå og måle. For å forstå hvordan fatigue erfarer er det utført en rekke kvalitative intervjustudier av pasienter med fatigue for å lære av deres erfaringer. For eksempel har det blitt vist at fatigue er en kroppslig erfaring som er annerledes enn vanlig tretthet som vi alle erfarer, men at forskjellen kan være vanskelig å sette ord på (Nikolaus et al., 2010). Fatigue kan være uforutsigbar, gripe inn og forstyrre daglige rutiner og gjøremål, noe som medfører utfordringer med å planlegge og få forutsigbarhet i eget liv (Nikolaus et al., 2010).

Fatigue ses ved somatiske sykdommer og ved psykiske lidelser og kan uavhengig av hvilken tilstand man er påvirke livskvaliteten (Dittner et al., 2004). Personer som har hatt en fysisk eller psykisk sykdom og som har blitt friske fra dette, kan fortsatt ha symptomer i form av fatigue. Dette er et dilemma for helsepersonell, da fatigue dermed ikke nødvendigvis utelukkende kan forklares av sykdomsmekanismer (Wessley 2005, s. xvi).

Studier om helsepersonells behandlingserfaringer av fatigue viser blant annet at sykepleiere som behandler fatigue relatert til revmatoid artritt (RA) har sympati for sine pasienter, men vet ikke hvordan de skal håndtere det (Repping- Wuts et al., 2009). En annen studie som undersøkte helsepersonells tilnærming til post stroke fatigue, viste at det forekomme god kunnskap om behandling av fatigue blant

helsepersonell. Imidlertid kom det frem at dette ikke i tilstrekkelig grad ble reflektert i praksis. Dette gjaldt spesielt når det kom til å involvere pasienter og deres familier i behandlingen, samt å tilby videre informasjon og undervisningsmateriale (Alahmari et al., 2023).

I en oppgave gjort av Lazarevic og Malmbom (2023) så man på fysioterapeuters opplevelse og erfaring med å motivere til atferdsendring i form av trening hos revmatiske pasienter. Fysioterapeutene Lazarevic og Malmbom (2023) skriver at samtlige informanter identifiserer smerte og fatigue som den mest betydningsfulle faktoren på individnivå for å klare å opprettholde fysisk aktivitet.

Hva sier forskningen om behandling av fatigue med PMF? I mine søk har jeg ikke funnet forskning som kun ser på PMF og terapeutenes erfaring med behandling av fatigue.

Gjennom søk i flere databaser fant jeg kun tre artikler som omhandlet PMF og fatigue som jeg er opptatt av. I disse artiklene har to ikke satt søkelyset spesifikt på fatigue, men har sett fatigue som en del av generelle helseplager. Den tredje artikkelen er en masteroppgave av Marius Lund (2020) som har sett på psykomotoriske fysioterapeuters erfaring fra praksis med behandling av pasienter med kronisk fatigue (CFS) og ved myalgic encephalomyelitis (ME). Her kommer det frem at PMF vektlegger en god behandlingsrelasjon, individuell tilpasning samt å vise forståelse for å komme i posisjon til å hjelpe pasienten (Lund, 2020). Dette ønsker jeg å utvikle mer kunnskap om.

2.1 Forskningsspørsmål

Hensikten med oppgaven er å få kunnskap om fatigue ut fra erfaringer fra psykomotoriske fysioterapeuter (PMF) som behandler pasienter med fatigue. Mitt forskningsspørsmål er:

Hvilke erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter med behandling av fatigue?

3.0 Teori

Mitt teoretiske rammeverk er symbolsk interaksjonisme sammen med teori om tenking i psykomotorisk fysioterapi. Det er ut fra dette jeg har forsøkt å forstå PMF's erfaringer med behandling av fatigue. Dette har også påvirket med hvilket «blikk» jeg har utført analysen. Det er ut fra teori om symbolsk interaksjonisme jeg har forstått

hvordan erfaringer skapes, det vil si hvordan jeg forstår erfaringene til de jeg har intervjuet.

Jeg vil også belyse fatigue og hvordan den kan komme til uttrykk hos subjektet (pasienten) med fatigue.

Erfaring beskrives som den informasjonen individet tilegner seg gjennom handling og sansing (Store norske leksikon, 2005-2007). Mellom terapeut og pasient i behandling foregår en interaksjon i et mellommenneskelig møte. I en artikkel fra 2018 skriver Sviland et al.:

«Rita's narrative also illuminates how intersubjective interaction has healing potentials when there is time and space for trust to emerge and to support new bodily-based experiences» (s. 363).

Mitt ståsted, min forståelse av erfaringer er at det skapes i mellommenneskelige forhold og situasjoner, det kan utvikle seg gradvis over tid, men det kan også oppstå i løpet av få sekunder. Erfaring tilegnes gjennom hele livet, det er ikke noe som er absolutt og bestandig, men det formes og utvikles gjennom det livet vi lever.

3.1 Fatigue

Tretthet er en normal respons på arbeid eller stress, men det kan også være et tegn på sykdom (Finsterer og Mahjoub, 2014). Helt tilbake til 1800- tallet har det vært skrevet om fatigue, eksempel på dette er omtale av kvinner tilhørende overklassen som har vært for svake til å komme opp av sengen, og at de følte seg utmattet og hadde vondt i muskler (Torres- Harding & Jason, 2005).

For friske mennesker er «tiredness», på norsk «tretthet» en fysiologisk reaksjon etter intens og langvarig aktivitet, det minsker ved hvile og fører ofte ikke til noe vedvarende problem i det daglige livet (Finsterer & Mahjoub, 2014., s.562).

Mengshoel (2010) beskriver tretthet som en naturlig del av livet, der fysisk aktivitet, stress og emosjonell stress samt hverdag er en naturlig reaksjon på det vi gjør i livet. Hun skriver videre at trøttheten varierer i løpet av dagen og om det er en god eller dårlig dag (Mengshoel, 2010). Felles trekk for å komme seg etter opplevd tretthet er: hvile, avslapning, søvn og gjøre noe meningsfylt (Mengshoel, 2010, s. 1272). Det er viktig at man undersøker en person som har fatigue, da det kan være til stede ved flere ulike tilstander (Finsterer & Mahjoub, 2014, s.565).

Finsterer og Mahjoub (2014) skriver at fatigue hos syke individer kommer til uttrykk på en helt annen måte, ved at de som opplever denne typen av fatigue beskriver den blant annet som en kroppslig fornemmelse av utmattelse ved hvile, manglende energi ved aktivitet og til hinder i utførelse av daglige oppgaver.

Fatigue kan komme over tid eller det kan komme akutt, alene eller med flere andre symptomer, den kan være psykisk eller fysisk. Når opplevelsen hos et menneske med sykdom overstiger 6 måneder med enorm tretthetsfølelse beskrives dette som kronisk fatigue. Dette kan ha en negativ innvirkning sosialt, emosjonelt og deltagelse i arbeidslivet (Finsterer & Mahjoub, 2014).

Fatigue beskrives som en vedvarende tilstand av utmattelse uten bedring ved hvile (Koht & Sulheim, 2023). Til tross for at fatigue er vanlig ved mange ulike sykdommer og psykiske tilstander blir det ikke alltid vurdert (Whitehead et al., 2016). Whitehead et al skriver videre at pga at man ikke kan «se» fatigue, blir det ikke nødvendigvis anerkjent som et problem av helsepersonell.

Mange mennesker med fatigue har vanskelig for å beskrive hvordan de opplever fatigue, men en metaanalyse av Whitehead et al. (2016) viser at fatigue beskrives som f.eks. *Nummenhet i sinnet, forferdelig følelse av å ikke ha noen energi igjen i fibrene sine, du føler deg som en betongklump, som å være i et vakuum.*

Whitehead et al. (2016) skriver videre at begreper som *unormal* og *tung* ofte er brukt for å beskrive fatigue opplevelse. Personer som har fatigue opplever at det er vanskelig og frustrerende å forklare hvordan de erfarer å leve med unormal trøtthet ovenfor andre (Whitehead et al., 2016). Det å ikke blir trodd og samtidig ikke bli tatt på alvor, sår tvil om deres egen tiltro til at de kan beskrive hvordan de har det og formidle følelsene de lever med. (Whitehead et al., 2016).

Whitehead et al. (2016) skriver at personer med fatigue har beskrevet intensiteten av fatigue som overveldende og opplevelsen som ekstrem når mennesker ble overrumpede av sin fatigue. De beskriver fatiguen som arresterende, uinntakelig og uslåelig (Whitehead et al., 2016). F.eks. beskriver en mann med HIV det slik:

«Når det treffer deg, har du ikke noe annet valg enn å stoppe og lukte på rosene. På dårlige dager er det for mye aktivitet og spenning å se malingsfargen som tørker» (Whitehead et al., 2016, s.136).

I en kvalitativ studie gjort i 2011 har man undersøkt mennesker med fatigue og hvordan de klarte å leve godt til tross for fatigue (Wilson et al., 2011). I studien kommer det frem at mennesker med fatigue håndterer den energien de har i løpet av dagen ved ikke å gjøre for mye, men samtidig ikke gjøre for lite aktivitet. De balanserer mellom aktivitet og hvile slik at de sørger for å skape energi, fordele den, og skape ny uten at energien blir brukt opp blant annet ved å hvile mellom aktiviteter (Wilson et al., 2011). Samme studie belyser også at det å leve med at man har en kronisk sykdom kan bidra til at menneskene med fatigue får en annen opplevelse av seg selv. Noen opplevde det som viktig at få en diagnose, mens andre måtte akseptere at de hadde fatigue til tross for ikke påvist sykdom (Wilson et al., 2011).

Det er av interesse å undersøke hvorvidt det som belyses i forskningslitteraturen også snakkes om av PMF.

3.2 Behandling av fatigue.

Man har per i dag ikke noen god behandling for fatigue. Men jeg vil her gå igjennom hva som har vært forsket på når det gjelder behandling.

Multiple Sklerose (MS) er knyttet til mange ulike symptomer bl.a. er fatigue til stede i 86 % av tilfellene (Brañas et al., 2000). I en systematisk review undersøkte Brañas et al. (2000) medisiner, ikke medikamentell behandling (gradert trening, veiledet rehabiliterings- program, nedkjøling), samt alternativ behandling (cannabis, bi-gift, akupunktur, yoga elektromagnetisk felt-terapi) har effekt på fatigue hos pasienter med MS. De fant noe effekt av medikamentet Amantadine, som er en medisin som man bla bruker ved Parkinson sykdom og til å behandle influensa og dette er også vist i tidligere effektstudier (Lange et al., 2005). Man har også testet Premolin, et CNS-stimuli som man tror stimulerer raphe nucleus i hjernen, og vil kunne gi økt årvåkenhet og dermed minske fatigue. Det negative med sentralstimulerende legemidler er at det kan gi bivirkninger som angst, økt hjerterytme og en ubehagelig rastløshet i kroppen, samt være avhengighetsskapende (Lange et al., 2005, s. 304).

Et annet legemiddel, som er mindre avhengighetsskapende, er Modafini, og denne har vist seg ha effekt på fatigue hos pasienter med MS. Imidlertid, har man ikke funnet tilsvarende effekt hos pasienter med ME (Lange et al., 2005). Når det gjelder SSRI preparat har man også funnet noe effekt på fatigue ved MS (Brañas et al.,

2000), men ikke ME og depresjon (Lange et al., 2005). De ikke- medikamentelle behandlingene for MS og fatigue har vist seg å ha liten eller ingen effekt på MS-relatert fatigue (Brañas et al., 2000).

Lange et al. (2005) skriver at ved mange ulike sykdommer fører fatigue til nedsatt aktivitet og dermed svekkelse i form av dårlig kondisjon og minsket muskel- styrke som i neste runde kan forsterke fatigue. På denne måte kan pasienter komme inn i en «negativ spiral».

I en systematisk litteraturundersøkelse om behandling av kronisk fatigue (CFS) ved ME har man sett på effekten av medisinsk behandling, kognitive atferdsterapi (KBT) og eller gradert trenings terapi (GTT) (Chambers et al., 2006). De fant at GTT og KBT så ut til å redusere symptomer og øke funksjon hos pasienter med CFS/ ME, men at det ikke var noen effekt av medikamentell behandling. I den ene av studiene, en masteroppgave som er gjennomført med kvalitativt intervju av PMF`s erfaringer, ble det fremhevet at det er sentralt i PMF`s behandling av pasienter med CFS/ME å ha en kroppslig tilnærming til pasienten, der man legger vekt på kroppslige ressurser for å muliggjøre positive opplevelser av kroppen (Lund, 2020). I en masteroppgave av Myklebust (2017) hvor hun med bruk av fokusgrupper intervjuet fem allmennfysioterapeuter og fem psykomotoriske fysioterapeuter om erfaringer med pasienter med utmattelsesproblematikk, fant hun at flere av informantene opplevde usikkerhet og manglende kompetanse hos seg selv når det gjaldt utmattelsesproblematikk og spesielt med henblikk til CFS/ ME (Myklebust, 2017). Fysioterapeutene understrekte imidlertid viktigheten med god relasjon til pasientene og dermed betydningen av gode relasjonelle ferdigheter (Myklebust, 2017). Med bakgrunn i at den eksisterende behandlingen ikke har overbevisende effekt når det gjelder å redusere fatigue, og at fysioterapeuter understreker betydningen av pasient- terapeut relasjon og PMF mener kroppslig tilnærming er viktig, er det viktig å undersøke ytterligere behandlingserfaring blant PMF.

3.3 Psykomotorisk fysioterapi

I psykomotorisk fysioterapi lærer pasienten å håndtere ubehag og spenninger i en støttende atmosfære, der målet er å oppnå symptomfrihet eller reduserte symptomer i en balansert, smidig kropp med tilpasset pust til både fysisk bevegelse og emosjoner (Bunkan, 2001).

Tradisjonen Norsk psykomotorisk fysioterapi kan sies å ha sitt utspring fra psykoanalyse og vegoterapi i Norge på 1930- tallet, hvor bla psykoanalytikerens Wilhelm Reich opphold og hans eksperimenter i Norge fikk betydning for det psykiatriske miljøet her (Nilsen, 2022). Psykiater Trygve Bråtøy var en del av dette miljøet. Kroppsanalyse i PMF kommer fra psykoanalyse og bygger på Braatøys syn på at det er nær sammenheng mellom emosjoner og kroppslige uttrykk som i muskelspenning, holdning og pust. På 1940 tallet innledet Trygve Bråtøy et samarbeid med Adel Bülow-Hansen, og det resulterte i grunnlegging av psykomotorisk fysioterapi (Bunkan, 2001). Braatøy døde tidlig, og Bülow-Hansen fortsatte arbeidet med å videreutvikle metoden etter Braatøys død i 1953 (Thornquist, 2022).

Prinsippene de to utviklet la blant annet grunnlaget for Berit Bunkans Resursorientert Kroppsundersøkelse og Resursorientert Kroppsbehandling (Bunkan, 1997). I følge Bunkan er den grunnleggende i psykomotorisk fysioterapi:

«Det spesielle ved teori og tilnærming er at det lokale symptom fra muskelskjelettsystemet ses i forhold til de samlede funn i kroppsholdning, kroppsfunksjon, respirasjon og muskulatur. Behandling legges opp etter dette.» (Bunkan, 1997, s. 4).

For å kunne tilpasse grad av intervensjon i behandlingen legges det til rette for at den terapeutiske tilnærmingen er fleksibel og tilpasset pasienten (Sviland et al., 2017).

I vår tids filosofi har fenomenologien blitt en av en viktig del, den har fått stor innflytelse i USA, Europa, men også i andre deler av verden (Thornquist, 2018, s. 101). Edmund Husserl (1859-1938) er kjent som inspirasjonskilde til moderne fenomenologi. Han mente at fenomenet er «det som trer frem» og beskrev fenomenologi som studiet om det som blir tenkt, altså bevisstheten (Bunkan, 2014, s. 22).

Den franske filosofen Jean-Paul Sartre (1905-1980) viste til at det bevisstheten kan oppfatte, er avgjørende for hvordan vi eksisterer. Han beskriver dette på følgende måte: «Væren for seg må være helt kroppslig. Det er intet psykiske bak som styrer kroppen» (Bunkan, 2014, s. 22).

Dualistisk tenkning som innenbærer at kropp og sjel ses hver for seg ble kritisert av blant annet filosof Maurice Merleau- Ponty (1908-1961), som viser til at kroppen eksisterer som følelser, sansing og opplevelser.

Han mente at sjel eller bevissthet har et utgangspunkt i kroppen og at menneske er en fysisk levende kropp og samtidig en objektiv kropp som kan betraktes utenfra. Videre hevdet han at menneske også er en levende, opplevende, subjektiv kropp (Bunkan, 2014, s. 23). Merleau- Ponty mente at kroppen til oss mennesker er en betingelse for vår eksistens, uten vår kropp kan vi ikke oppleve vår verden som vi lever i (Bunkan, 2014, s.23).

«Den levende kroppen er noe som vi ser, det er den som persiperer, skaper bevegelse, uttrykker seg og stiller oss åpen for verden». (Bunkan, 2014, s. 23)

Bunkan (2014) henviser til Merleau- Ponty som hevdet at kroppen vår er et utgangspunkt for vårt forhold til andre mennesker. Hun skriver at psykiateren Finn Skårderud henviser til Merleau- Ponty sin oppfatning om «kroppen som subjekt og objekt. Vi både er og har en kropp, og ser og blir sett» (Bunkan, 2014, s.23).

Bunkan (2014, s. 23) viser også til at Skårderud trekker frem en annen filosof, Drew Leder som hevder kroppen bare delvis er tilgjengelig for vår bevissthet, slik som de indre organer men han nevner også våre hender. Leder (1990, s. 2) hevder at til tross for at vi ser våre hender, så vil vi ikke kjenne de igjen på et bilde med flere andre hender. Kroppen har samtidig en dobbel betydning ved at vi ifølge Merleau- Ponty og Leder er en kropp, dvs. det er gjennom kroppen vi er i verden (Leder, 1990).

Bunkan (2014, s. 23) skriver «*har vi en kropp som fremtrer som dysfunksjonell, det vil si den syke kroppen som i kraft av å være syk- å ikke fungere som den skal- retter bevisstheten mot seg selv*».

Teorien til PMF indikerer at vi som mennesker er kroppslige subjekter, vi lever våre liv i samspill med andre, speiler oss i våre omgivelser og våre opplevelser nedfelles derav i vår kropp (Thornquist & Bunkan, 1995).

Psykomotorikerne Ekerholt og Bergland skriver at det er sammenheng mellom økte, eller reduserte kroppslige spenninger, autonome funksjoner og tilbakehold av følelser (Ekerholt & Bergland, 2022). De skriver videre at det betyr at subjektets symptomer og opplevelser må ses som å uttrykke deres livserfaringer. Ifølge psykomotorisk teori

kan kroppen utrykke problemer forbundet med både biologisk sykdom, «væren» i verden og levd liv i form av muskelspenninger, samt endringer i holdning, balanse, måte å bevege seg på og fleksibilitet til å omstille seg (Ekerholt & Bergland, 2022).

Fenomenologien er ikke en vei, en retning, men en stamme med grener som viser forskjellige retninger (Thornquist, 2018, s. 107). Kroppslig erfaring i nåtid kan være med og identifisere det som har skjedd i fortiden (Sviland et al., 2017). I

psykomotorisk fysioterapi er kroppsfenomenologien en måte å se og forstå kropp på, og ved hjelp av «embodied information» og interaksjon i denne sammenhengen med PMF, kan vi forstå informasjon ut ifra flere ulike kilder. B.la. ulike typer innehold gjennom kroppens evne til å erfare og kjenne etter (Ekerholt & Bergland, 2019).

Psykomotorikene Ekerholt og Bergland (2019) skriver at den kroppen vi har ikke bare er en boks der vi oppbevarer vårt sinn, men at kroppen er et viktig redskap som PMF deltar sammen med pasienten i å utforske. Å oppdage og erfare følelser og følelsesmessige reaksjoner, reaksjonsmønstre og egen atferd, spenningsmønstre er eksempler på innhold i psykomotorisk fysioterapi hvor kroppen utgjør et viktig redskap.

3.4 Symbolsk interaksjonisme

Måter å forstå, beskrive og forklare virkeligheten er reflektert i ulike politiske, filosofiske og vitenskapelige retninger- og som gjerne er uttrykt som ulike teorier eller synliggjort i teoretiske modeller (Laastein Hansen, 1992). En av disse er symbolsk interaksjonisme. Interaksjonen mellom individet og dets omgivelser er fokus i symbolsk interaksjonisme (Hutchinson, 2003). Dette teoretiske perspektivet er sentralt innen sosiologisk forskning (Ytterhus, 2001).

«Chicagoskolen» stammer fra det samfunnsvitenskapelige miljøet ved universitetet i Chicago i mellomkrigstiden. Miljøet ved «Chicagoskolen» ses som banebrytende innen samfunnsvitenskapelig analyse av problemstillinger opp mot urbaniseringen som fulgte etter migrasjon og industrialisering (Ytterhus, 2001). Teoretiske perspektiv av forståelse av menneske i samfunnet ble etablert sammen med søk etter nye forståelsesmåter, der det ble økt fokus på det sosiale og situasjonelle (Ytterhus, 2001). Grunnlaget for dette utgangspunktet var å ha et «nedenfra- og oppperspektiv» og at mennesket skal forstås i sin kontekst. Dette ble grunnleggende i det som etter hvert ble kalt symbolsk interaksjonisme (Levin og Trost, 2005).

I utviklingen av nye måter å forstå på, ble man i utvikling av symbolsk interaksjonisme opptatt av «virkeligheten» basert på aktørenes erfaringer om konkrete situasjoner. En konsekvens av dette ble ifølge Ytterhus (2001, s. 30) en grunnleggende antagelse om «*at det er aktørenes konstruksjon av forståelse/ tilhørighet i konkrete situasjoner som bidrar til forståelse av deres atferd og handlinger i konkrete situasjoner*».

Innholdet termen «sosial interaksjonisme» består av ulike varianter, samtidig som det er en flere aspekter som danner en felles «grunnmur». Et felles fundament er blant annet at symbolsk interaksjonisme retter seg primært mot å forstå, heller enn å forklare (Levin & Trost, 2005). Som teoretisk perspektiv kan symbolsk interaksjonisme bidra til å rette fokus på å forstå det som skjer og mindre fokus på årsak og virkning.

Levin og Trost (2005, s.10) definerer symbolsk interaksjonisme som «en måte å forstå på, et perspektiv, et utgangspunkt for en analyse av den sosiale virkeligheten».

Symboler, situasjoner, samhandling og selvet omtales som de fire S`er som vektlegges i det teoretiske perspektivet til symbolsk interaksjonisme (Ytterhus, 2001). Levin og Trost (2005) skriver mer utfyllende om at «hjørnesteinene» i symbolsk interaksjonisme etter deres mening, og dermed grunnleggende for forståelsen av de fire S`ene er «definisjonen av situasjonen, at all interaksjon er sosial, at vi interagerer ved hjelp av symboler, at mennesket er aktivt, og at vi handler, oppfører oss og befinner oss i nået» (Levin og Trost, 2005, s.11).

En kjent teoretisk term fra symbolsk interaksjonisme er:

If men define situation as real, they are real in their consequence. (Ytterhus, 2001, s. 30).

Ytterhus (2001) skriver at dette betyr at virkeligheten ikke bare er det vi oppfatter at den er, men at den påvirker oss også slik at vi både handler og framtrer i samsvar med denne virkelighetsoppfatningen som igjen får innvirkning på vår forståelse av virkeligheten, dvs. det er en kontinuerlig prosess.

Levin og Trost (2005) utdyper hvorfor vi definerer situasjonen i nået og hvordan vi er i nået. De beskriver hvordan nået er i akkurat dette øyeblikket, fordi det så passerer til nye øyeblikk. Vi kan derfor si at alle er i bevegelse og stadig forandring.

Et tegn som for de som deltar i en sammenheng har en gitt betydning, kan defineres som et symbol. Det vil si at alle berørte i sammenheng har en felles forståelse eller tenker omtrent likt om symbolet og at det gir en slags kollektiv mening (Levin & Trost, 2005). Eksempel på dette er språket der ord blir lyd med mening, men samtidig er meningen avhengig av situasjonen. Det er når vi mener det samme med ordene, eller eksempelvis kroppsbevegelsen og at det blir tolket likt av avsender og mottager at vi kan forstå det som et symbol.

Laastein Hansen (1992, s.50) presiserer at det i symbolsk interaksjonisme er «i samhandling – i interaksjon- menneske skaper sin virkelighetsforståelse av seg selv, av andre, av den fysiske, av den organiske, av den menneskeskapte verden, i tid og rom».

Ytterhus (2001) fremhever et perspektiv i symbolsk interaksjonisme som hun kaller «vidvinkel». Hun viser til arbeidene til sosiolog Charles Horton Cooley (1864-1929) og sosialpsykolog George Herbert Mead (1863- 1931) om hvordan Selv'et konstrueres i samspillet mellom mennesket og deres omgivelser. Videre beskriver Ytterhus hvordan Selv'et ikke blir privat, heller ikke kun tilhørende den enkeltes kropp, men i stedet et sosialt Selv «hvor vi alltid vil være avhengig av respons på og vurdering av oss, for å vite hvem vi er» (Ytterhus, 2001, s. 32). På samme måte kan en tenke at forståelse av PMF konstrueres og gir en felles selvforståelse.

Ytterhus trekker også frem Cooley som den som introduserte begrepet «sympatisk introspeksjon», eller det som man i dag vil kalle empati og som handler om hvordan vi ved hjelp av sympati kan sette oss inn i andres situasjon (Ytterhus, 2001). Det å kunne forstå den andres perspektiv utviklet seg til å inngå som et viktig element i symbolsk interaksjonisme.

Professor emeritus Kaare Torgny Pettersen (2012) belyser at symbolsk interaksjonisme har mye til felles med fenomenologi ut fra en lik betraktning om at mening er flyktig og ubestemmelig. Han illustrerer dette ved å vise til at et bestemt objekt, handling eller hendelse ikke har en fast mening, og at hver av disse vil bety forskjellige ting for ulike personer til ulike tider. Det betyr at til tross for at PMF har noe de er felles om, kan det være varierende meninger blant dem da både individene er ulike og situasjoner de erfarer er ulike.

Ut fra et symbolsk interaksjonistisk perspektiv danner PMF sin erfaring ut fra konkrete situasjoner i nået, der PMF er i gjensidig samhandling med pasienten. Når

pasient og PMF handler med hverandre er de mottagelige for påvirkning av hverandre, eksempelvis gjennom språket, hvordan de fortolker situasjonen ut fra hvordan de reagerer på hverandre og hverandres handlinger. Begge er aktive og all interaksjon i situasjonen og virkeligheten som skapes er betydningsfull og påvirker hva som gir mening. Dette ligger som et premiss for å forstå intervjuene av PMF.

4.0 Metoder

Masteroppgaven min er en kvalitativ studie der datamaterialet er utviklet ved hjelp av semistrukturerte intervjuer. Studiens vitenskapsteoretiske forankringer ligger i symbolsk interaksjonisme. Jeg vil også her gjøre rede for hvordan jeg har rekruttert informanter til min masteroppgave og etiske spørsmål knyttet til studien. Helt til slutt i dette kapitlet vil jeg beskrive analysen av det empiriske materialet.

4.1 Semistrukturert individuelle intervju.

Kvalitativt forskningsintervju har til formål er å få innsikt i intervjupersoners dagligliv, hennes eller hans eget perspektiv Kvale og Brinkmann (2012).

Et forskningsintervju kan foregå som en samtale mellom to eller flere personer. Samtaler mellom mennesker inkluderer sosial samhandling og informasjonsutveksling, slik at konteksten rundt samtalen vil derfor være av betydning for kunnskapsutviklingen når intervjueren bruker samtalen for innhenting av kvalitative data (Malterud, 2021).

Intervjuet kan følge en intervjuguide med spørsmål som er utviklet på forhånd (semistrukturert intervju), eller intervjuguiden kan være utformet som mer åpen ved å stille spørsmål om mer overordnet tema og stille oppfølgingsspørsmål til det informant sier (tematisk intervju).

Kvale og Brinkmann (2012) beskriver at et semistrukturert intervju er særlig godt egnet til å fange opp intervjupersonens fortolkninger av meninger med fenomenet som blir beskrevet, ut fra intervjupersonens eget perspektiv.

Fordeler med semistrukturert intervju er at det gir likt utgangspunkt for alle informantene da man har formulert alle spørsmålene i en intervjuguide på forhånd.

Intervjuer har frihet til å gå videre ved å stille utdypende spørsmål ut ifra det som informanten sier, og på denne måten vil intervjuet likne på en samtale noe som informanter er vant med og kan føle seg trygg på (Malterud, 2021). En ulempe med dette er at det er lett å miste fokus å gå i en annen retning under intervjuet. Å være bevisst dette er sentralt slik at informanten ikke snakker om annet enn det vi mente å spørre om (Malterud, 2021). Fokus er derfor viktig for sikre god data til arbeid med analysen.

Hvor gode og informasjonsrike intervjuene blir er avhengig av prosjektets problemstilling og relasjonen mellom subjektene i intervjusituasjonen, og ikke minst intervjuers evne til å la informanter få tid og rom til å reflektere uten at intervjuer styrer for mye i iver etter å få svar på sine spørsmål og lytter forutsetningsløst (Malterud, 2021).

I min master oppgave utviklet jeg en intervjuguide med 10 spørsmål som jeg stilte til mine informanter (se vedlegg 1). Jeg startet intervjuene med å spørre om, hvor gamle de var, hvor lenge de hadde jobbet som PMF og hva som gjorde at de ville videreutdanne seg innen PMF. Etter det gikk spørsmålene over til å handle om fatigue og deres erfaring om fatigue i deres kliniske praksis. Der inneholdt spørsmålene blant annet om hvordan de forstår og forholder seg til pasienter med fatigue. Jeg var også interessert i hvordan de tilnærmer seg, og hvilke erfaringer de har gjort seg og hvordan de arbeider med å etablere en allianse til pasienter.

4.2 Rekruttering og utvalg

Jeg har hatt som mål og søkte etter et strategisk utvalg med hensikten om å få et heterogent utvalg for å få variert informasjon, dvs. god informasjonsstyrke med rikt og variert data ut fra en målsetning om at problemstillingen til studien blir best mulig belyst (Malterud, 2021).

Jeg startet min rekruttering av informanter i slutten av oktober og fortsatte de første ukene i november 2023. Inklusjonskriteriene var at de måtte ha videreutdanning innen psykomotorisk fysioterapi og ha pasientkontakt i det daglige.

Eksklusjonskriterier var de med videreutdanning i PMF og som ikke har pasientkontakt og i tillegg fysioterapeuter uten spesialisering innen PMF.

Jeg søkte først etter informanter i mitt nærområde, og fikk etter kort tid svar fra to PMF kolleger som jeg kjenner fra tidligere om at de var interesserte i å delta i

intervjuer. For å få flere informanter fortsatte jeg leting utenfor min kommune. Jeg søkte opp ulike psykomotoriske fysioterapeuter via google-søk og tok kontakt via e-post ut ifra kontaktinformasjonen de hadde lagt ut på sin hjemmeside. Jeg sende ut e-post til PMF i Agder, Østfold, Telemark, Vestfold, Akershus og Oslo. Det ble totalt sendt ut 94 mail.

I mailen forklarte jeg hensikt med intervjuet og at det var frivillige å delta, la ved informasjonsskriv og samtykkeerklæring (se vedlegg nr 2) slik at de som var interesserte kunne lese videre om hvordan intervjuet skulle gjennomføres og at dette var en del av min masteroppgave i PMF. Det var ikke mange som responderte på mine e-poster, men noen svarte at det var interessant og at det var et viktig forskningsspørsmål, men at de dessverre ikke hadde mulighet til at delta. Etter hvert fikk jeg rekruttert to informanter til.

Mitt utvalg består av en mann og tre kvinner der aldersspennet gikk fra 32- 56 år. Man kan ikke regne med at kjønn og alder skal gi et godt strategisk utvalg i alle sammenhenger (Malterud, 2021), men variasjonen vil kunne bidra til å nyansere informasjonen (Malterud, 2021). I mitt utvalg var det også variasjon i antall år som informantene har jobbet som PMF, fra 5 år til 20 år, og de jobber både i sykehus og i privat praksis. Alle har jobbet noe som allmenpraktisert fysioterapeut før de utdannet seg til PMF, der de har erfaring fra et stort spekter av pasienter. En har jobbet innen psykiatrien og en annen i et tverrfaglig team innen spesialisthelsetjenesten. Erfaringer fra ulike kontekster kan bidra til nyansert informasjon (Malterud, 2021).

Av informantene som jeg rekrutterte til intervjuene, var to av dem ukjente for meg, og de andre to er kjent fra tidligere samarbeid og videreutdanning i PMF.

4.3 Ethiske vurderinger.

Det er viktig når man gjør forskning med kvalitativ metode å ta hensyn til informantenes personlige integritet, både før, under intervjuene og til slutt når man skal rapportere resultater (Den nasjonale forskningsetiske komite, 2022). Før jeg begynte rekruttering av informanter ble prosjektplanen fremlagt og godkjent av SIKT (ref.nr. 558486, se vedlegg 3). Det ble gitt muntlig og skriftlig informasjon om overordnet formål med studien, risikoer og fordeler ved å delta i prosjektet. Alle informanter er gitt informasjon om rett til å trekke seg når som helst. Alle

Samtykkeskjema er signert skriftlig. Jeg har tilstrebet god forskningsetikk ved å følge etiske retningslinjer for informert samtykke (Kvale & Brinkmann, 2012).

Intervjuerne ble tatt opp med en digital opptaker og lagret via Universitetet i Oslo's app «Diktafon» som jeg hadde tilgang til gjennom Nettskjema. Dataen sendes via app'en til et sikret område for lagring av forskningsdata. Under samtlige intervjuer har jeg sittet på min arbeidsplass. Hver informant og intervju er gitt kodenavn slik at informantene skal forbli anonyme etter transkribering. Alder, kjønn, sted, arbeidsplass og annet som kan svekke anonymiteten er tatt bort før utskrift. Anonymisert transkripsjoner er printet ut og brukt under arbeid med analysen. Disse har vært sikkert innelåst på arbeidsplassen når de ikke har vært i bruk.

4.4 Datainnsamling.

4.4.1 Forberedelse til intervju.

I forkant av intervjuene satt jeg meg godt inn i intervjuguiden, slik at jeg kunne ha mest mulig fokus på det som ble sagt under intervjuene.

Sammen med mine respondenter fant jeg dag og tid som passet til gjennomføring av intervju.

Norsk helsenett er et virtuelt møterom som ikke krever at man laster ned app'er eller trenger ekstraustyr. Jeg har tilgang på dette gjennom arbeidet mitt på Sørlandets sykehuset. Helsenett er utviklet med tanke på ivaretagelse av pasienters personvern. I god tid før hvert intervju sendte jeg ut en trinnvis veileder i hvordan man skulle logge seg på Norsk helsenett.

Et av intervjuene ble gjennomført fysisk. Intervjuet foregikk på arbeidsplassen til informanten. Tidspunkt og fysisk rom ble valgt ut av informanten. Jeg satte av god tid til alle mine intervjuer, slik at jeg fikk redusert stress fra min side i intervjusituasjonene. Sett i ettertid hadde det nok vært lurt å ha en form for prøveintervju før jeg startet intervjuer av mine informanter. Dette lot seg dessverre ikke gjennomføres, da alle intervjuene allerede var satt opp og tidsrommet for å utføre intervjuer var knapp. Jeg hadde mitt første intervju i sluttet av november og mitt siste intervju rett før jul.

4.4.2 Intervjuene

Kvale og Brinkmann (2012, s. 137) skriver at «forskningsintervjuet er en interpersonlig situasjon, en samtale mellom to parter om et emne av felles interesse». Videre hevder samme forfattere at «i intervjuet skapes kunnskap i skjæringspunktet mellom (inter) intervjuerens og den intervjuedes synspunkter» (Kvale & Brinkmann, 2012, s. 137).

Det er av betydning for å innhente god empirisk data at informantene føler seg sett, trygge og ivaretatt, og at informantene opplever at de kan svare fritt (Malterud, 2021). Det er viktig at intervjupersonen får en god forståelse for intervjueren innen man begynner med å konversere i intervju form. God interaksjon med subjektet kan skapes ved å lytte oppmerksomt, vise respekt og forståelse for det intervjupersonen forteller (Kvale & Brinkmann, 2012). De skriver videre at det er viktig at intervjueren er rolig og ikke stresset slik at det skapes en trygg atmosfære i intervjusituasjon og samtidig at intervjueren er klar over hva som ønskes av informasjon fra informantene (Kvale & Brinkmann, 2012).

Lydopptak passer godt når man skal innhente empirisk material i form av intervjuer, men man får kun med lyder som tale, pauser og sukk, mens non-verbale kommunikasjon får man ikke med (Malterud, 2021). I tillegg til opptak hadde jeg med notatbok til å kunne notere observasjoner og beskrivelser som kroppsspråk, samt egne refleksjoner underveis i intervjuerne.

To av intervjuene ble utført som web intervju. Her satt deltakerne enten hjemme eller på jobb, dvs. i sine egne kjente omgivelse. Et annet intervju foregikk på telefon hvilket også gjorde at intervjupersonen kunne sitte på et sted som de selv hadde valgt og følte seg komfortable. I det siste intervjuet besøkte jeg informanten på jobb og gjennomførte intervjuet der.

Jeg begynte hvert intervju med litt generell konversasjon og informasjon om hva min master oppgave handler om. Videre informerte jeg blant annet om lydopptakeren, samt sjekket ut om intervjupersonene hadde noen spørsmål før vi startet opp intervju og opptak. Dette er det Kvale og Brinkmann (2012) beskriver som briefing.

Etter at vi hadde blitt mer kjent og hatt en hyggelig «small talk» begynte vi selve intervjuet. Det var som tidligere beskrevet bestående av 10 spørsmål som blant annet omhandlet: syn på fatigue, hva kjennetegner pasienter du behandler med

fatigue og hvordan går du frem i undersøkelse og behandling av fatigue, samt spørsmål om tilnærming og hvordan man opplever allianse med pasient. Det siste spørsmål i mitt intervju var om de hadde noe de ville tilføye før vi avsluttet intervjuet.

5.0 Analyse

Gjennom hele forskningsprosessen er det et mål å følge metodetradisjonens krav til medvirkning og innsyn (Malterud, 2018). Gjennomføringen av kvalitativ analyse skal ifølge Malterud (2018, s. 101) foregå på en slik måte «at andre senere kan følge den veien vi har gått, kunne forstå systematikk underveis og dermed hvordan forsker har kommet fram til sine konklusjoner». I dette kapitlet vil jeg vise min vei gjennom analysearbeidet.

5.1 Transkripsjon

Jeg transkriberte hvert intervju umiddelbart etter at intervjuene var gjennomført, og på denne måten ble det mulig for meg å huske f.eks. kroppsspråk, usikkerheter og atmosfære i intervjusituasjonen. Jeg har transkribert ordrett fra det som intervjupersonene har sagt. Jeg brukte omtrent en måned til å transkribere fire intervjuer. Når man har transkribert det empiriske materialet så er det lettere å få et helhetlig overblikk over datamaterialet som er en start på analysen (Kvale & Brinkmann, 2012). Under transkripsjonen skrev jeg også ned umiddelbare tanker jeg gjorde meg underveis.

5.2 Tematisk analyse

I min kvalitative studie har jeg anvendt tematisk analyse som analysemetode (Braun & Clarke 2006) for å systematisere og utvikle tema basert på intervjuene. Målet med dette er å få frem perspektiver, nyanser, meninger, forståelse og innsikt til å belyse mitt forskningsspørsmål (Kvale & Brinkmann, 2012). Denne analysemetoden anvendes på tvers av ulike metodologiske tilnærminger, da den ikke forutsetter føringer fra bestemte metodetradisjoner, teorier eller filosofer (Eggebo, 2019; Malterud, 2021).

Eggebo (2019) oppsummerer tematisk analyse som en metode for å identifisere, analysere og se tema (mønstre) i datamateriale. Malterud (2021) skriver at under

analysen er det viktig å tenke at ens tanker og handlinger er en viktig del i analysen. Hun skriver videre at hensikten er å søke å utvikle en sammenhengende mening av det empiriske materialet.

Tematisk analyse i henhold til Braun og Clark (2006) er delt inn i seks trinn (Eggebø, 2019).

I. **Sett deg godt inn i datamaterialet.**

Jeg har transkribert datamaterialet ordrett og lest igjennom alt nøye flere ganger for å gjøre meg kjent med datamaterialet mitt. Det jeg ble opptatt av i denne prosessen var spørsmål kompleksiteten i fatigue? Hvordan jobber disse kroppene? Hva gjør usikkerheten rundt fremtiden for disse pasientene? Jeg markerte setninger som ga informasjon om disse spørsmålene og noterte meg setninger som ga informasjon om disse temaene ned på gule lapper.

II. **Gjør de første kodene.**

Jeg kodet så de setningene jeg hadde markert og skrevet på gule lapper, og jeg sjekket disse stadig i forhold til transkripsjonene. Setningene ble satt inn i et Word- dokument for hver intervjuperson. Deretter sammenstilte jeg alle kodene i et analyseskjema.

III. **Søk etter tema.**

Etter at jeg hadde kodet og satt tekst og koder inn i Word-dokument, samlet jeg kodene under mer overordnet kategorier eller det en kan kalle underordnede temaer og etter hvert til abstraherte temaer som favner hele innholdet.

IV. **Vurdering av temaer.**

Jeg gikk stadig frem og tilbake for å se om det var nøye sammenheng mellom opprinnelig tekst, koder, under- og overtema for å få det til å henge godt sammen.

V. **Gi temanavn.**

I prosessen innebar det å raffinere under- og overtemaer for å få frem resultatet på en god måte.

Første ide/ første kodergenerering	Lage koder for interessante aspekter	Overordnede tema	Klare definisjoner og navn til de ulike temaene
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> PM mindre å bidra med til <u>fatigue</u> <input type="checkbox"/> Tunge pasienter å ha i behandling <input type="checkbox"/> Symptombilde oppleves komplekst og vanskelig <input type="checkbox"/> <u>Fatigue</u> oppleves mer omfattende. <input type="checkbox"/> Kompleks utmattelse fysisk og psykisk, lite energi <input type="checkbox"/> Forskjellig <u>fatigue</u> • Fortvilte pasienter • Stakkars pasient • Høy belastning hos pasientene • Pasienter forholder seg til <u>fatigue</u> på ulike måter <input type="checkbox"/> Gode timer eller dager, men PMF ser ikke resultatet. <input type="checkbox"/> Pasient like dårlig ved neste behandling <input type="checkbox"/> Bedring "her og nå"- hvile 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Opplevelse av pasienter ved <u>fatigue</u> <input type="checkbox"/> Mange typer ansikter av <u>fatigue</u>/ viser seg forskjellig Beskrives som en blanding av mye. <input type="checkbox"/> Veldig vanskelig å jobbe med. Vanskelig å vite hvordan man skal gripe det an. "seigt, mye, grå masse. <input type="checkbox"/> <u>Fatigue</u> ved ME- kompleks utmattelse <input type="checkbox"/> Ikke slitenhet, noe mer dyptliggende, vedvarende • <u>Utmattelse</u> som du ikke kan hvile deg ut av, • Ulike typer <u>fatigue</u> (RS, Kreft, Me og Neurologi) • Den er der og så helt plutselig slipper den også blir det bedre • Mørkt seigt, vil ikke ende ta. • Mer enn fysisk form • Spenninger 	<p>Fenomenet <u>fatigue</u></p> <p>PMF erfaringer med <u>fatigue</u></p> <p>En dypere og mer vedvarende trøtthet.</p> <p><u>Fatigue</u>s mange ansikter Nok energi i hverdagen</p> <p>Helhetlig tilnærming</p> <p>Spenningsmønster og holdning.</p> <p>Kampen om at finne plass til hvile</p> <p>Variasjoner av opplevelse av tilstanden <u>fatigue</u></p>	<p><i>PMF forståelse og opplevelse av <u>fatigue</u></i></p>

(Side 1 av 15)

VI. Rapporten.

Da jeg hadde utviklet mine hovedtemaer og undertemaer, skrev jeg resultatdelen. Også i denne delen av prosessen, foregikk en ytterligere analyse for å få tekst til å henge sammen og spisse den ytterligere.

5.3 Forforståelse som forsker

Malterud (2021) definerer forforståelsen som den «ryggsekken» vi bærer med oss inn i forskningsprosjektet, før prosjektet starter. Avhengig av hva denne «ryggsekken» inneholder, kan vi derfor si at forforståelsen vår kan jobbe mot oss, eller den kan jobbe for oss. Den kan være en styrke som kan gi næring til prosjektet, eller den kan være et hinder som gjør at vi bør avbryte fordi alt handler om hva vi bærer på, i stedet for det vi ser langs veien (Malterud, 2021).

Jeg har forsøkt å sette min egen forforståelse og erfaring i parentes under intervjuet og i analyse, men opplever som sikkert mange andre at det er vanskelig at ikke bli

påvirket av den. Da jeg selv har jobbet mange år med pasienter med fatigue både i kombinasjon med sykdom og de som opplever fatigue uten påvisbar sykdom.

Før jeg begynte og samle inn data, reflekterte jeg rundt min egen erfaring om fatigue. Jeg er kjent med GTT, da jeg brukte det mye da jeg begynte å jobbe med fatigue og revmatiske lidelser. Jeg kjenner til KBT, da det ofte har blitt nevnt i forbindelse med ME. Når det kommer til GTT for pasienter med fatigue relatert til revmatiske sykdommer, er min erfaring at GTT kan ha effekt på fysisk form, men ikke alltid på opplevelsen av utmattelse hos pasienten.

Når det kommer til PMF, er jeg relativ nyutdannet. Jeg har jobbet som PMF i snart 5 år, men har lite erfaring med PMF- behandling av pasienter med fatigue der det er hoveddiagnose. Jeg møter ofte ungdommer med tretthet og utmattelse som en del av tverrfaglig vurdering. Jeg møter også fatigue hos pasienter som kommer poliklinisk til behandling over tid.

Min egen forforståelse er at jeg er åpen for andres erfaringer, da jeg har begrenset med egen behandlingserfaring av pasienter med fatigue over tid. Dette tenker jeg kan være en styrke da jeg ikke har negative erfaringer, men er åpen for nye perspektiver til og PMF's syn på fatigue og behandling av fatigue. Selv om jeg er kjent med ulike kroppsforståelser innen PMF, vil jeg også kunne være preget av den biomedisinske og biopsykososiale forståelsen som er det rådende forståelsen av fatigue på min arbeidsplass i et sykehus.

6.0 Resultater

Som tidligere beskrevet i metodekapittelet har jeg anvendt tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006) som analysemetode for å systematisere og utvikle tema basert på intervjuene. I dette arbeidet har jeg derfor delt opp og sortert informasjonen for å finne mønstre og aspekter i dataen.

Jeg startet ved å sette meg godt inn i datamaterialet og bruke god tid på koding av intervjuene. Dette medførte at det underveis utviklet seg et mønster av erfaringer fra informantene som jeg systematiserte til ulike undertema, og til slutt kunne sammenstille til to hovedtemaer:

- PMF's forståelse av og opplevelse av pasienter med fatigue.

- PMF's erfaring i behandling til pasienter med fatigue.

6.1 PMF's forståelse av og opplevelse av pasienter med fatigue

PMF's erfaringer med fatigue inneholder ulike forståelser av fenomenet fatigue.

Temaet inneholder beskrivelser, som på mange måter kan forstås som deres syn og fortolkninger av det pasienter med fatigue har fortalt dem, samt den adferd PMF har observert blant sine pasienter. I tillegg omhandler tema hvordan det er å være terapeut i møte med pasienter med fatigue.

Temaet er delt inn i følgende fire undertema: *Fatigue overskygger det meste og det er ofte lite bedring å spore, fatigue har flere ulike ansikter, fatigue fjerner pasient fra egen kropp og pasienter låst i fatigue setter pasient- terapeut relasjon på prøve.*

6.1.1 Fatigue overskygger det meste, og det er ofte lite bedring å spore

Fatigue beskrives av informantene som slitsomt for dem som terapeuter å forholde seg til, og som tapper dem på energi. Dette gjelder både for pasienten og behandler. De beskriver at de som PMF i møte med pasienter kan oppleve det som slitsomt å behandle, det fortsetter og tar ikke slutt ved at det går over som ved andre sykdom og/ eller smertetilstander. Det samme kan pasientene synes er vanskelig. Agnes forteller: «*Jeg synes det er vanskelig, veldig vanskelig å jobbe med, det er en grå masse [.....] En tåke å gå inn i både for meg og den stakkars pasienten*».

Ord som hvile og pauser ble brukt gjennomgående av informantene når de skulle beskrive hva som oppleves å være viktig og ha fokus på for mange pasienter med fatigue.

Ella beskriver det som en «*evig kamp om pauser, de kjemper hele hverdagen med å fine rom til å hvile*». Det å kjenne seg så sliten og utmattet at det eneste en ønsker er å finne hvile og ro under all aktivitet de deltar i eller utfører, mener PMF må være slitsomt.

Ved ny aktivitet eller bare ved å gjennomføre dagligdagse sysler erfarer PMF at pasienter tappes for krefter. De forteller at pasientene sier at de mangler krefter, og når kreftene er brukt opp, føler pasientene seg helt utmattet. De sier i tråd med det

Agnes sier om at pasientene begrenser seg selv for å unngå å bli utmattet og blir svært opptatt av å «*spare, spare og spare*» for å unngå at kreftene blir brukt opp.

Vivian uttrykker at i møte med pasienten oppleves det at pasienten «*er fortvilet over ikke å klare det man ønsker, at livet bare eksisterer. De orker ikke mer, har ikke noe å se frem til. De gleder seg ikke til noen ting*».

I tråd med Vivian sier Ella at «*Mange har sluttet med glede og påfyll, for at de har så lite energi, slik at de bare har krefter til å gjøre plikter*». Vivian beskriver det på denne måten «*det er dette med å gå glipp av ting det går igjen. At de ikke har noe å se frem til, ikke så mye lyspunkter, de gleder seg ikke til noe [eeee] en sånn typisk ting som synes når energien mangler*».

Ofte ser man ingen forskjell hos pasienter fra en behandling til en annen, eller det kan beskrives som lite observerbare endringer, det er primært pasientens opplevelse som kan si om behandlingen «virker». Ettersom pasientenes dagsform også kan svinge mye, kan det både for pasienten og PMF være vanskelig å få frem kortsiktig bedring, men også mer langsiktig bedring i form av økt fungering i hverdagsliv, bedre mestring av egen sykdom og generell bedring av et samlet symptombilde og funksjon. Agnes beskriver det på denne måten: «*de vil ikke slutte, så sier de at dette er det eneste som hjelper, og etter jeg har vært her (behandling) så får jeg hvert fall litt hvile og jeg får landet*».

I dette tema ser det ut som at det blir hvile og pauser som blir det viktige og at fatigue setter sterkt preg på hverdagen og overskygger gleder i livet.

6.1.2 Fatigue har flere ulike ansikt.

Fatigue kan komme alene, men ses også veldig ofte sammen med andre tilstander, som korona, leddgikt og nevrologiske sykdommer. PMF mener at det komplekse med fatigue, er at det finnes mange ulike typer fatigue. Agnes beskriver «*at hun behandler mange ulike diagnoser med fatigue og de er forskjellige typer og at det (fatigue) viser seg forskjellige, de har forskjellige ansikt*». Men selv om fatigue fremstår som forskjellige, er fatigue svært inngripende for pasientene. Ella sier: «*det jeg erfarer er at fatigue er et symptom som plager pasientene veldig, det er ofte de kan si at; - Smertene kan jeg håndtere, men fatiguen er fryktelig vanskelig å leve med. Det hemmer meg veldig i hverdagen*».

Fatigue har mange aspekter ved at det er så abstrakt, det er krevende både for pasienter og behandlere å finne en «rød tråd» i symptombylde, eller fellestrekk som en ofte ser ved mange somatisk sykdommer eller psykiske lidelser. PMF beskriver at pasienters fatigue viser seg som både fysisk eller psykisk tilstedeværende fenomen, og ofte i kombinasjon.

Karsten forstår fatigue på denne måten: «*fatigue ligger i spekteret utmattelse og ME [...] og at det kan [...] i visse tilfeller være aspekter av depresjon inne i det [...]. Så tror jeg at mange mennesker i dag som er redde for å bli utmattet, rett å slett. Og den [...]jengstelsen i seg selv er energitappende*». Karsten understreker poenget sitt ytterligere ved å si «*at man kan bli utmattet av at tenke på at man kan bli utmattet, [...] det er jo egentlig litt angst i det*». Selv om fatigue ofte ikke er den eneste plagen pasientene har, så tar fatigue stor plass slikt Vivian forteller «*at det er ikke så ofte problemstillingen fatigue kommer inn som et enkelt symptom, men ofte sammen med mye annet, men at det (fatigue) er en stor del da*».

Fatigue både i seg selv, eller sammen med andre opplevde plager, gir ulik grad av funksjonsnedsettelse og innvirkning i dagliglivet.

Vivian beskriver det slikt, «*Noen klarer nesten ikke å ta seg av noen ting hjemme og bare ligger i sengen. Mens [eeee] noen bare kjenner på en sånn [...] de har ikke noe ork til noe, livet bare eksisterer*».

Det er gjennomgående her at informantene synes fatigue har mange ansikter, men at det som er felles er at fatigue er vanskelig å forstå og har stor innvirkning på hva pasienter gjør i dagliglivet.

6.1.3 Fatigue fjerner pasient fra egen kropp

Alle informantene snakker om hvordan pasientene opplever fatigue i egen kropp. Ella mener at det ikke alltid har med en fysisk tilstand eller grad av aktivitet som utføres, men mer hvordan kroppen fungerer. Hun sier at:

«*det handler ikke alltid nødvendigvis om fysisk form, men det kan handle litt om hvordan er det denne kroppen her jobber [...] Er det muskulatur som [æ æ æ] alltid er påslått for eksempel. Altså er det en pasient som hviler når den (muskulaturen) er i ro eller er det mye spenninger som ligger der, og nesten som et maratonløp kan være med og påvirke og kanskje gi en utmattelse*».

Dette samsvarer med det Vivian sier: *«de (fatigue pasientene) har felles et kroppslig beredskap og nedsatt evne til avspenning»*.

Karsten ser kroppslig beredskap som noe som kan være felles ved alle typer fatigue: *«uansett kanskje hvilken type fysisk diagnose det er snakk om, tenker jeg at det ofte har et felles kroppslig beredskap og nedsatt [...] evne til avspenning og økt firing i sympatikus»*.

Et annet fellestrekk ved pasienter med fatigue knytter informantene til at pasientene ikke «kjenner» kroppen sin, eller at fatigue har gjort kroppen ugjenkjennerbar, og at deres kroppsbevissthet har minsket og de har mistet kontakten med kroppen sin.

Ella sier, *«de har mista litt kontakten med kroppen og hva er det egentlig som foregår inne i kroppen min»*. En av de andre informantene kommer med en betraktning om det kan være slik at de som opplever fatigue over tid har mistet kontakten med egen kropp. Det beskrives at pasientene ikke har kontakt med, eller forhold til hvordan kroppen fungerer i forhold til en normal hverdag.

Agnes beskriver det på denne måten: *«Pasienten spenner seg og sitter og snakker med hevet skuldre opp under ørene. Når man informerer pasient om dette, kan man få tilbake; jeg vet det, jeg veedet det, men sånn er det! Men det er som om pasienten ikke skjønner det kroppslig, men forstår det mentalt»*.

6.1.4 Pasienter låst i fatigue setter pasient- terapeut relasjon på prøve

Det fjerde undertemaet er fatigue ved ME/CFS. Dette får et eget avsnitt ettersom mange av informantene i sine beskrivelser og tolkninger opplever dette som en trøtthet som skiller seg ut og er annerledes enn fatigue ved andre sykdommer og tilstander. ME/ CFS brukes her mer som eksempel på hva skjer i relasjon mellom pasient og terapeut når fatigue begrenser pasientene i så betydelig grad som kan være tilfelle ved ME/ CFS. Fatigue har da gjerne lite variasjon, og pasienter blir i mer eller mindre fullstendig overmannet og satt ut av spill. Vivian sammenligner fatigue ved ME med f.eks. fatigue etter kreft: *«fatigue etter kreft er ikke alt-oppslukende. Hverdagen fungerer sånn noenlunde»*.

Ella tror at *«de som [...] har det kanskje aller verst er de som har ME. Som opplever at fatigue [...] ligger der veldig og påvirker hverdagen hele tiden»*. Dette understrekes også av Agnes som sier: *«at de med ME har en mer omfattende fatigue»* og hun

fortsetter med «*føler ikke at jeg har så mye og bidra med [...] det er jo det som er frustrerende i denne gruppa her [.....] Lite tilgjengelige for endring. Fastlåste. Man når liksom ikke frem til pasienten*».

At disse pasientene er spesielt vanskelig å arbeide med, er også Vivian`s erfaring: «*ME- har veldig mye utmattelse og kan være vanskelig å jobbe med*» Informantene beskriver at når situasjonen er fastlåst og vanskelig å få til endring, kan det gå ut over deres relasjon til pasientene, som Agnes sier: «*de er fastlåste på hva som fungerer for dem*».

Når pasienter er fastlåste kan det føre til at både tilnærming, relasjon og behandlingssituasjon blir annerledes også. PMF som ble intervjuet opplever at de ikke har like mye å komme med i behandlingssituasjon.

6.2 PMF's erfaring i behandling til pasienter med fatigue.

PMF argumenter for at det er viktig med en helhetlig tilnærming i behandling av pasienter som har fatigue. Med helhetlig tilnærming sier de at det er viktig å se hele mennesket, ikke bare kropp eller psyke, men også hvordan de lever i og med sine omgivelser og relasjoner i hverdagen.

Det er to undertema som underbygger den helhetlige tilnærmingen. Pasienter er i en sårbar situasjon, der de muligens har prøvd mange ulike tiltak og stått lenge på venteliste før de kommer til en med videreutdanning innen PMF «Å bli sett og forstått som et menneske og ikke som fatigue» er en del av den helhetlige tilnærmingen. Det andre undertema er «Anspent i hverdagen og Resurs Orientert Kroppsundersøkelse».

PMR beskriver at pasienter med fatigue har et kroppsmønster der det er viktig å se hvordan belastningsforholdet er og hvor det kan sitte noen bremses som stopper opp og gjør blir stiv, bruker mer energi og får ikke restituert seg.

I behandlingssituasjonen kommer det opp at de er mer påpasselige på å ikke gjøre for mye i behandlingen som skiller fatigue fra bland annet en smertepasient, dette for at det er viktig med mestring og at ikke behøve oppleve at man går ut med fatigue. Som de har opplever store deler av hverdagslivet med familie, sosiale situasjoner eller arbeid.

6.2.1 Å bli sett og forstått som menneske ikke bare fatigue.

Informantene sier at det er av stor betydningen at pasientene med fatigue blir hørt og tatt på alvor om hvordan de føler seg. En av informantene Vivian sier, *«pas med fatigue de føler seg ofte ikke forstått, ikke møtt på hvor plaget de er»*. Agnes forteller at: *«jeg prøver å anerkjenne og støtte på at dette skjønner jeg er krevende og at det er de små tingene i kroppen som kan bety mye»*.

Karsten understreker at det er viktig for han å ha fokus og være lyttende: *«det er viktig at man viser fokus på det som pasientene kommer med at en er oppmerksom og lyttende»*

Informantene sier samtidig at de må ansvarlig gjøre pasientene også og få de til å være med på å rydde i sin hverdag. Vivian sier: *«bli anerkjent og sett på hvordan de har de men også ansvarlig gjøre de»*.

Det samme sier også Ella: *«Møte de og ta de på alvor og være med på å begynne og sortere litt i det her»*, hun fortsetter med at for å få til dette må hun komme i dialog med pasienter for å kunne *«snakker mye rundt hvordan er hverdagen din, hva gir energi og hva tar energi»*. For å få til en slik ting, er det å bygge tillit og gode relasjoner. Agnes sier at det er *«viktig å bygge relasjon fra starten, det er viktig med alle pasienter, men veldig viktig med de fatigue pasientene»*.

Karsten sier det så sterkt:

«jeg opplever relasjon er alfa og omega», Ella utdyper det slikt, *«jeg tror relasjonen er kjempeviktig og helt avgjørende»* hun fortsetter med *«for at vi skal kunne hjelpe dem [...]»*.

Dette viser at en viktig del av en helhetlig tilnærming, handler om å skape gode relasjoner gjennom å lytte til pasienters erfaringer og møte pasientens erfaringer med anerkjennelse og respekt. Dette er også viktig for å hjelpe pasienten til å forstå og rydde i egen situasjon dvs. å kunne komme i posisjon til å hjelpe.

6.2.2 Anspendthet den nye hverdagen og Resurs Orientert

Kroppsundersøkelse

Alle informantene snakker om kroppsmønster, undersøkelse og behandling. Det kommer fram under intervjuerne at pasienter med fatigue ofte har «en ta deg sammen»- holdning som de ikke er oppmerksomme på.

Agnes sier at mønstret til pasientene hun behandler med fatigue viser at de «holder pusten» og har en «ta- deg -sammen og rett- deg- opp i ryggen holdning». Agnes sier også at disse pasientene har «heiste skuldre og biter kjeven sammen».

Ella forteller at hun som PMF har mulighet til å analysere litt mer og «hjelp pasienten på en måte inn i kroppen». Hun har erfaring for at mange pasienter har en kognitiv forståelse og er gode til å reflektere. På mange måter vet de hva som plager dem, og også hva som kan være med å påvirke fatigue. Hun forteller at mange pasienter er plaget med «tankekjør» og sier «det er som hodet aldri får hvile». Ella utdyper og sier at mange er nesten litt sånn at «De har mistet litt kontakten med kroppen og hva er det egentlig som foregår med kroppen min». Hun illustrer dette med eksempel om at «de puster nesten ikke, og de er veldig stramme og spente i skuldre».

Informantene mener at det har blitt et mønster for pasienter med fatigue med spente skuldre og sammenbitte tenner og at dette har blitt normalt for dem. På denne måten har anspendthet blitt en del av den nye hverdagen. Vivian forteller at «når energien mangler, handler det mye om å ta seg sammen. Og da blir det mye spenninger. Der er det en sammenheng».

Ella forteller at «mange er så vant til å være på kroppslig, og [...] veldig mange er jo veldig pliktoppfyllende og [...] kan være ambisiøse og strekke seg langt» og «da blir det mye spenninger som gir en sammenheng». Ella trekker her en sammenheng mellom det å «ta seg sammen» og presse seg og at de gir spenninger som en sekundær plage til at man samler seg for å håndtere hverdagen.

Informantene sier at behandling av fatigue dreier seg om å være til stede i kroppen. Ella forteller «det er det som skjer her og nå som er viktig, det er ikke noe som skal holdes ut for at det skal bli bedre i ettertid» og hun fortsetter at for henne handler det om «å jobbe sammen og oppdage her og nået, og hva som skjer med kroppen din».

Med dette kommer de inn på at undersøkelse og behandling handler om å ta tak i pasienters kroppserfaring. Det blir viktig å legge merke til spenninger og kroppsmønster, og samtidig se hvem man har foran seg.

Agnes forteller «at når jeg har en smertepasient kan jeg fortelle dem at jeg forventer bedring innen påske, dette gjør jeg ikke til en fatigue pasient».

Ella beskriver det på denne måten: «mulig at jeg dveler mer med en fatigue pasient, enn med en smertepasient, smertepasientene med kroppslige vondter litt over alt er det lettere og gå rett på kroppsundersøkelse, det gjør jeg ikke med en fatigue pasient».

Alle informantene sier at de bruker og tar utgangspunkt i Resurs Orientert Kroppsundersøkelse (ROK), men at de ikke nødvendigvis gjennomfører den i sin helhet. De vurderer gjerne pasienten mer ut ifra hvordan han eller hun er i nuet, og tar dette som utgangspunkt for den videre undersøkelsen.

Som Agnes sier «jeg kjører ikke alltid så hard på med å gjennomføre all undersøkelse, jeg tar hensyn til hvor mye pasienten orker».

Ella forteller «jeg følger ikke ROK` en slavisk, men deler den opp. Og det blir mer som en utprøving».

For Karsten er ROK `en veivisende for videre valg i behandling. Han sier at «ROK `en avgjør behandlingstilnærmingen, ikke diagnosen» og sier videre «at det er pasientens ressurser på resurskontinuumet som bestemmer hvor inngripende man skal være». Han legger også til at «disse pasienten vil ha nytte av å bli mer bevist spenningene sine og lære og jobbe med å balansere de».

Vivian forteller at «jeg gjør ikke noen annerledes i forhold til ROK`en, men vil bruke mer tid til selve undersøkelsen» hun fortsetter «alle pasienter er individuelle så det kommer an på hva man finner i forhold til ressurser».

Her kommer det frem at PMF deler opp undersøkelsen i henhold til hvor mye den enkelte pasienten orker, samt ser i undersøkelse hvor mye den enkelte pasient har av ressurser, for så å tilpasse behandling etter dette.

De er fleksible i sin undersøkelse og øvrig behandlingstilnærming og tilpasser det de gjør til den enkelte pasient.

Ella sier: «*at man toner seg inn på pasienten for å skjønne hva som er viktig. De er så forskjellige at det krever en enorm fleksibilitet fra terapeuten*».

Agnes forteller: «*pasienten ligger på benken og sier: jeg (pas) kan holde ut (smerten), bare gjør det som er viktig for meg*». Agnes sier videre: «*Det er kanskje selve essensen av det og kort sagt; pasientene selv trenger å kjenne mer selv på hva det er som skjer i kroppene deres for å skape en endring*». Agnes forklarer dette: «*slik at det ikke blir at jeg undersøker og analyserer pasienten, men at vi gjør det sammen. Hvordan responderer pasienten? Kommer det noen autonome reaksjoner hos pasienten? Og hva føler du nå i kroppen?*».

Ella forteller noe lignende «*det å fortelle dem at det som skjer her og nå er det som er viktig at du skal ikke holde ut, men at vi sammen skal jobbe og oppdage [.....] hva som foregår i kroppen din*».

Her kommer det frem at informantene oppleve det som viktig å få pasienten aktivt inn i sin forståelse av helhetlig tilnærming og at pasienten deltar i sin egen behandling. Dette understøtter perspektivet med at informantene i utøvelse av PMF er opptatt av å tilpasse behovet etter situasjonen, tilpasse ROK' en og justere undersøkelsen og behandlingen i lys av pasienten foran seg.

7.0 Diskusjon.

I denne delen av oppgaven vil jeg besvare mitt forskningsspørsmål «*Hvilke erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter med behandling av fatigue?*» ved hjelp av mine analytiske tema.

Jeg startet med noen metodiske overveielser i forhold til funnenes troverdighet og overføringsverdi. Videre oppsummere jeg de hovedtemaene som kom frem i resultatkapitlet, og deretter vil jeg drøfte de resultatene opp mot aktuell teori.

Jeg tar for meg hvordan PMF forstår fatigue og erfarer pasienter som har fatigue før jeg deretter fokusere på hva PMF forteller om tilnærming til pasienter med fatigue i behandling.

I diskusjonen blir informantene i denne studien omtalt som PMF og informant/informantene. Kronisk utmattelsessyndrom CFS/ME blir i diskusjonen omtalt som ME.

7.1 Metodiske overveielser

Om resultatene er troverdige, handler i stor grad om jeg har fått gode data i intervjuerne, om jeg har analysert og presentert resultatene på en logisk og etterrettelig måte. Når man ikke kan stå og se inn i rommet og telle å bruke matematiske formler for å få et svar på det man søker empiri om, må man vise resultatene sine ved hjelp av tekst. Tekst og språk er viktig i kvalitativ metode. Dermed handler det i stor grad om teksten jeg har utviklet er troverdig.

Ettersom jeg opprinnelig er svensk og selv etter 20 år i Norge bruker en del svenske ord innblandet i det norske språket, er det en fare for at både informantene og meg kan ha lagt ulik forståelse i enkelte ord/ setninger underveis i intervjuet og analysen. Intervjuguiden ble språklig sjekket ut med veileder. Når det gjelder intervjuene, sjekket jeg med mine informanter om jeg hadde forstått dem rett ved å oppsummere det de hadde sagt. Dette kalles for dialogisk validering (Malterud, 2021, s. 193). Ved at datamaterialet er mest mulig representativt vil informanten og den som undersøker fenomenet få en felles forståelse av den sannheten som skapes mellom dem (Malterud, 2021, s. 193).

Jeg har så valgt å transkribere selv for å kunne gå dypere ned i intervjuerne. En svakhet med min forskning er at jeg ikke har sendt ut mine analyser til mine deltaker for endring og godkjenning. Dette kalles for «deltakersjekk» og er en god måte å få tydeliggjort mulige misforståelser i intervjuet, språklige nyanser etc (Malterud, 2021, s. 193). Samtidig kan en slik deltakersjekk påvirke teksten og derav analysen ved at fokuset blir å få informasjonen så korrekt som mulig, og at forskerens tolkninger får mindre plass (Malterud, 2021, s. 194). Jeg har før intervjuene, underveis og i etterkant reflektert om kvaliteten på intervjuene, og om jeg har klart å ikke la min egen forforståelse prege resultatet. Jeg har stoppet opp underveis i analysen, sjekket notater/ transkriberinger og stilt kontrollspørsmål til meg selv som; er det det informanten sier noe om, eller tolker jeg at informanten sier noe om dette? Legger jeg til mening ut fra min forforståelse?

Samhandling er en del av hverdagen i livet til en fatigue pasient som går og får behandling hos PMF, og her skjer meningsutvekslingen mellom PMF og den aktuelle

pasienten. Her kan vi fange erfaringen til PMF i behandling gjennom kvalitativ forskning. Jeg har valgte symbolsk interaksjonistisk perspektiv som min vitenskapsteoretiske tilnærming. Dette hjalp meg se/ forstå det informanten kunne fortelle av egen erfaring om hvordan de erfarte fenomenet fatigue hos pasienter og hvordan jobbe med behandling av fatigue. Dette har også bidratt til at jeg har fått en økt bredde i kunnskapen om betydningen av samhandlingen mellom pasient og behandler og hvordan dette påvirker valg av behandlingstilnærming. Blant annet viktigheten av at pasienten selv deltar i egen behandling og eksempelvis at PMF sammen med pasienten utforsker mønster og spenninger i kroppen. En svakhet ved min masteroppgave er utvalget størrelse og dermed informasjonsstyrken. Med stor kunnskap om temaet trenger man færre informanter og ved mindre innsikt på området må man ha ett større utvalg (Malterud, 2021, s. 63). I min masteroppgave burde jeg ha hatt 5- 8 informanter for å ha god informasjonsstyrke, men jeg fikk kun tak i fire.

Jeg valgte tematisk analyse av Braun og Clarke (2006), da denne ble gjennomgått i undervisningen til studiet og ble vurdert som aktuell for min kvalitative studie. Tematisk analyse som metode opplevde jeg var noe vanskelig i starten, særlig systematikken og det å forstå prosessen som helhet. Med god veiledning ble det mer tydelig og jeg lærte mye i denne prosessen. Jeg vurderer at jeg samlet ut fra blant annet bruk av intervjuguiden, semistrukturert intervju og tematisk analyse har fått frem et rikt datamateriale som gjennom tematisk analyse gir godt grunnlag for å besvare mitt forskningsspørsmål. Jeg opplever at valg av studiedesign passer til masteroppgavens formål.

7.2 Hvordan PMF erfarer at fatigue blir synlig hos pasienter i psykomotorisk fysioterapi

Alle PMF i denne studien oppgir at fatigue er et vanlig fenomen hos pasienter som er i behandling i psykomotorisk fysioterapi. Informantene oppgir at i deres pasientgruppe ses fatigue blant annet hos pasienter med gjennomgått kreftbehandling, hjerneslag, pasienter med psykiske lidelser, ME og autoimmune sykdommer.

Det er normalt å kjenne seg trett og sliten etter eksempelvis fysisk trening, etter endt arbeidsdag eller arbeidsuke. En slik tretthet inngår som en naturlig del av hverdagslivet og gir for de alle fleste ingen, eller svært liten innvirkning på vår livskvalitet. For de alle fleste vil blant annet hvile, søvn og helgefri gi mulighet til å restituere oss, dempe stress og fremme ny energi.

Når jeg i denne studien har intervjuet PMF om fatigue brukes ordet utmattelse gjennomgående. Det beskrives som et fenomen som er tilstede både fysisk og psykisk hos pasienten. Samtidig er det vanskelig for pasientene å beskrive fatigue og det er vanskelig for PMF å forstå og ordsette fenomenet. Beskrivelser som en «grå masse» og «tåke» er noen av beskrivelsene som blir brukt av informantene til å beskrive fatigue. Kreftforeningen.no (2023) beskriver hvordan personer med fatigue kan oppleve det og bruker ord som nedstemt, konsentrasjonsvansker, utilpasshet, kraftløshet, energiløshet og kroppslig ubehag og redusert funksjon.

Selv om fatigue beskrives med ulike ord er min opplevelse og tolkning av det som fremkommer av informasjon fra informantene, at PMF samlet sett har en felles forståelse om at pasienter med fatigue plages av ulike former for urestituerbar og uforklarlig tretthet som oppleves på mange måter gjennomgripende i hverdagen.

I følge Roald Omdal, professor i medisin og seksjonsoverlege ved klinisk immunologisk seksjon på SUS og hans forskergruppe (Aukland, 2021) er det mye som tyder på at fatigue er et dominerende fenomen i et større reaksjonsmønster, en sykdomsatterferd, som gjennom hele evolusjonen har overlevd. Omdal forklarer at denne reaksjonsmåten er sterk og at hverken dyr eller mennesker klarer å motstå den. Denne sykdomsatterferden beskriver han at fører til at mennesker blir trøtte, deprimerte, evnen til å kjenne på sult og tørst forsvinner og man trekker seg tilbake fra andre. Han viser til at denne atferden er smart ved akutte skader og infeksjoner, samtidig vil den samme atferden også oppstår ved kroniske sykdommer, men er da mindre hensiktsmessig ettersom det medfører plagsom utmattelse og tretthet. Det at denne reaksjonsmåten er sterk, samsvarer med det som beskrives av informantene om at fatigue overskygger det meste hos pasienter med fatigue. I intervjuene med PMF forteller informantene at de opplever at det er en sammenheng mellom fatigue og livskvalitet i forhold til hvordan denne pasientgruppe «har det» og virker inn i hverdagen. Ifølge Lehmann Moberg (2023) er antall tapte dagsverk

(sykefraværsdager) grunnet diagnosen «tretthet/ slapphet» økt med 14 % fra 2022 til 2023, og siden 2018 har det vært en dobling i antall tapte arbeidsdager knyttet til denne diagnosen.

Finsterer og Mahjoub (2014) avdekker gjennom sin forskning at syke individer med fatigue erfarer en økt følelse av slitenhet i kroppen som medfører at dagliglivet blir tungt. I intervjuene med PMF fremkommer det at flere erfarer akkurat det samme hos pasientene med fatigue. Fatigue alene eller sammen med andre symptomer reduserer energi og krefter til å være aktiv, uansett om det har med arbeid eller fritid å gjøre.

I en kvalitativ studie fra 2020 så har Ezekiel et al. sett på hvordan pasienter med fatigue og hjerneskade klarte hverdagslivet til tross for sin utmattelse. De kom frem til fire temaer: *Opplevelse av fatigue i hverdags aktiviteter, vanskelig å skjønne fatigue, mestre tretthet, samt justere fatigue i sosiale sammenhenger.* I henhold til denne kvalitative forskningen til Ezekiel et al. (2020) kan man se eksempler på hvor inngripende fatigue kan være på ulike livarenaer for pasienter med fatigue. Energi kreves for å være tilstede og energi kreves for å utføre, og når energien ikke er tilstrekkelig må det posjoneres og proriteres. Dette er i samsvar med tidligere teorier fra b.la. Wilson et al. (2011) om hvor viktig det er for pasientene med energi. I studien gjort i 2007 var håndtering av energi en viktig del i hvordan pasienter med fatigue håndterte hverdagen på en god måte.

I likhet med Wilson et al. (2011) kommer det fram gjennom erfaringen til PMF at det dreier seg om sparing av energi hos pasientene de møter med fatigue. Flere av informantene forteller om at denne «sparing» av energi hos pasienter med fatigue ofte handler om å ha nok energi til å mestre de hverdagslige oppgavene i hjem og familieliv. Samtidig kommer det frem i intervjuene med PMF at deres erfaring er at mange pasienter har «glemt» fokus på glede i hverdagens aktiviteter, det dreier seg mest om plikter og energisparing. I en bacheloroppgave av Hägglund og Norgren (2012) gjennomgikk de 15 vitenskapelige artikler som inkluderte kvalitative og kvantitative studier, så de at pasienter med MS fatigue med begrenset energi måtte foreta energioptimalisering og foreta prioriteringer i hverdagen sin. De valgene pasienten tok, var barn, familie og arbeid.

Flere av informantene forteller at det er vanskelig å skille årsaken til de ulike symptomene og plagene ved fatigue. Det er gjerne et sammensatt symptom-bilde som i tillegg til utmattelse viser seg med manglende energi. PMF beskriver fatigue som både fysisk og psykisk tilstedeværende fenomen og ofte i kombinasjon. PMF forteller om fatigue som overskygger gleder i livet. Flere informanter beskriver også angst for forverrelse.

I forhold til psykiske plager slik som depresjon skiller enn ofte mellom forhold som gjør en sårbar for å utvikle depresjon, forhold som kan utløse depresjon og forhold som kan være med å opprettholde depresjon (Norsk forening for kognitiv adferdsterapi, u.å). PMF forteller at fatigue sjeldent kommer alene. PMF forteller at pasienter med fatigue ofte har hatt store livsbelastninger eller langvarig stress hvor de ikke har lyttet til kroppen, eller ikke har lagt merke til hva som har skjedd med kroppen. PMF forteller at fatigue fjerner pasienten fra egen kropp, eller med andre ord har pasienten «flyttet ut av kroppen sin». De forteller også om kropper som er preget av stress, en kroppslig beredskap med nedsatt evne til avspenning.

I en kvalitativ studie av Stormorken et al. (2015) har de funnet at aktuelle triggere, herunder sosiale forhold som relasjon og samhandling med andre mennesker, økonomiske forhold som å kunne være selvforsørget, sensoriske forhold som lyder, bevegelser, støy og opplevd press fra seg selv og andre kan forverre trettheten ved fatigue.

Depresjon er også ofte forbundet med vanskelige livsforhold som alvorlig smerte, jobbrelevante vansker og alvorlig sykdom hos seg selv eller i nærmeste familie. Påkjenninger som langvarig stress kan utløse depresjon (Norsk forening for kognitiv adferdsterapi, u.å).

På samme måte som ved depresjon ser enn et funksjonstap hos pasienter med fatigue, eksempelvis ved at pasientene blir mindre sosiale, mister energi og blir mer passive. En kan derfor se en del likhetstrekk til triggere til hva som kan utløse fatigue og forverrelse av fatigue og såkalt triggere til å utløse og opprettholde depresjon, og dette kan være en medvirkende årsak til at fatigue angivelig oppleves komplekst og er vanskelig å få grep om.

Mange av informantene beskriver at det er mange typer av fatigue, og at ME skaper en kontrast til annen opplevd fatigue. I intervjuene med PMF forteller tre av informantene i denne studien at de opplever fatigue ved ME som mer omfattende, enn andre diagnosegruppene hvor fatigue er vanlig. I tidligere nevnte masteroppgave av Myklebust (2017) fant hun at fysioterapeutene legger ulike forståelser til grunn for bruken av begrepene utmattelse, fatigue, slitenhet og ME. Hun skriver videre at tre av hennes informanter skilte tydelig på ME og fatigue og de mente at trettheten ved ME er helt forskjellig til trettheten ved annen fatigue. To-tre andre informanter i studien til Myklebust (2017, s. 34) syntes ikke det var store forskjeller mellom fatigue, utmattelse og ME, mens andre var med nøytrale.

På Helsenorge.no (2023) beskrives ME som en sykdom hvor langvarig og kronisk utmattelse er hovedsymptom. De med ME har oftest flere symptomer, blant annet nedsatt balanse, overfølsomhet, redusert konsentrasjonsevne og smerter til ledd og muskel. Hvordan fatigue oppleves ved ME er ikke beskrevet. Foretar man et søk på fatigue på Helsenorge.no kommer det informasjon om eksempelevis fatigue ved kreft og beskrivelse av hvordan fatigue oppleves. Her er fatigue beskrevet mer som et symptom og noe som kan oppstå i ulike faser av annen sykdom. Fatigue beskrives på Helsenorge.no (2023) som en «følelse» av å være utmattet og unormalt trøtt». Hvis en ser på Helsenorge.no (2023) ser man forskjeller i plager ved fatigue og ME, samtidig som det beskrives flere likheter i beskrivelse av fatigue og ME. I forhold til det PMF forteller fremkommer det at de erfarer fatigue ved kreft og andre tilstander som leddgikt noe anderledes. Her er gjerne fatiguen noe som pasienten går litt inn og ut av gjennom dagen, eller med større variasjon i intensitet. Informantene trekker frem at ved ME er pasienten mer låst i fatiguen. Den er mer konstant tilstede og fatiguen viser mindre variasjon. Dette samsvarer med Helsenorge.no (2023) sin beskrivelsen av ME hvor det oppgis at hovedsymptomet er langvarig og kronisk utmattelse. PMF opplever at de har mindre å komme med til denne pasientgruppen.

7.2 Å se personen og legge merke til kropp ved behandling av fatigue

Et viktig funn som alle PMF tar opp i intervjuene som generell betingelse i behandling av pasienter med fatigue, men også ved andre tilstander, er det å bli sett, anerkjent og bygge en relasjon. En informant trekker i tillegg frem at det er ekstra viktig med de

som opplever utmattelse i kroppen. Informanten fremhever betydningen av å se forbi fatiguen og se menneske bak fatiguen. Mennesket er ikke sykdommen eller fatiguen. Pasienter med fatigue opplever ofte stigma, både i familien, på jobb - og blant helsepersonell (Aukland, 2021).

I intervjuene med PMF, kommer det frem flere eksempler der informantene trekker frem viktigheten av å se helheten i pasientens livssituasjon. Alle informantene formidler at de er opptatt av en helhetlig tilnærming hvor de ser og møter hele mennesket. Med dette menes at de ikke kun skal fokusere på kropp eller psyke, men også se og forstå pasienten ut fra de kontekstuelle forholdene i pasientenes liv, som hvordan de lever med sine omgivelser og relasjoner i hverdagen.

Mange av fatigue pasienten har ikke blitt trodd på sin fatigue i møte med helsepersonell. Et perspektiv er at fatigue er ofte er noe diffust, det er noe med det som ikke er klinisk dokumenterbar, det vil si man ser det ikke på blodprøver eller MR. Nyere forskning fra blant Omdal og hans forskerteam viser at fatigue er en naturlig ting av det å være syk, og at det er et kroppslig fenomen som ikke er viljestyrt (Aukland,2021). Dette kan forhåpentligvis bidra til økt anerkjennelse for pasientens vansker.

Aukland (2021) skriver videre at Omdal fremhever objektiv og etterprøvbar kunnskap om de biologiske mekanismene som regulerer fatigue og at slik kunnskap gjøres tilgjengelig for pasienter, pårørende og helsepersonell. I følge Omdal er et viktig perspektiv at selv om vi i dag ikke har god behandling for fatigue, kan det for pasientene utgjøre en stor lettelse å få en forklaring som viser at det ikke bare handler om å «ta seg sammen» (Aukland, 2021).

Utgjør det en forskjell hvordan PMF møter pasienter med fatigue? Min erfaring fra klinikk er at dette er viktig. Dette kommer også frem under intervjuene med PMF. Ord som tillit, relasjon og anerkjennelse ble hyppig brukt av alle informantene når de snakket om sin erfaring med behandling av fatigue.

Når man møter pasienten er det viktig med godt samarbeid mellom pasient og helsearbeider, ettersom det påvirker den helsehjelpen som skal gis (Stai, 2021). I arbeidet med å etablere relasjon er det viktig å møte pasienten med respekt, empati og anerkjennelse. Når man anerkjenner noen handler det om å respektere

opplevelsene til den andre med å stadfeste de følelsene og reaksjonene personen uttrykker (Stai, 2021). Lien (2018, s. 15) skriver at alle interaksjoner i mellommenneskelige møter alltid innebærer noen former for relasjon, der ulike verbale og non- verbale uttrykk blir fortolket. Myklebust (2017) skriver at funn i hennes studie viser at i behandlingen av pasienter med utmattelsesproblematikk mener informantene at fysioterapeutens relasjonelle ferdigheter, og relasjon mellom pasient og terapeut viktig er viktig for utfall av behandlingen. Dette støttes også av funn fra tidligere masteroppgave av Lund (2020) om PMF erfaring fra praksis med behandling av pasienter med CFS/ME.

Lund (2020) skriver at med god relasjon kommer man i posisjon for å kunne starte med den behandlingen som pasienten trenger. Lunde skriver også at pasienter med ME er ekstra vare på hvordan de blir møtt, og redde å ikke bli oppfattet på rett sett. Skal en pasients erfaringer erkjennes og forholdes til må vi kunne ha en forventning om å bli møtt med respekt og forståelse. Dette gjelder ikke bare ME- pasienten men også de som har annen form av utmattelse/ fatigue. En god relasjon gjør ikke pasientene dem ikke bedre, men man kommer i en posisjon til å kunne hjelpe. Myklebust (2017, s. 44) finner også at relasjonen er viktig mellom terapeut og pasienten for utfallet i behandlingen.

I systematisk oversikt gjort på ME og rehabilitering (Chambers et al., 2006), så man på hva som hadde effekt på den kroniske fatiguen. De så på effekt av b.la. bi stikk, Qi gong til KBT og medisinsk behandling. Denne systematiske oversikten fra Chambers et al (2006) fant lite til ingen effekt av de medisinske behandlingsmetodene for ME. I en studie gjort av Bredero et al. (2024) så på effekten av mindfulness i forhold til fatigue ved inflammatorisk tarmsykdom (IBD) og i en studie gjort van den Akker et al. (2016) der man så på effekten av KBT ved MS relatert fatigue. Man fant at det var noe effekt så lenge pasienten var i behandling med mindfulness, men at den avtok når behandlingen opphørte (Bredero et al., 2024). Når det kom til KBT og behandling av fatigue i forhold til MS har dette en liknende effekt (van den Akker et al., 2016). Berge et al. (2017) referer til en Cochrane review av Cramp et.al (2013) som oppsummerer studier på utmattelse ved leddgikt, hvor det ble konkludert med at behandling som gir best effekt er fysisk aktivitet og psykososiale intervensjoner som KBT.

På ulike måter kommer det frem at PMF erfarer at både pasienter med fatigue og ME- pasienter kan forstå at deres spenninger påvirker hverdagen og livet, men at de ikke klarer å gjøre noe med det. Flere informanter forteller at de pasienter med fatigue får enkle hjemmeøvelser, men som de ikke gjennomfører. Samtidig forteller PMF at pasientene i behandling tilbakemeldet at behandlingen virker ved at de får en «pause» og at dette er viktig i deres hverdag og noe de ser frem til. En kan se fellestrekk til dette i tidligere nevnt forskning om mindfulness og KBT i forhold til fatigue, der det ser ut til at disse behandlingstilnærmingene ser ut å ha effekt på fatigue mens behandlingen pågår, men at effekten avtar når behandlingen stopper opp.

«Mennesker er kropp, og bevegelse; der er ikke bare slik at mennesker har kropp og utfører bevegelser. Hvordan bruker personen sin kropp og seg selv?»

(Thornquist & Bunkan, 1995, s. 22).

Myklebust (2017) skriver i sin masteroppgave at fysioterapeutene hun intervjuet i møte med utmattelsesproblematikk gjør kroppsundersøkelse i oppstarten av behandling, der de ser på holdning, respirasjon, bevegelsesmønster samt muskulatur. Dette stemmer godt med det som har kommet frem i mine intervjuer med PMF.

Alle informantene begynner med ROK'en, noen følger den fullstendig og noe bruker deler av den som en type prøvebehandling. Informantene forteller at de tilpasser kroppsundersøkelsen etter hvordan pasienten er i nuet, og lager en videre plan for undersøkelse og behandling ut fra dette. I PMF har kroppen en sentral plass, den er utgangspunktet i behandlingen av pasienten (Thornquist & Bunkan, 1995). Fokus er ikke på pasientens svakheter, men pasientens ressurser er det viktigste og dette kommer blant annet frem i ROK'en (Thornquist & Bunkan, 1995). ROK'en vurderes av informantene som et godt hjelpemiddel i undersøkelse av pasienter for å finne holdnings-, pust- og spenningsmønster. Behandlingens mål er å oppnå en bedre kroppsholdning, muskulatur og pust (Thornquist & Bunkan, 1995).

Ekerholt og Bergland (2022, abstract) skriver at økt kroppsbevissthet ser ut til å være en viktig del av det å komme seg fra subjektive helseplager. Myklebust (2017, s 40) fant at kroppsholdningen og spenningsmønster var annerledes hos pasienter med

utmattelse problematikk, de «holder» pusten. Det samme kommer fram i denne studien, der alle informantene forteller at pasienter med fatigue «holder pusten» og «spenner seg». Thornquist og Bukkan (1995, s. 20) skriver: «Vi møter spenning med motspenning. Vi ser knyttede hender, som bygger opp kontroll «holder på seg» for å undertrykke følelsene sine». Lien (2018, s 64) skriver at følelser setter seg i kroppen og det skjer endringer i dens tilstand, dette støttes av den karakteranalytiske psykoterapiutdanningen.

De mønstrene som kommer frem under intervju med PMF som erfarer fatigue, er at holdningsmønster hos pasienter med fatigue preges av å «spenne seg», pasientene kjenner ikke hvor spent kroppen er. PMF er opptatt av å se hele mennesket og justerer sine tiltak etter hvor pasienten er. De er tydelige på at dette er ikke noe pasienten selv skal igjennom, eller som PMF skal utføre på pasienten, men at behandlingen er et felles prosjekt med et gjensidig samarbeid. I møte med PMF kom det fram at pasientene med fatigue må bli bevist sine kroppslige spenninger og at man jobbe sammen med disse i behandling, «det er ikke jeg som fikser det», men «det er vi som finner ut av det sammen».

8.0 Konklusjon.

I denne masteroppgaven har jeg sett på erfaringene til PMF ved behandling av fatigue. Hoved- og undertemaene som har kommet frem gjennom semistrukturerte intervju tyder på at fatigue er et sammensatt fenomen som kommer frem psykisk og fysisk hos pasienter med fatigue og ofte i kombinasjon. Utmattelsen som beskrives ved fatigue beskrives som gjennomgripende i pasientenes hverdag og gir ulik grad av funksjonsnedsettelse på flere livsarenaer. For mange overskygger fatiguen gleden i livet til pasienten og i hverdagen blir fokuset å ha nok energi til å mestre daglige gjøremål som familie og hjem. PMF opplever at fatigue ved ME skiller seg ut fra annen fatigue ved andre sykdomstilstander. Den beskrives som mer omfattende og tung å behandle. PMF er opptatt av møte pasienten med anerkjennelse og se helse menneske, ikke bare fatiguen, men mennesket bak fatiguen. Gjennom erfaringen til PMF kan det tyde på at pasienter med fatigue har en redusert tilstedeværende i selve kroppen, at det nesten er som en dualisme mellom hodet som vil og kroppen som ikke klarer å gjøre det tanken vil at den skal gjøre. PMF i denne studien beskriver at holdningsmønster til pasienter med fatigue er preget av «å ta seg sammen». PMF trekker frem i intervjuene at involvering av pasient i egen behandling, der man

sammen med PMF jobber med å legge merke til og frigjøre spenninger, der pust er betydningsfulle behandlingstiltak i PMF. Behandling for fatigue i PMF kan påvirke pasientenes opplevelse av egen kropp, og å ha noe eller ingen effekt på fatigue.

Selv om det ikke finnes god behandling for fatigue er kunnskapen om fatigue av stor betydning. Fra kunnskapen om fatigue vet vi at helsepersonell opplever det vanskelig å behandle pasienter med fatigue. I samarbeid mellom PMF og pasient kan kunnskap hos PMF om fatigue bidra til økt tillit mellom pasient og behandler, opplevelse av aksept og annerkjennelse fra PMF og mer målrettet kroppsbehandling. PMF vil ha et bedre grunnlag for å kunne trygge, forklare og involvere pasient i egen behandling.

For PMF og andre som behandler PMF kan forskning bidra til at fenomenet blir mer konkret og mindre krevende å møte i behandling. Til tross for få informanter i studien som kan påvirke informasjonstyrken, har det vært en relativ god variasjonsbredde i forhold til arbeidslivserfaring. Oppgavens begrensninger i henhold til informasjon styrke kan gjøre det interessant at se på dette i ett større perspektiv med flere informanter eksempelvis med intervju av fokusgrupper. Jeg håper at denne kvalitative studien om psykomotoriske fysioterapeuter sine erfaringer med behandling av fatigue kan bidra til å utvide forståelsen av fenomenet fatigue. En ønsket effekt av dette vil være at pasientene med fatigue fører til økt annerkjennelse for deres plager.

9.0 Litteraturliste

van den Akker, L. E., Beckerman, H., Collette, E. H., Eijssen, I. C., Dekker, J., & de Groot, V. (2016). Effectiveness of cognitive behavioral therapy for the treatment of fatigue in patients with multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 90, 33–42.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.09.002>

Alahmari, W. S., Alhowimel, A. S., Alotaibi, M., Basuodan, R. M., Coulson, N., Kontou, E., Logan, P. & Shalabi, K.M. (2023). Perceptions of Post-Stroke Fatigue among Health Care Practitioners: A Qualitative Interview Study. *Medicina*, 59(12), 2146.

<https://doi.org/10.3390/medicina59122146>

Aukland, I. (2021, 1. juni). *Slik beviste de at fatigue ikke er latskap*. Helse Stavanger.

<https://www.helse-stavanger.no/om-oss/nyheter/slik-beviste-de-at-fatigue-ikke-er-latskap>

Berge, T. Fjerstad, E. & Moe, R. H. (2017). Mestring av utmattelse ved revmatisk inflammatorisk sykdom. *Fysioterapeuten*, 85(7), 25.

<page0025.pdf> ([fysioterapeuten-eblad.no](https://www.fysioterapeuten.no))

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.

<https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Bredero, Q. M., Fleer, J., Smink, A., Kuiken, G., Potjewijd, J., Laroy, M., Visschedijk, M. C., Russel, M., van der Lugt, M., Meijssen, M. A. C., van der Wouden, E. J., Dijkstra, G., & Schroevers, M. J. (2024). Long-term treatment outcomes of mindfulness-based cognitive therapy for fatigue in patients with inflammatory bowel disease: Results of a randomized controlled trial. *Journal of psychosomatic research*, 187, 111949. Advance online publication.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2024.111949>

Bunkan, H. B. (1997). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde: Resursorientert kroppsundersøkelse og behandling* (2oppl.) Universitetsforlaget AS.

Bunkan, H., B. (2001,10.oktober). *Psykomotorisk fysioterapi – prinsipper og retningslinjer*. Tidsskriftet.

<https://tidsskriftet.no/2001/10/kronikk/psykomotorisk-fysioterapi-prinsipper-og-retningslinjer#>

Bunkan, H.B. (2014). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde*. (4.utg.) Gyldendal Norsk Forlag AS.

Brañas, P., Jordon, R., Fryde- Smith, A., Burls, A. & Hyde, C. (2000). Treatment for fatigue in multiple sclerosis: a rapid and systematic review. *Health Technology Assesment (Winchester, England)*, 4(27), 1-57.

<https://doi.org/10.3310/hta4270>

Chambers, D., Bagnall, A. M., Hempel, S. & Forbes, C. (2006). Interventions for the treatment, management and rehabilitation of patients with chronic fatigue syndrome/ myalgic encephalomyelitis: an updated systematic review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 99(10), 506-520.

<https://doi.org/10.1177/014107680609901012>

De nasjonale etiske komiteene (2022, 9 september). Kvalitativ metode.

<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/metoder/kvalitativ-metode/>

Dittner, A. J., Wessely, S. C., & Brown, R. G. (2004). The assessment of fatigue A practical guide for clinicians and researchers. *Journal of Psychosomatic Research*, 2004(56), 157–170.

[https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00371-](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00371-)

Eggebo, H. (2019,18 juni). Tematisk analyse – metodeartikkelen som løyer alt. *Helga Eggebo*. <https://helgaeggebo.no/tematisk-analyse-metodeartikkelen-som-loyser-alt/>

Ekerholt, K., & Bergland, A. (2022). Embodied knowledge- the phenomenon of subjektiv health complaints reflected upon by Norwegian psychomotor pshysioterapy specialists. *Physioterapy Theory and Practice*, 38(12), 2122- 2133.

<https://doi.org/10.1080/09593985.2021.1920073>

Ekerholt, K., & Bergland, A. (2019). Learning and knowing bodies: Norwegian psychomotor physiotherapists' reflections on embodied knowledge. *Physiotherapy theory and practice*, 35(1), 57–69. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1433256>

Ezekiel, L., Field, L., Collet, J., Dawes, H. & Boulton, M. (2020). Experiences of fatigue in daily life of people with acquired brain injury; a qualitative study. *Disability and Rehabilitation*, 43(20), 2866–2874.

<https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1720318>

Finsterer, J. & Mahjoub, S. Z. (2014). Fatigue in healthy and diseased individuals. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 31(5), 562- 575.

<https://doi.org/10.1177/1049909113494748>

Helsedirektoratet. (2023, 24. februar). Kronisk utmattelsessyndrom – CFS/ME.

Helsedirektoratet. <https://www.helsenorge.no/sykdom/skader-og-sykdommer-i-hjernen/cfs-me/>

Hutchinson Strand, G. (2003). *Samfunnsarbeid i sosialt arbeid* (2 utg.) Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hägglund, J. & Norgren, M. (2012). *Opplevelser, påverkan på vardagen och egenvård: En litteraturstudie om MS-relaterad fatigue* [Bacheloroppgave, Högskolan i Gävle]. Digital Vetenskapliga Arkivet.

<https://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A570189&dswid=-4225>

Jaime-Lara, R. B., Koons, B. C., Matura, L. A., Hodgson, N. A., & Riegel, B. (2020). A Qualitative Metasynthesis of the Experience of Fatigue Across Five Chronic Conditions. *Journal of pain and symptom management*, 59(6), 1320–1343.

<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.12.358>

Koht, J. & Sulheim, D. (2023, 31oktober). *Fatigue*. Store norske leksikon.

<https://sml.snø.no/fatigue#:~:text=Fatigue%20betegner%20en%20vedvarende%20tilstand%20av%20utmattelse%20hvor,sliten%20eller%20utmattet%20i%20forbindelse%20med%20fysisk%20aktivitet.>

Kreftforeningen. (2023, 13. november). Fatigue og kreftsykdom. Helsedirektoratet.

Hentet 27. oktober 2024 fra <https://www.helsenorge.no/sykdom/kreft/fatigue-hva-er-fatigue/>

Krogstad, H., Loge, J. H., Grotmol, S. K., Kaasa, S., Kiserud, C. E., Salvesen, Ø. Hjermsstad, J. M. (2020). Symptoms in the general Norwegian adult population - prevalence and associated factors. *BMC Public Health*, 20(1), 988.

<https://doi.org/10.1186/s12889-020-09109-2>

Kudubeş, A. A. & Bektaş, M. (2020). The Effect of fatigue- reducing Interventions on the fatigue levels of Children with Cancer: A Meta- analysis study. *The Journal of Pediatric Research*, 7(3), 207-215.

<https://doi>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervjuet* (2. utg.) Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lange, G., Cook, D. B. & Natelson, B. H. (2005). Rehabilitation and treatment of fatigue. I J. Deluca (Red.), *Fatigue, as a window to the brain* (301- 316). The MIT press.

Lazarevic., M. & Malmbom, J. (2023) *Fysioterapeuters opplevelser och erfarenheter av att motivera beteendeförändring i form av träning hos patienter med reumatisk sjukdom: En kvalitativ intervjustudie* [Bacheloroppgave, Uppsala universitet]. Digitala Vetenskapliga Arkivet.

<https://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A1726271&dswid=9838>

Leder, D. (1990). *The absent body*. The University of Chicago Press

Lehmann Moberg, L. (15.03.2024) *Utviklingen i legemeldt sykefravær Året 2023* (Statistikknotat). NAV.

<https://www.nav.no/ /attachment/inline/21e959fb-d992-499d-a8fa-82cb49769393:cd7c7f91f1e5a1f00409e77bd5c2bc928f65f545/%C3%85rsnotat%20sykefrav%C3%A6r%202023.pdf>

Levin, I. & Trost, J. (2005). *Hverdagsliv og samhandling*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Lien, J. (2018). *Relasjon og kropp*. Kolofon Forlaget AS.

Loge, H. J., Ekeberg, Ø. & Kaasa, S. (1998). Fatigue in the general Norwegian population: normativ data and associations. *Journal of Psychosomatic Research*, 45(1), 53- 65.

[https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(97\)00291-2](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(97)00291-2)

Lund, M. (2020). *Det er godt å bli forstått: En kvalitativ studie av psykomotoriske fysioterapeuters erfaring fra praksis med behandling av pasienter med CFS/ME* [Masteroppgave, UiT Norges arktiske universitet]. UiT Munin.

<https://munin.uit.no/handle/10037/19615>

Laastein Hansen, G. (1992). Analyser tilbakereisen i symbolsk interaksjonistisk perspektiv. I. Levin (Red.), *Nået og tilbakereisen: analyser ut fra symbolsk interaksjonisme* (s. 49- 59). Universitetet i Trondheim.

Malterud, K. (2021). *Kvalitativ forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.

Malterud, K. (2018). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag* (2. utg) Universitetsforlaget.

Mengshoel, A. M. (2010). Life strain–Related tiredness and illness-related fatigue in individuals with ankylosing spondylitis. *American College of Rheumatology*, 62(9), 1272- 1277. <https://doi.org/10.1002/acr.20216>

Myklebust, A. I.R. (2017). *Fysioterapeuters erfaringer med pasienter med utmattelsesproblematikk* [Masteroppgave Høgskolen i Oslo og Akershus]. ODA. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/10642/5444>

Nikolaus, S., Bode, C., Taal, E., & van de Laar, M. A. (2010). New insights into the experience of fatigue among patients with rheumatoid arthritis: a qualitative study. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 69(5), 895–897. <https://doi.org/10.1136/ard.2009.118067>

Nilsen, H. F. (2022). *Du må ikke sove: Wilhelm Reich og psykoanalysen i Norge*. H. Aschloug & Co.

Norsk forening for kognitiv adferdsterapi. (u.å). Depresjon. Hentet 10. November 2024 fra <https://www.kognitiv.no/psykisk-helse/ulike-lidelser/depresjon/>

Pettersen, K. T. (2012, 10. mars). Symbolsk interaksjonisme og sosialt arbeid. *Praktisk filosofi*. <https://kaaretorgnypettersen.blogspot.com/2012/03/symbolsk-interasjonisme-og-sosialt.html>

Repping- Wuts, H., Hewlett, S., van Riel, P. & van Achterberg, T. (2009)_Fatigue in patients with rheumatoid arthritis: British and Dutch nurses' knowledge, attitudes and management. *Journal of advanced nursing*, 65(4): 901- 911.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04904.x>

Sviland, R., Martinsen, K. & Råheim, M. (2018). Towards living within my body and accepting the past: a case study of embodied narrative identity. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 21(3), 363-374.

<https://doi.org/10.1007/s11019-017-9809-7>

Staj, S. (2021, 10. oktober). *Å skape gode relasjoner*. Nasjonal digital læringsarena.

<https://ndla.no/article/33024>

Stormorken, E., Jason, L. A., & Kirkevold, M. (2015). Fatigue in adults with post-infectious fatigue syndrome: a qualitative content analysis. *BMC nursing*, 14, 64. <https://doi.org/10.1186/s12912-015-0115-5>

Store norske leksikon (2005-2007): *Erfaring*. Store Norske Leksikon. Hentet 13. oktober 2024 fra. <https://snl.no/erfaring>

Sæther, E.M. (2021) *Behandlingsforløp og kostnader ved behandling innenfor fysioterapi området* (2021_20). Oslo Economics.

<https://osloeconomics.no/wp-content/uploads/2021/05/Rapport-behandlingsforlop-2021.pdf>

Thornquist E. & Bunkan, H. B. (1995). *Hva er psykomotorisk behandling*. Universitetsforlaget.

Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. (2. oppl.) Fagbokforlaget

Thornquist, E. (2022, 30. juni). *Aadel Bülow- Hansen*. Norsk biografisk leksikon på snl.no. https://nbl.snl.no/Aadel_B%C3%BClow-Hansen

Torres- Harding, S. & Jason, L. A. (2005). What is fatigue? History and epidemiology. I J. Deluca (Red.), *Fatigue, as a window to the brain* (s. 4- 13). The MIT Press.

Weesely, S (2005). Fatigue, as a window to the brain. I J. Deluca (Red.), *Foreword* (s. xi- xvii). The MIT Press.

Whitehead, C, L., Unahi, K., Burell, B. & Crowe, T, M. (2016). The experience of fatigue across long-term conditions: A qualitative meta- synthesis. *Journal of pain and symptom management*, 52(1), 131-143.

<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.02.013>

Wilson, L., Whitehead, L. & Burell, B. (2011). Learning to live well with chronic fatigue: the personal perspective. *Journal of advanced nursing*, 67(9), 2161-2169.

<https://doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05666.x>

Ytterhus, B. (2001). Hvordan går det med Mead, Blumer, Goffman og barna? En diskusjon av symbolsk interaskjonisme som utgangspunkt for forskning og forståelse for barn. *Barn, forskning om barn og barndom i Norden*, 19(1), 29-45.

<https://doi.org/10.5324/barn.v19i1.4676>

Vedlegg.

Vedlegg 1.

Intervjuguide.

Problemstilling: *Hvilke erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter med å undersøke og behandle fatigue?*

Informanter: Psykomotoriske fysioterapeuter (PMF) med pasient kontakt.

Informasjon:

Jeg er en masterstudent som går helsevitenskaplig master med innretning psykomotorisk fysioterapi. Jeg har utarbeidet noen spørsmål for å få data til oppgaven min. Temaet i oppgaven min er hvilke erfaringer har PMF med undersøkelse og behandling av pasienter med fatigue.

Jeg vil få frem hvordan PME fortolker og forstår fatigue, hvordan de tilnærmer seg fatigue i en behandlingssituasjon. Intervjuet vil trolig ta mellom 30 til 60 minutter.

Informasjonen som jeg samler inn vil kun bli brukt til dette formålet, og vil bli slettet etter bruk.

Spørsmål:

1. Kan du si litt om deg selv og den praksisen du jobber i (alder, utdanning, tidligere arbeidssteder etc)?
2. Fortell litt om hvorfor du valgte å bli psykomotorisk fysioterapeut?
 - Hvor lenge har du jobbet som PMF?
3. Hvordan forstår du fenomenet fatigue?
4. Hvilken tanker har du i forhold til pasienter med fatigue? (eventuelt likheter/forskjeller mellom diagnosegrupper)?
 - ME
 - Fatigue etter kreft
 - RA med fatigue

- RA pasienter i remisjon, men som har fatigue
5. Hva kjennetegner pasienter du behandler for fatigue i din praksis?
6. Hvordan går du frem i undersøkelse av pasienter med fatigue?
Gi gjerne konkrete eksempler på undersøkelsessituasjoner fra dine erfaringer.
7. Er det noen spesiell type av behandlinger som du gir for pasienter med fatigue?
- Hvordan skiller du på naturlig- og en vanlig tretthet?
 - Omstillende, kroppsavgrensendegrep, stabiliserende?
8. Hvordan tilnærmer du deg og hvilke erfaringer har du med denne tilnærmingen i behandling av pasienter med fatigue?
- Og hva er dine tanker og refleksjoner rundt dette?
 - Hva tenker du er viktig i behandling av pasienter med fatigue?
 - Hvordan tolker du fatigue hos de pasientene som du behandler?
 - Hvordan tilnærmer du deg pasienter med fatigue?
 - Har du ulike tilnærminger eller en felles?
9. Hvordan arbeider du med å få til en allianse/ samarbeid med pasienter, og hva slags erfaring har du med det?
- Hvordan opplever du relasjonen mellom deg og pasienten som viktig i behandling av fatigue?
 - Hvordan opplever du årsak, forståelse og virkning i interaksjon mellom deg og den du behandler i forhold til behandlingseffekt?
10. Er det noe du vil tilføye angående temaet som vi har snakket om?

Takk for at du satt av tid til at svare på spørsmålene!

Vedlegg 2.

Vil du delta i forskningsprosjektet

"Hvilke erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter med behandling av fatigue"?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få nyansert innsikt og økt for forståelse for fenomenet fatigue. I dette skrivet gis informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Min masteroppgave i helsevitenskap består av en kvalitativ intervjustudie av psykomotoriske fysioterapeuter om deres erfaringer med å undersøke og behandle pasienter med fatigue.

For å få mer kunnskap om et mangelfullt forstått fenomen og effektiv behandling, er det derfor viktig å undersøke erfaringsbasert kunnskap fra de som arbeider med dette. Dette vil kunne få frem andre perspektiver enn det som foreligger av forskningskunnskap på feltet.

Ved å undersøke praksiserfaringene til psykomotoriske fysioterapeuter med bruk av intervju, håper jeg å få frem erfaringer og fortolkninger fra dem som møter og behandler disse pasientene.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

OsloMET ved førsteamanuensis Hedda Eik er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg, Carl-Henrik Franke har kontaktet faggruppen for psykomotorisk fysioterapeuter og forespurt om de kan sende ut en mail med informasjon om dette prosjektet til sine medlemmer. I tillegg har jeg forespurt om de kan legge ut samme informasjon på deres facebook-side. For å øke mulighet til rekruttering til prosjektet, har jeg i tillegg sendt mail direkte til fysioterapeuter med psykomotoriske fysioterapeuter som jeg er kjent med fra eget nettverk. Deltagerne blir derfor rekruttert med direkte forespørsler av meg -og gjennom at de tar selv kontakt etter å ha blitt informert om prosjektet gjennom faggruppen.

Inklusjonskriteriene i mitt utvalg vil være fysioterapeuter som har videreutdanning innen PMF. Her betyr det psykomotoriske fysioterapeuter med pasientkontakt, både de som er godkjent spesialister i forhold til takstsystem og de uten slik godkjenning, menn og kvinner, samt både

de med lang og kort erfaring i det å behandle pasienter med fatigue. Eksklusjonskriterier er de som ikke har videreutdanning i PMF.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dette er en studie bestående av kvalitativt intervju i form av en samtale om dine praksiserfaringer med å undersøke og behandle pasienter med fatigue. Intervjuet vil ha en estimert tidsramme på 30- 60 min. Jeg ønsker å intervju 5-8 psykomotoriske fysioterapeuter. Du kan selv bestemme hvorvidt intervjuet skal foregå digitalt via helsenett, eller ved at vi kan møtes fysisk hvis mulig (i Agder). Intervjuet vil bli tatt opp og det vil tas notater underveis. Lydfilene vil bli lagret på ett passordbeskyttet nettverk. Etter at lyd er overført til tekst slettes lydfilene. Personidentifiserbar informasjon vil bli omskrevet eller slettet fra intervjuetekstene, slik at teksten ikke kan spores tilbake til deg.

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. Du har rett til å kreve at intervjuet med deg blir slettet dersom de ikke allerede er publisert. 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 jeg har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. De som har tilgang til dine opplysninger, er min veileder Anne Marit Mengshoel og jeg (Carl-Henrik Franke). Dine kontaktopplysninger vil erstattes av kode som vil lagres på egen navneliste adskilt fra lydfiler og skrevne tekster av intervjuet. Disse oppbevares på passordbeskyttet nettverk.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes når oppgaven blir godkjent og det vil skje rundt 31 juli- 31 august 2024. Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger slettes. Dette vil skje gjennom makulering. Lydopptak vil etter transkribering slettes.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra OsloMET har Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene

- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- OsloMET ved prosjektleder førsteamanuensis Hedda Eik eller veileder professor emerita Anne Marit Mengshoel ved Universitetet i Oslo.
Email: a.m.mengshoel@medisin.uio.no eller hedda.eik@oslomet.no
- Vårt personvernombud: SIKT

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via:

- Epost: personverntjenester@sikt.no eller telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
Eventuelt student
Hedda Eik

Carl-Henrik Franke

Samtykkeerklæring

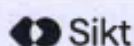
Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet, hvilke erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter med behandling av fatigue, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3.



Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer

558486

Vurderingstype

Standard

Dato

17.11.2023

Tittel

Hvilke erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter med behandling av fatigue?

Behandlingsansvarlig institusjon

OsloMet – storbyuniversitetet / Fakultet for helsevitenskap / Institutt for fysioterapi

Prosjektansvarlig

Hedda Eik

Student

Carl-Henrik Franke

Prosjektperiode

30.10.2023 - 30.08.2024

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 30.08.2024.

Meldeskjema **Kommentar****OM VURDERINGEN**

Sikt har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Vi har vurdert at du har lovlig grunnlag til å behandle personopplysningene, men husk at det er institusjonen du er ansatt/student ved som avgjør hvilke databehandlere du kan bruke og hvordan du må lagre og sikre data i ditt prosjekt. Husk å bruke leverandører som din institusjon har avtale med (f.eks. ved skylagring, nettspørreskjema, videosamtale el.)

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Se våre nettsider om hvilke endringer du må melde: <https://sikt.no/melde-endringer-i-meldeskjema>

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!