

# FYSIOTERAPEUTERS UPPLEVELSER HUR DERAS TANKAR OCH KÄNSLOR PÅVERKAR DEM OCH DERAS ARBETE INOM PALLIATIV VÅRD

En kvalitativ intervjustudie

**NIKLAS DELLEGÅRD**

**CHRISTOFFER BLOM**

*Huvudområde:* Fysioterapi med beteendemedicinsk inriktning  
*Nivå:* Kandidat  
*Högskolepoäng:* 15 hp  
*Program:* Fysioterapeutprogrammet  
*Kursnamn:* Examensarbete med inriktning mot beteendemedicin  
*Kurskod:* FYSO63

*Handledare:* Caroline Eklund  
*Examinator:* Anne Söderlund

*Seminariedatum:* 2022-02-10  
*Betygsdatum:* 2022-04-21

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Fysioterapeuter arbetar inom palliativ vård, och att arbeta inom det området kan framkalla stor varians av känslor. Forskning visar att positiva och negativa känslor kan påverka kliniskt beslutsfattande hos vårdgivare inom sjukvården, detta kan influera patientens respons på behandling och hälsotillstånd. Det saknas dock forskning hur fysioterapeuters tankar och känslor påverkar dem och hur det påverkar deras kliniska beslut och bemötande av patienter.

**Syfte:** Syftet med denna studie var att utforska fysioterapeuters upplevelser om hur deras tankar och känslor som uppstår i det kliniska arbetet påverkar dem samt hur detta påverkar deras kliniska beslut och bemötande av patienter inom palliativ vård.

**Metod:** Studiens design var en induktiv, kvalitativ intervjustudie. Sju informanter blev intervjuade utifrån en semistrukturerad intervjuguide. En kvalitativ innehållsanalys användes för att analysera data.

**Resultat:** Analysen resulterade i två huvudkategorier; ”arbetet väcker motstridiga känslor” samt ”vikten att bibehålla ett professionellt förhållningssätt” med tillhörande åtta underkategorier fördelat.

**Slutsatser:** Informanterna beskrev positiva och negativa känslors uppkomst i arbetet men att det inte påverkade beslutsfattandet. Informanterna beskrev sig som en positiv omgivningsfaktor för patienterna genom sitt professionella arbetssätt. Detta kan kopplas till socialkognitiva teorin, och genom ett beteendemedicinskt synsätt kan fysioterapeuter skapa en ökad följsamhet och förbättrad livskvalitet hos sina patienter.

**Nyckelord:** Beteendemedicin, Fysioterapi, Induktiv, Palliativ vård, Socialkognitiva teorin.

## ABSTRACT

**Background:** Physiotherapists work within palliative care, working within that field can evoke various emotions. Research shows that positive and negative emotions can influence decision-making in health care providers, this can influence patients' responses to treatment and health. There is a lack of research on how physiotherapists' thoughts and feelings affect them and how it affects their clinical decisions and treatment of patients.

**Purpose:** The purpose of this study was to explore physiotherapists' experiences of how their thoughts and feelings that arise in the clinical work affect them and how this affects their clinical decisions and treatment of patients in palliative care.

**Method:** The study design was an inductive, qualitative interview study. Seven informants were interviewed by using a semistructured guide. A qualitative content analysis was used to analyze data.

**Results:** The analysis resulted in two main categories; "work evokes conflicting emotions" and "the importance of maintaining a professional approach", with eight appurtenant distributed subcategories.

**Conclusions:** The informants described positive and negative feelings occurrences within their work, but that it did not affect their decision-making. The informants described themselves as being a positive environmental factor for their patients with their professional way of working. This can relate to social cognitive theory, and with a behavioral medicine approach, physiotherapists can create an increase in compliance and increased life-quality with their patients.

**Keywords:** Behavioral medicine, Emotions, Inductive, Palliative care, Physiotherapy, Social-cognitive theory.

## INNEHÅLL

<b>1</b>	<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
1.1	Palliativ vård	1
1.2	Att arbeta inom palliativ vård	2
1.2.1	<i>Känslor inom palliativ vård</i>	2
1.2.2	<i>Vård och dödsångest</i>	4
1.2.3	<i>Patientcentrerad palliativ vård</i>	4
1.3	Fysioterapi inom palliativ vård	6
1.4	Fysioterapi med beteendemedicinsk inriktning	7
1.4.1	<i>Biopsykosociala modellen</i>	7
1.4.2	<i>Socialkognitiva teorin inom fysioterapi och palliativ vård</i>	7
<b>2</b>	<b>PROBLEMFÖRMULERING</b>	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>SYFTE</b>	<b>9</b>
<b>4</b>	<b>MATERIAL OCH METOD</b>	<b>9</b>
4.1	Studiedesign	9
4.2	Urval	9
4.3	Datainsamling	10
4.4	Tillvägagångssätt	10
4.5	Dataanalys	10
4.6	Etiska aspekter	11
<b>5</b>	<b>RESULTAT</b>	<b>12</b>
5.1	Arbetet väcker motstridiga känslor	13
5.1.1	<i>Arbetet väcker känslor av glädje, tacksamhet och tillfredsställelse</i>	13
5.1.2	<i>Patientens situation kan väcka negativa känslor</i>	13
5.1.3	<i>Fysioterapeuten känner sig som en positiv faktor för patient</i>	14
5.2	Vikten att bibehålla ett professionellt förhållningssätt	14
5.2.1	<i>Känslors påverkan på kliniskt arbete</i>	14
5.2.2	<i>Hantering av känslor</i>	14

5.2.3	<i>Patientens situation påverkar val av behandling</i> .....	15
5.2.4	<i>Anpassning av fysioterapeutens kliniska arbete utifrån patienten</i> .....	15
5.2.5	<i>Hur fysioterapeuten bemöter sin patient</i> .....	16
<b>6</b>	<b>DISKUSSION</b> .....	<b>16</b>
6.1	<b>Resultatdiskussion</b> .....	<b>17</b>
6.2	<b>Metoddiskussion</b> .....	<b>23</b>
6.3	<b>Etikdiskussion</b> .....	<b>25</b>
<b>7</b>	<b>SLUTSATS</b> .....	<b>26</b>
<b>8</b>	<b>KLINISK BETYDELSE OCH FORTSATT FORSKNING</b> .....	<b>27</b>
	<b>REFERENSLISTA</b> .....	<b>28</b>
	<b>BILAGA A</b>	
	<b>BILAGA B</b>	

# 1 BAKGRUND

Enlig Socialstyrelsen (2018) avlider drygt 90 000 personer årligen i Sverige, av dessa bedöms omkring 80% varit i behov av palliativ vård. Palliativ vård är en del av sjukvårdens grenar och patienter inom palliativ vård är i stort behov av omsorg och vård för att få en bättre livskvalitet vid livets slutskede. Inom den palliativa vården är en hel rad olika professioner involverade, bland annat fysioterapeuter. Fysioterapeuter, såsom andra professioner som läkare, sjuksköterskor och arbetsterapeuter bidrar till att optimera patientens förutsättningar för en ökad livskvalitet, detta genom fysisk aktivitet och rörelse bland många andra åtgärder (Swami & Case, 2018). Det är utmanande för fysioterapeuter att skapa tilltalande aktiviteter för patienter inom palliativ vård där hänsyn till patientens medicinska faktorer och vilja ska ske samtidigt som fysioterapeutens expertis och resurser också ska implementeras (Sauter et al., 2018).

## 1.1 Palliativ vård

Palliativ vård är en specialisering inom hälso- och sjukvården där människor med allvarliga sjukdomar blir vårdade. Syftet är att lindra symtom utan att direkt bota underliggande orsak till symtomen (Swami & Case, 2018). Vården är byggd utifrån ett förhållningssätt som bidrar till ökad livskvalité för patienter och närstående till dem som drabbats av livshotande sjukdom. Palliativ vård kan genomgå under månader beroende på sjukdom och dess naturalförlopp med insatser kring symtomlindring och anpassat stöd under denna tid (Nationella rådet för palliativ vård, 2010).

Fyra hörnstenar som utgör palliativ vård är: 1; Teamarbete som ger den trygghet och hjälp patienten behöver dygnet runt. 2; Symtomlindring vid fysiska och psykiska symtom samt stöd vid sociala och andliga problem. 3; Valfungerande kommunikation mellan vårdgivare, patient, och närstående med en följsamhet i den vårdpersonal de bemöter. 4; Vid slutskedet ska stöd ges till närstående för att underlätta sorgearbetet men även under sjukdomsförloppet (Nationella rådet för palliativ vård, 2010).

Den palliativa vården adresserar patienternas fysiska, själsliga och emotionella behov och därför tas hänsyn till flera aspekter som berör livskvalitet (Nationella rådet för palliativ vård, 2010; Swami & Case, 2018; Xiang & Ning, 2018). Att erbjuda andligt, socialt och psykologiskt stöd är viktigt för att skapa trygghet hos patient och närstående utöver lindring av fysiska symtom som kan manifesteras sig (Nationella rådet för palliativ vård, 2010). För många patienter som befinner sig i den senare delen av den palliativa vården kan kroppen kännas som ens fiende med minskad

rörlighet och funktion. Det är även en hel rad andra symtom och funktionsnedsättningar som exempelvis illamående, trötthet, dyspné som gör att kroppens tillstånd begränsar vad patienten klarar och orkar göra (Sauter et al., 2018). I livets slutskede blir patienten mindre fysiskt aktiv och immobiliserad, detta kan påverka cirkulationen, andningen, njurar och tarmar negativt. Risken ökar för att pneumonier, trombosor och trycksår uppstår, även muskelstyrka, gång och balans kommer kunna påverkas negativt (Sauter et al., 2018). Den fysiska inaktiviteten kan även leda till en försämrad sömn, nedsatt psykiskt välmående samt sänkt livskvalitet (Sauter et al., 2018).

Förutom symtombehandling kan andra syften med vården vara att utbilda patienter och dess närstående om sjukdomen. Målsättningen med behandlingen och prognosen för den specifika patienten. Denna vård fokuserar inte enbart på att lindra fysisk smärta (Swami & Case, 2018). Cancer är en av de vanligaste sjukdomarna hos patienter som är placerade inom palliativa vårdenheter på grund av dess allvarliga natur och symtom. Rekommendationer finns för att patienter med allvarligare typer av cancer ska få palliativ vård så tidigt som möjligt i naturlöslöppet. Utöver cancers symtom, ska bieffekter från eventuella andra behandlingar som har genomförts tas hänsyn till. Att starta den palliativa vården tidigt hos patienter har visats förbättra livskvalitet och förlängt livsspannet (Swami & Case, 2018).

Palliativa vårdenheter brukar ha ett flertal professioner inom sin verksamhet som läkare, nutritionister, sjuksköterskor och fysioterapeuter (Swami & Case, 2018). Läkare och sjuksköterskor är alltid en del av det palliativa vårdteamet, fysioterapeuter och kuratorer kan också vara viktiga för god palliativ vård. Andra professioner som kan vara delaktiga i vården av denna målgrupp är präster, psykologer och massageterapeuter. Det är alltså en patientgrupp som kan få nytta av att ha tillgång till en bred mängd olika professioner beroende på behov och önskemål (Nationella rådet för palliativ vård, 2010).

## **1.2 Att arbeta inom palliativ vård**

### **1.2.1 *Känslor inom palliativ vård***

Inom palliativ vård kan obehagliga samtalsämnen dyka upp, detta kan vara emotionellt svårt för vårdgivarna (Michel, 2001). Att arbeta inom palliativ vård kan framkalla en stor varians av känslor, allt från negativa känslotillstånd, exempelvis sorg och nedstämdhet till positiva känslotillstånd som känsla av personlig prestation och tillfredsställelse (Parola et al., 2017). Att arbeta inom palliativ vård har upplevts värdefullt och givande för sjuksköterskor (Zheng et al., 2015; Andersson et al., 2016). En annan studie visade att sjuksköterskor hade en hög nivå av engagemang inom arbetet och kände sig vara i kontroll över deras arbetsbelastning, likväl upplevde många av dem att utmaningen i arbetet var viktigt för deras känsla av tillfredsställelse

(Ablett & Jones, 2007). En litteraturstudie av Agemalm & Thuvander (2019) visade att arbete inom palliativ vård upplevdes ge känslor av tillfredsställelse hos flera av vårdgivarna när patienter och deras anhöriga uttryckte nöjdhet med vården som delgivits, vårdgivarna upplevde en bekräftelse av deras egenvärde. Att bidra till en lugn och fridfull död för patienterna var bidragande till känslan av tillfredsställelse, vårdgivarna uttryckte en yrkesstolthet och hängivenhet trots stora påfrestningar. Andra källor stärker samma sak som har visat att sjuksköterskor upplevt en känsla av tillfredsställelse när vården var till patienters och anhörigas belåtenhet (Gallagher et al., 2015; Andersson et al., 2016).

Det finns forskning som visar att det finns utmaningar och barriärer vårdgivare behöver hantera inom sin profession vilket kan ske mer frekvent i arbetet mot patienter inom palliativ vård (Hudson & Payne, 2011). Moderata till höga nivåer av depression och ångest har påvisats vara höga hos 40-43% av antalet undersökta vårdgivare inom palliativ vård (Ullrich et al., 2017; Hudson & Payne, 2011). Både ångest och depression var mer frekvent hos vårdgivare i palliativ vård än hos den allmänna befolkningen i Tyskland (Ullrich et al., 2017). Annan forskning har visat att bemötandet av barn/tonåringar och unga vuxna inom palliativ vård har visat orsaka en större grad av nedstämdhet hos vårdgivarna än när det är mot äldre. Denna nedstämdhet kan visa sig genom ökad nervositet, ångest, stress, frustration och känsla av misslyckande (Avery et al., 2020). Tonåringar och unga vuxna definieras mellan åldrarna 15-39 år (Patterson et al., 2015). Negativa emotioner förknippade med nedstämdhet har visat sig förekomma mer frekvent hos vårdgivarna om patienterna är tonåringar eller unga vuxna. Vårdgivare som har barn i lika ålder som sina patienter har visat sig uppleva en känsla av koppling till patienten genom att dra paralleller mellan patienterna och sina barn vilket var jobbigare att hantera än bemötande av äldre (Avery et al., 2020). Likaväl har unga vuxna vårdgivare som är i samma åldersgrupp som sin patient upplevt det mer upprörande att jobba mot de patienter som vårdgivare kan relatera mot sig själva. Denna emotionella uppkomst kan härledas till begreppet countertransference (Avery et al., 2020). Countertransference beskriver att emotionella reaktioner som uppstår vid patientmöte sker av omedvetna processer hos vårdgivaren utifrån patientens karaktäristiska drag och beteenden med vilket vårdgivaren kopplar till sina nuvarande eller tidigare erfarenheter Kelly et al (2003). Countertransference kan beskriva huruvida vårdgivaren utifrån sina känslor kan uppleva och koppla till specifika sammanhang eller förklara uppkomsten av känslor utan att vårdgivaren vet varför (Kelly et al., 2003). Countertransference har kopplats till olustiga känslor som nedstämdhet hos vårdgivare inom palliativ vård och en svårighet med att bemöta patienter där countertransference kan ha haft en betydande roll (Avery et al., 2020).

En studie i Kina visade att 66,8% av vårdgivare inom olika specialiteter upplevde sig vara maktlösa vid bemötande av dödssjuka (Xiang & Ning, 2018). Positiva och negativa känslor kan påverka kliniskt beslutsfattande och vårdpersonals respons i kliniska situationer, ännu är det inte helt klart hur detta påverkar patienter (Heyhoe et al., 2016). Känslor kan komma in i tankeprocessen på en mängd olika sätt medvetet eller omedvetet och initiera medfödda eller



förvärvade reaktioner. Det kliniska beslutsfattandet kan påverkas av ett känslomässigt tillstånd vilket positivt eller negativt påverkar valet av behandling, strategier och problemlösning (Croskerry et al., 2010).

### **1.2.2 Vård och dödsångest**

Att ha samtal med döende patienter är inte lätt att ta på sig men det är något alla som arbetar inom palliativ vård bör vara beredda att ställas inför. Detta kan vara emotionellt svårt för vårdgivare som möter detta, speciellt om band knutits till patienten som snart kommer dö (Michel, 2001). Dödsångest beskrivs som en obehaglig emotion framprovocerad av tankar kring död av andra eller sig själv (Thiemann et al., 2015). Vårdgivare har en större frekvens av att möta döden i sitt yrke än större delen av samhället och ha så pass stor kontakt med döden kan trigga dödsångest. Vårdgivare inom palliativ vård som tillåter sig att känna känslor har bättre möjlighet att reflektera och förstå varför en situation var jobbig och kan därmed hantera tankar och känslor på ett bättre sätt (Nyatanga, 2016; Thiemann et al., 2015). En normal mängd dödsångest är rimligt att ha som vårdgivare då extremt negativa nivåer kan innebära ett nonchalant sätt att se på livet och döden medan extremt höga nivåer skulle kunna leda till ett undvikande beteende till döende samt försämrad psykologisk hälsa (Thiemann et al., 2015). På detta sätt kan vårdgivaren som befinner sig i högre eller lägre nivåerna av spektrumet ge sämre vård till patienter i palliativ vård genom att undvika patienter, skjuta upp behandlingar för dem eller generellt sämre arbetsprestation. Detta kan orsaka ineffektivitet i behandling och bemötande av döende patienter (Thiemann et al., 2015).

Det har visats att kommunikationen gällande döden till patienter och deras närstående i slutskedet börjar brista när dödsångest är prevalent hos vårdgivaren (Cochrane et al, 1991; Lenherr et al, 2012). En högre nivå av dödsångest hos vårdgivare har likväl funnits öka skuld känslorna när patienter har dött samt ifrågasättande huruvida vårdgivaren skulle ha gjort något annorlunda (Draper et al., 2019; Álvarez-Del-Río et al., 2013). Det kan vara en utmaning att kunna motstå och bearbeta utbrändhet, etiska konflikter samt den professionella livskvalitén med att jobba inom palliativ vård (Zanatta et al., 2020).

### **1.2.3 Patientcentrerad palliativ vård**

Enligt en metaanalys av Maddocks et al (2009) är vanliga anledningar till att vägra delta i träningsbaserade behandlingar hos cancersjuka tidsaspekten samt en generell avsaknad av intresse. Vanliga anledningar till att avbryta från en träningsregim är medicinska komplikationer, införsel av andra behandlingar som kemoterapi samt andra personliga/sociala problem. Det visade sig dock att om patienterna initialt godkänner en träningsregim som behandling är följsamheten till att genomföra oftast väldigt hög (>80%). Träningsprogrammets

längd, durationen av övningar samt sjukdomsstatus är möjliga faktorer som influerar följsamheten till att genomföra behandlingen (Maddocks et al., 2009).

En av de främsta orsakerna till patientens missnöje och klagomål inom den allmänna vården kan härledas till en dålig kommunikation mellan vårdgivare och patienter (Hoffmann et al., 2020). Detta kan kopplas till palliativ vård som kan vara väldigt krävande, och kommunikationen mellan patient med dess familj samt vårdgivarna som är insatta behöver vara tydlig för att vården ska fungera (Weiner et al., 2006). När vårdgivare och patient inom palliativ vård kan ha en öppen dialog kring patientens situation och valmöjligheter har det lett till en större tillfredsställelse kring vården hos patienten (Brighton & Bristow, 2016). Ett sätt för att förbättra kvalitén på vård är genom delat beslutsfattande mellan fysioterapeut och patient. Vid delat beslutsfattande informeras patienten om diagnosen och ges förslag på olika behandlingsalternativ utifrån en evidensbaserad kunskap (Hoffman et al, 2020). Genom delad beslutsfattning har fysioterapeuten möjlighet att påverka patientens utfallsförväntningar. Utfallsförväntningar, som beskrivet av McAlister et al (2008) är förväntningar individer har till att ett visst beteende kommer medföra vissa utfall, positiva eller negativa, vilket kommer att öka eller minska sannolikhet till att ett beteende genomförs. Många patienter har liten insikt i vad deras diagnos innebär och vad olika behandlingar kan ha för effekter. Oftast ändrar patienterna uppfattning som fått mer information om diagnos och olika behandlingsalternativ (Hoffmann et al., 2020). En systematisk review av Grave et al (2006) visade på att skapa möjlighet för patienter att vara delaktig i val av behandling är viktigt för att inte skapa en känsla av ojämlikhet mellan patient-vårdgivare. Patienter som får möjlighet att påverka valen som berör patientens hälsa upplever en större nöjdhet samt glädje i olika vårdsituationer (Grave et al., 2006). Viktiga barriärer att ta hänsyn till är när vårdgivare och patient inte uppnår en överenskommelse, brist av medvetande att ha med patient i beslutsfattande samt tidsbrist från vårdgivarens sida. Det som främjar att få med patient i beslutsfattande kan vara om vårdgivaren är motiverad till att implementera det, deras uppfattning hur det påverkar patientens medicinska faktorer samt om vårdgivarna tror utfallet leder till någon positiv känsla hos patienten (Grave et al., 2006).

Att förmedla relevant medicinsk information eller ha diskussion gällande behandlingar, behandlingsmål eller fysisk funktion är viktigt men kan vara väldigt svårt då emotionella påfrestningar kan försvåra för både patient och vårdgivare. Det kan vara svårt för en patient att motta information eller svårt för vårdgivare att förmedla information när känslolntryck är en stark drivfaktor till val (Weiner et al., 2006). Att komma överens om målsättning för behandlingar och skapa ett band mellan patient och fysioterapeut är viktig för att behandlingen ska genomföras, utfallet av den och nöjdhet från patienten (O’Keeffe et al., 2016; Hoffmann et al., 2020). För att en vårdgivare ska kunna influera patientens motivation till beteendeförändring behövs strategier för att bedöma hur viktigt det är för patienten att förändra ett visst beteende samt bedöma patientens motivation till att utföra beteendet (Weiner et al., 2006). Engagera patienter till diskussion avseende deras preferenser kring behandlingar samt beteenden bör ske så pass tidigt som möjligt i vårdprocessen för att skapa en patientcentrerad

vård och förståelse för varandra (Scharf et al., 2021). Valfungerande fysioterapi är beroende av fysioterapeutens förmåga att aktivt kunna kommunicera samt anpassa sitt kliniska arbete mot patienten (O’Keeffe et al., 2016).

Kommunikation mellan vårdgivare och anhöriga kan upplevas problematiskt vid palliativ vård. Spänning mellan vårdgivare och anhöriga till patienter kan uppstå när självständighet hos patienter tynas bort. När den emotionella stressen att möta tidig död dyker upp hos familjemedlemmar blir det mer problematiskt för vårdgivare att bemöta och hantera anhöriga under den palliativa vården. Vårdgivare blir mer tveksamma och osäkra kring involvering av familjemedlemmar kring vården hos döende patienter vilket kan influera val av beslut (Avery et al, 2010).

### **1.3 Fysioterapi inom palliativ vård**

Fysioterapeutens roll inom palliativ vård innefattar aktiv hjälp genom att förebygga, lindra plågsamma symtom och att optimera förutsättningar för svårt sjuka patienter (Sauter et al., 2018). Fysioterapeutens arbete kan även vara ett komplement till den farmakologiska behandlingen för patienterna, genom att fokusera på att optimera patientens befintliga funktioner (Sauter et al., 2018). Detta gör att patienten kan känna sig mer aktiv och självständig mycket längre in i insjuknandet, symtom och andra svårigheter lindras, vilket ökar patientens livskvalitet (Sauter et al., 2018). Fysioterapeutens roll inom palliativ vård är att bidra med rehabiliterande träning, vara lyhörd till patientens behov och kunna jobba med andra professioner för att säkerställa god vård. Huvudmålet är att skapa självständighet samt ge en lugnande effekt för att minska depression och ångest hos patienten (Marcant & Rapin, 1993).

För att förstärka det som är friskt bör insatser ske tidigt, vara samordnade och allsidiga samt utgå från den specifika patientens unika behov, förutsättningar och intressen. Det är viktigt att vara förutseende och beredd på snabba förändringar i arbete inom palliativ vården. För fysioterapeuten innebär detta att kunna förutse snarare än att i efterhand agera. Träningen skall i största mån individanpassas utifrån patientens personliga önsknings, dagsformen spelar också en stor roll i hur träningen eller aktiviteten anpassas (Sauter et al., 2018).

Det har påvisats att fysisk aktivitet har en positiv påverkan på besvär och symtom för patienter i livets slutskede. Ökad fysisk uthållighet för dessa patienter skapar förbättrad livskvalitet, minskad dyspné och trötthet. Fysisk aktivitet skall erbjudas i livets slutskede, detta gäller alla patienter, även hos sängliggande (Sauter et al., 2018). Det är en utmaning för fysioterapeuten att hitta tilltalande aktiviteter som ser till patientens förutsättningar men även att fysioterapeutens resurser och förmågor nyttjas effektivt och ändamålsenligt. Genom att uppmuntra, underlätta och anpassa den fysiska aktiviteten för patienten beroende på situationen och vad sjukdomstillståndet tillåter, skapas en bättre följsamhet (Sauter et al., 2018).

## **1.4 Fysioterapi med beteendemedicinsk inriktning**

Beteendemedicin är en integration av beteende, psykosociala samt biomedicinska faktorer och dess applicering till sjukdom och hälsa (International Society of Behavioral Medicine, 2011). Detta kan tillämpas inom palliativ vård där forskning har visat att fysisk aktivitet är viktigt för verkan på symtom och livskvalitet hos patienter inom palliativ vård, och genom att uppmuntra och anpassa den fysiska aktiviteten för patienten kan en bättre följsamhet ske (Sauter et al., 2018). Genom det beteendemedicinska tänket kan därför fysioterapeuter påverka patienters beteenden och som efterföljd, patienternas symtom.

### **1.4.1 Biopsykosociala modellen**

Biopsykosociala modellen beskriver hur fysiska, psykiska och sociala aspekter integreras med varandra (Engel, 1977). För att ge en grundförståelse för bestämningsfaktorer som påverkar sjukdomen som leder till rationella behandlingar måste vårdgivare ta hänsyn till patienten och dess sociala sammanhang. Gränserna mellan hälsa och ohälsa är väldigt svår att dra då kulturella, sociala och psykologiska faktorer spelar in, där det traditionella biomedicinska synsättet innebär att positiva fynd leder till behandling för patienter som mår ganska bra och där vissa som mår väldigt dåligt inte får någon behandling då inga avvikelser från det normala kunde hittas (Engel, 1977).

Inom palliativ vård används biopsykosociala modellen där vårdgivarens uppgift är att undersöka och behandla dysfori (känsla av olust, illamående och retlighet) och dysfunktion vilka har lett till att personen har sökt medicinsk hjälp, det är även viktigt att visa tålamod mot patienten. Vårdgivaren måste även ta hänsyn till sociala och psykologiska faktorer utöver biomedicinska som är inblandade i patientens dysfori och dysfunktion (Engel, 1977). Biomedicinska sjukdomen patienter inom palliativ vård ställs inför kan leda till psykosociala konsekvenser. Att delta i aktiva behandlingar kan lindra biologiska symtom men också psykologiskt lidande. Detta kan utöka patientens sociala sammanhang vilket kan vidare influera patients psykologiska besvär (Sauter et al., 2018). Det är viktigt för fysioterapeuten att påverka patienters beteende till att vara fysiskt aktiva inom palliativ vård (Marcant & Rabin., 1993).

### **1.4.2 Socialkognitiva teorin inom fysioterapi och palliativ vård**

Socialkognitiva teorin (SCT) är en teori där samspelet mellan individ, omgivning och beteende influerar och påverkar beteendeförändringar hos individer, där både interna och externa faktorer har betydelse för förändring (Bandura, 2004). Genom perspektiv från SCT kan en förståelse hur beteendeförändring sker. Genom att öka patientens tilltro till sin förmåga att utföra ett visst beteende, skapa positiva utfallsförväntningar, låta patienten ha sin autonomi, vara delaktig i att utveckla mål och hjälpa patienten med att skapa och bibehålla en struktur kan

en förändring lättare ske (Bandura, 2004). En kombination av dessa kan ligga i fysioterapeutens verktygslåda vid det kliniska arbetet och kan därav implementeras i den palliativa vården.

Bandura (1986) trycker på att den sociala omgivningen är en viktig del i individens beteendeförändring. Fysioterapeuten har en stor roll som omgivningsfaktor med en stor påverkan på patientens följsamhet till behandling i vårdsituationer den är delaktig i. Detta genom att skapa positiva utfallsförväntningar hos patienten genom verbal förstärkning, skapa och jobba mot ett gemensamt mål samt minska patientens dysfori (Brighton & Bristow., 2016). Följsamhet till behandling är ett viktigt beteende för att patienten ska optimera sin livskvalitet (Brighton & Bristow., 2016). SCT kan nyttjas av fysioterapeuter verksamma inom palliativ vård för att främja positiva beteendeförändringar som leder till förbättrad följsamhet till behandling, även fast hoppet kan vara nere för en del patienter.

## **2 PROBLEMFÖRMULERING**

Palliativ vård sker i livets slutskede, där patienter med olika typer av sjukdomar och äldre blir omhändertagna i medicinska team för ökad livskvalitet den sista tiden i livet. Tidigare forskning visar att positiva och negativa känslor kan påverka kliniskt beslutsfattande, val av behandling och problemlösning hos vårdgivare inom sjukvården, detta i sin tur kan påverka patientens respons på behandling eller hälsotillstånd. Tidigare forskning visar även att fysioterapi och fysisk aktivitet är betydelsefull för patienter inom palliativ vård och att det finns en mängd faktorer som kan påverka patienters följsamhet till fysisk aktivitet såsom personliga/sociala problem samt andra behandlingar. Det finns däremot ingen forskning huruvida fysioterapeuters tankar och känslor påverkar dem i deras kliniska beslutsfattande och bemötande av patienter. Inom den socialkognitiva teorin belyses ett samband mellan individ, omgivning samt beteende och hur samspillet mellan dem påverkar beteendeförändring. Inom palliativ vård är fysioterapeuten en omgivningsfaktor för patienten. Fysioterapeuten som omgivningsfaktor kan påverkas av sina tankar och känslor vilket kan influera val av behandling och bemötande, detta kan i sin tur påverka patientens följsamhet till behandling vilket har betydelse för patientens livskvalitet. Det är därför viktigt att ta reda på tankar och känslor hos fysioterapeuter inom palliativ vård och upplevelser för hur det påverkar deras kliniska beslut och bemötande av patienter.

### **3 SYFTE**

Syftet med denna studie var att utforska fysioterapeuters upplevelser om hur deras tankar och känslor som uppstår i det kliniska arbetet påverkar dem samt hur detta påverkar deras kliniska beslut och bemötande av patienter inom palliativ vård.

## **4 MATERIAL OCH METOD**

### **4.1 Studiedesign**

Studiens design är en beskrivande kvalitativ intervjustudie samt utforskande då ämnet saknar vetenskapligt underlag. Vid induktiv ansats söker forskaren mönster i materialet vilket innebär förutsättningslös analys av texter baserade på informanternas berättelser om upplevelser (Höglund-Nielsen & Granskär, 2017).

### **4.2 Urval**

Urvalet skedde genom en kombination av ändamålsenligt- och snöbollsurval. Ändamålsenligt urval innebär att handplocka informanter, inte för representativitet, utan för att få en vid bild av intresseområdet (Carter & Lubinsky, 2016). Snöbollsurval sker genom rekommendationer från tidigare informanter som känner till individer med mycket erfarenhet inom ett specifikt ämne eller område (Carter & Lubinsky, 2016). Inklusionskriterierna innefattade att informanterna var legitimerade fysioterapeuter eller sjukgymnaster, jobbade aktuellt med palliativ vård samt kunde kommunicera i tal och skrift på svenska. I denna studie deltog sju fysioterapeuter; sex kvinnor och en man. Fyra av informanterna rekryterades genom ändamålsenligturval där kontakt med verksamhet togs och ytterligare tre genom snöbollsurval. Informanterna var från Stockholms- och Skåne-regionerna. Samtliga informanter har genom sin arbetsplats fått någon form av utbildning inom palliativ vård, ingen av informanterna hade gått någon utbildning inom beteendemedicin. Erfarenheterna att arbeta inom palliativ vård varierade mellan 1 till 12 års erfarenhet. Samtliga var kliniskt aktiva inom palliativ vård vid tiden för intervjuerna, informanterna tog sjukgymnast/fysioterapiexamen mellan åren 1994 och 2014.

### **4.3 Datainsamling**

Datainsamlingen skedde genom semistrukturerade intervjuer med öppna frågor för att få breda svar, där frågorna konstruerades i en intervjuguide (Bilaga A). Här tilläts en frihet för författarna att ställa följdfrågor för att få ut mer information från informanterna (Carter & Lubinsky, 2016). Det genomfördes två pilotintervjuer för att utvärdera intervjuguiden, dessa kom att ingå i studiens data då det inte skedde några förändringar i guiden. Intervjuerna hade karaktären av ett samtal men med en underliggande struktur som i förhand var utformad av intervjuledarna som styr samtalen i rätt riktning (Kvale, 1996). En av intervjuledarna ledde samtalet medan den andra förde anteckningar samt flikade in med följdfrågor. Intervjuerna skedde över videolänk enskilt via videomötesverktyget Zoom. Samtalen spelades in med diktafon vilket sedan transkriberades. Genom att småprata med informanten innan intervjun visades öppenhet och värme mot individen i syfte att skapa en trygg och bekväm miljö (Carter & Lubinsky, 2016).

### **4.4 Tillvägagångssätt**

Urvalet skedde genom internetsökningar för att hitta verksamheter där kontakt togs med enhetschefer på palliativa avdelningar. Kontakt togs med olika verksamheter genom mail, där informationsbrevet bifogades (Bilaga B). Verksamhetschefen tog sedan ett beslut om det ansågs lämpligt/genomförbart att låta fysioterapeuterna genomföra intervjuerna på arbetstid. Verksamhetscheferna informerade verksamhetens anställda fysioterapeuter och informanterna som var intresserade av att medverka svarade sedan via mail, där även möjlighet fanns att få mer information och svar på frågor som uppstod. Alla informanter tog emot en samtyckesblankett via mail vilket skrevs ut och skrevs på för att sedan skanna in och skicka tillbaka till författarna. Informanterna erbjöds en tid för intervju som accepterades eller bokades till annat datum eller tid. Innan intervjun startade informerades informanterna igen om vad studien kunde innebära och förtydligande av rättigheter för deltagande. Informanterna fick efter detta muntligen godkänna deltagandet i studien. Samtliga intervjuer spelades in med diktafon och varade mellan 30 och 44 minuter, med en totaltid på 4 timmar och 14 minuter. Det inspelade materialet fördes över till ett lösenordskyddat USB-minne och förvarades på en plats där obehöriga inte kunde komma åt det. I transkriptionsprocessen oidentifierades information som kunde kopplas till informanterna eller arbetsplatsen.

### **4.5 Dataanalys**

Med en kvalitativ innehållsanalys analyseras erfarenhetskunskap av transkriberade texter från inspelade intervjuer, vilket sedan uttrycks i tolkningar och beskrivningar på olika nivåer. Detta gör att flera tolkningar är möjliga (Lundman & Hällgren Granheim, 2017). Analysprocessen

skedde genom att ta ut viktiga stycken ur den transkriberade texten, så kallade meningsbärandeenheter som kunde kopplas mot syftet. Med ett manifest tillvägagångssätt kondenserades, alltså kortades texten ned utan att ändra innehållet i texten. Kondenserade meningsbärandeenheterna användes för att skapa koder, vilka beskriver de meningsbärande enheterna i korta fraser eller ord. Kodningsprocessen för den första intervjun genomförde författarna tillsammans för att säkerställa att tanke- och tillvägagångssätt var lika, processen skedde därefter på varsitt håll. Resultatet hos författarna jämfördes med varandra och författarna kom tillsammans fram till slutgiltiga koder som användes i studien. Vidare arbetade författarna tillsammans med att sortera koder som liknade varandra, grupperade dem och placerade dessa i kategorier och underkategorier. Kategorierna kunde sedan jämföras, både inom och mellan varandra för att se hur väl koderna passade in och om det fanns kategorier som borde blivit sammansatta då kodningen förelåg lika. Kodningen och kategoriseringen validerades av handledare och studenter med inriktning mot beteendemedicin, så kallad validering med hjälp av experter (Lundman & Hällgren Granheim, 2017). Exempel på analysen återfinnes i tabell 1.

Tabell 1: Exempel från analysen

Meningsbärandeenhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
Jag måste börja med att jag har aldrig varit gladare på mitt jobb faktiskt trots att man jobbar med folk som är verkligen sjuka.	Jag har aldrig varit gladare på mitt jobb trots att man jobbar med folk som är verkligen sjuka.	Glädje på jobbet trots tuff miljö.	Arbetet väcker känslor av glädje, tacksamhet och tillfredsställelse	Arbetet väcker motstridiga känslor
För det gäller att kunna ha, att känna in och ha empati, men samtidigt ha den professionella distansen och inte bli smittad.	Det gäller att kunna känna empati och samtidigt ha professionell distans.	Känna empati och samtidigt ha professionell distans.	Hur fysioterapeuten bemöter patient	Vikten att bibehålla ett professionellt förhållningssätt

## 4.6 Etiska aspekter

Forskningsetiska kodexar är en uppsamling av regelverk som klargör hur forskare bör agera mot informanter för att studien ska anses vara etiskt korrekt. Dessa kodexar beskriver vad författarna ska göra före genomförande (information, samtycke), under (minska/eliminera risker) och efter (hur publiceras forskningen och hur materialet förvaras). Detta tas i beaktning för att skydda informanterna från skada (individskyddskravet) (Vetenskapsrådet, 2017). Det finns fyra



huvudkrav avseende individskyddskravet som finns vid forskning på människor. Dessa är informationskravet, samtyckeskravet, nyttjandekravet och konfidentialitetskravet (Vetenskapsrådet, 2017). Denna studie utgår från dessa etiska principer genom att informanterna fick den information som ansågs lämpligt avseende undersökningen, syftet samt dess huvudbeståndsdelar. Intervjuledarna säkerställde att informanterna gav medgivande att delta i studien muntligt och skriftligt samt klargjorde att informanterna kunde välja att avbryta intervjun och deltagandet när som helst. Den data som samlats in användes enbart för studiens ändamål och raderades därefter. Då intervjun vidrörde potentiellt känsliga ämnen togs extra hänsyn till konfidentialiteten för att ingen data eller citat kan härledas till en specifik informant. Informanterna blev meddelade i förväg att intervjuerna blev inspelade genom ljud men inte video, att ljudinspelningen användes för transkribering och inte till något annat syfte samt att när uppsatsen var färdig och godkänd raderades inspelningen. Det fanns inte någon tidigare relation mellan intervjuledarna och informanterna. Informanterna fick ingen ersättning för sitt deltagande i studien.

## 5 RESULTAT

Analysen av intervjuerna resulterade i två huvudkategorier med tillhörande åtta underkategorier (Tabell 2). Huvudkategorierna beskriver hur det kliniska arbetet väcker olika känslor samt hur fysioterapeuterna kan behålla ett professionellt förhållningssätt i arbetet. Underkategorierna tydliggör specifika områden inom respektive huvudkategorierna.

Tabell 2: Två huvudkategorierna med tillhörande 8 underkategorier.

Underkategori	Kategori
Arbetet väcker känslor av glädje, tacksamhet och tillfredsställelse	Arbetet väcker motstridiga känslor
Patientens situation kan väcka negativa känslor	
Fysioterapeuten känner sig som en positiv faktor för patient	
Känslors påverkan på kliniskt arbete	Vikten att bibehålla ett professionellt förhållningssätt
Hantering av känslor	
Patientens situation påverkar val av behandling	

Anpassning av fysioterapeutens kliniska arbete utifrån patienten	
Hur fysioterapeuten bemöter sin patient	

## 5.1 Arbetet väcker motstridiga känslor

Informanterna beskrev att det var ett brett känsloregister som väcktes i olika situationer inom den palliativa vården. Allt från glädje och stolthet till sorg, frustration och maktlöshet beskrevs. Patienters hälsotillstånd, sinnesstämning och beteende kunde vara bidragande orsaker till att dessa känslor uppstod, men även anhöriga i patientens närhet kunde skapa känslor. När informanterna upplevde sig skapa en förbättrad tillvaro genom att minska patientens symtom och/eller öka dess livsglädje, uppstod en positiv känsla hos informanterna.

### 5.1.1 Arbetet väcker känslor av glädje, tacksamhet och tillfredsställelse

Informanterna beskrev sig kunna uppleva nöje och glädje vid en lyckad behandling. Informanterna upplevde även att när patienterna var glada och tacksamma samt när anhöriga till patienterna var tacksamma skapades det glädje hos informanterna. Informanterna upplevde sin roll vara viktig och yrket väckte mycket tillfredsställelse och nöjdhet med sina insatser.

“Man känner att dom är mycket mer tacksamma på allting man gör, alla liksom insatser, allt engagemang man gör och visar. Så det är verkligen givande.” (informant 1)

### 5.1.2 Patientens situation kan väcka negativa känslor

Informanterna beskrev att negativa känslotillstånd uppstod vid specifika situationer. Om en patient får försämring av symtom eller är i psykologisk total kris upplevde informanterna det kunde vara jobbigt och det kändes tyngre inombords. Det framkom att situationer där informanterna kunde relatera till sina patienter på ett personligt plan eller när små barn fanns i patientens närhet kunde en känsla av ledsamhet uppstå och tankar på att livet är orättvist. Frustration och/eller en känsla av maktlöshet kunde framkomma om informanterna inte kunde hjälpa patienter på grund av brist av resurser ur ett organisatoriskt perspektiv eller om informanterna bedömde att en specifik behandling kunde vara av stor nytta men patienten upplevde situationen annorlunda och därmed genomfördes inte den specifika behandlingen.

“Det är inte så ofta vi möter patienter som är i total kris, för det är ofta då jag tycker att det blir väldigt, vad ska man säga, att det påverkar en liksom emotionellt” (Informant 2)

“Jag tycker att det är svårare att träffa småbarnsföräldrar i palliativt skede när man själv är i den fasen av livet, när man har små barn [...] då är det lätt att sätta det i relation till sina egen livssituation och då är det sorgligt och då kan man bli ledsen” (Informant 5)

### **5.1.3 Fysioterapeuten känner sig som en positiv faktor för patient**

I helhet upplevde informanterna sig vara en positiv faktor för patienterna genom att stå för det sköna och att finnas där för dem. Informanterna upplevde patienterna blir glada av att se dem och vilket får patienterna att tänka på något annat än sin situation för en stund.

“Jag står liksom för det sköna och för det positiva, så oftast så är det ju positivt för patienten att jag är där och då är dom ju oftast rätt glada och trevliga av att träffa mig” (Informant 3)

## **5.2 Vikten att bibehålla ett professionellt förhållningssätt**

Informanterna upplevde att deras känslor inte påverkade val av behandling men att patienterna och dess anhöriga påverkade valet. När det uppstod negativa känslor upplevde informanterna sig kunna hantera detta genom att ta pauser samt genom reflektion. Genom att sätta sig in i patientens situation kunde informanterna förstå patientens behov på ett bättre sätt och genom att låta patienten vara med i beslutsfattandet av behandling skapades en bättre följsamhet till behandlingen. Genom att ta in patienternas känslor men fortfarande hålla en professionell distans skapades ett förtroende hos patienterna.

### **5.2.1 Känslors påverkan på kliniskt arbete**

Samtliga informanterna upplevde att känslor som uppstod vid patientmöten inte påverkade deras val av behandling. Känsla av positivitet och ha kul vid ett patientmöte ökade glädjen hos informanterna där samma känsla då kunde följa med informanterna till nästa patientmöte, dock upplevdes inte negativa känslor följa med från ett patientmöte till ett annat.

“Men jag tar ju verkligen inte med mig någon annan patient in till nästa, utan det är ju nytt möte och ny patient och nytt fokus till varje [...] om man precis har varit inne och haft kul med någon så kanske det kan dra med in till nästa” (Informant 3)

### **5.2.2 Hantering av känslor**

Olika aspekter togs upp för hur informanterna hanterade eventuella negativa känslor för att det inte skulle påverka patienten negativt. Ta pauser mellan patientmöten och självreflekterande var

en del av det, reflektera med kollegor för att hantera ångest och känsla av otillräcklighet var ett gemensamt tema då samtliga jobbade i team.

”Man blir väldigt bra som sjukgymnast generellt liksom att inte låta ens egna tankar och känslor påverka i stunden det är när man åker där ifrån i bilen som man kan, oj fan jag kanske borde kolla upp hur jag själv mår[...] det börjar någonstans liksom att man reflekterar” (Informant 7)

“Vi träffas ju i teamet minst 2 gånger om dagen, där man har möjlighet att prata om vad man upplever hemma hos patienter” (Informant 6)

### **5.2.3 Patientens situation påverkar val av behandling**

Beslut av åtgärder kunde styras av patientens sinnesstämning, om patienten är i djup depression kunde det influera val av behandling. Val av behandlingar kunde innefatta olika typer av träning, avslappning, massage och TENS. Beroende på patientens fysiska tillstånd, exempelvis om patienten hade mycket ont, var trött eller illamående så påtvingade inte informanterna träning eller behandling som skulle vara mycket påfrestande för patienten i den situationen. Då använde informanterna istället behandling i form av avslappning och njutning som massage. Helhetsbilden av patienten och informanternas tankar kring patientens situation påverkade val av behandling, likväl kunde patienterna styra vad behandlingen skulle bestå utav i ganska stor omfattning då patienternas autonomi togs hänsyn till. Anhöriga kunde påverka val av behandling så länge informanterna ansåg behandlingen som lämplig.

“Men sen kan det ju klart vara, jag tänker vilka åtgärder jag väljer och vilken behandling och vilken inriktning, det är nog mest att jag försöker läsa av patienten sinnesstämning, det är nog det som påverkar mest mer än vad jag känner” (informant 5)

### **5.2.4 Anpassning av fysioterapeutens kliniska arbete utifrån patienten.**

Informanterna anpassade behandlingen mycket utefter vad patienterna ansåg vara viktigt och vad som skapar en meningsfull vardag för just dem. Dessa kunde även användas för att skapa mål att sträva mot i behandlingen. Det beskrevs att i det fysioterapeutiska arbetet behövs flexibilitet och att kunna anpassa målen och behandlingen utifrån patientens dagsform och situation. Följsamhet till behandling sågs på olika sätt hos informanterna. Några av informanterna reflekterade inte över följsamhet och att följsamhet kom om patienten upplevde att en behandling var behaglig eller var av värde/meningsfulla för just dem. Andra informanter ansåg utöver meningsfullhet att stödsamtal, frekventare patientmöten och att lägga träning på låg nivå var faktorer som ökade följsamheten. Det resonerades vara svårt att skapa följsamhet till träning hos patienter som inte hade träningsvana sedan tidigare.

”Vi kan påverka ganska mycket på patientens mående men att det sällan blir eller det blir inte alltid som man tänkte sig eller planerat. Man har en jättefin, bra plan och sen händer det nånting” (Informant 4)

### **5.2.5 Hur fysioterapeuten bemöter sin patient**

Informanterna uttryckte vikten av att anpassa sitt bemötande mot patienterna, samt ett öppet bemötande genom att ställa öppna frågor och lyssna på patienten. Detta i kombination med att låta sig känna patientens känslor och sätta sig in i patientens situation uttryckte informanterna sig ha ett öppet och empatiskt förhållningssätt till patienten, och fick då ett helhetsperspektiv. Det var dock viktigt att kunna behålla en professionell distans och att tillåta sig ta in patientens känslor och hantera eventuella känslor som uppstod hos informanten efter patientmötet.

“Så vad som är viktigt är att jag är öppen, har ett empatiskt bemötande, lyssnar in vad patienten känner och kan sätta mig in i det. Sen om det väcks känslor i mig, det kan det ju göra och det kan det ju göra i mötet med patienter i vilken verksamhet som helst tänker jag. Då får jag notera det någonstans och fundera över det efter mötet med patienten, som vad hände där, varför kände jag så?” (Informant 6)

## **6 DISKUSSION**

Syftet med denna studie var att utforska fysioterapeuters upplevelser om hur deras tankar och känslor som uppstår i det kliniska arbetet påverkar dem samt hur detta påverkar deras kliniska beslut och bemötande av patienter inom palliativ vård. Det framkom att arbetet var väldigt glädjande i helhet med betoning att vissa situationer kan vara emotionellt tunga men inte att det kliniska arbetet allmänt är emotionellt betungande. Dessa situationer placerades i kontext när patienten är i en negativ sinnesstämning eller om vissa aspekter av patientens livssituation var lika mellan patient och fysioterapeut. Att inte kunna hjälpa patienter var också av essens för fysioterapeuternas känslor, informanterna upplevde att sina känslor inte påverkade deras behandlingsregim. Genom att inte föra med sig negativa känslor mellan patientmöten, hantera känslorna genom att reflektera, prata med kollegor och ta pauser upplevde informanterna sig kunna bibehålla ett professionellt förhållningssätt. Informanterna integrerade patienten i sin behandling och en del reflekterade hur följsamhet till behandling skapades medan andra inte använde sig av begreppet följsamhet alls. Bemötande i patientmöten var viktigt för att skapa förtroende och se till att informanterna blev en positiv faktor för patienten.

## 6.1 Resultatdiskussion

Ur intervjuerna framgick det att patienterna kunde skapa känslor hos informanterna, där informanterna påverkades emotionellt i stor utsträckning. Detta kan kopplas mot SCT där Bandura (1986) beskriver tre ingående delar, individen (patienterna), beteende (följsamhet till behandling) och omgivningen (informanterna), påverkar och påverkas av varandra. Resultatet i denna studie kan kopplas mot Banduras (1986) SCT där patienten skulle kunna påverka informanternas känslor som i sin tur, enligt Croskerry et al (2010) skulle kunna påverka beslutsfattande av behandling, detta var dock inget som framkom i resultatet i denna studie. På samma sätt kan informanternas bemötande av patient och val av behandling påverka patienterna samt deras följsamhet till att utföra behandlingen i fråga. Fysisk aktivitet har visats vara effektiv för patienter inom palliativ vård (Sauter et al., 2018) och därmed deras symtom som dyspné, smärttillstånd och illamående. Låg/ingen följsamhet till behandling kommer därav kunna påverka patientens livskvalitet. Informanterna uttryckte även att ett bibehållet professionellt förhållningssätt var viktigt trots eventuella känslor som kunde uppstå, detta för att ge patienterna den bästa vården i den specifika situationen. Detta stämmer överens med vad Nyatanga, 2016 och Thiemann et al., 2015 har beskrivit, där vårdgivare som tillåter sig känna känslor har ett bättre sätt att hantera eventuella känslor som kan uppstå i arbete och Sauter et al (2018) som beskriver att behandlingen måste anpassas mot patienten och den unika situationen som den befinner sig i.

Den framträdande upplevelsen var att arbetet skapade glädje hos informanterna som fann tillfredsställelse för sina insatser vilket uppstod främst när patienten och dess anhöriga uttryckte tacksamhet gentemot dem. Detta liknar resultatet Agemalm & Thuvander (2019) hade som visade att olika professioner inom palliativ vård upplevde tillfredsställelse just när patienterna och dess anhöriga uttryckte nöjdhet med vården som givits. Liknande studier för sjuksköterskor har visat samma euforiska känsla av tillfredsställelse hos sjuksköterskorna när vården varit till patienternas och anhörigas belåtenhet (Gallagher et al., 2015; Andersson et al., 2016). Informanterna i vår studie uttryckte likväl nöje och glädje när behandlingen som införts gav förbättringar hos deras patienter och patienternas upplevelser kring sina tillstånd. Detta stämmer in på Ullrich et al (2017) som visade att glädje hos vårdgivare inom specialiserad palliativ vård uppkommer när en behandling ger bra resultat. Informanterna upplevde sig vara en viktig social omgivningsfaktor i patienternas sista tid i livet, här står informanterna för det behagliga och att få patienten att tänka på annat än sjukdomen. Upplevelsen att patienterna såg fram emot deras möte och kände glädje när informanterna kom skapade i sin tur positiva känslor hos informanterna. Detta verkar visa att informanterna frodas genom extern positiv feedback från sina patienter och att informanterna mår bra när patienterna uttrycker glädje. Inom SCT beskriver Bandura (1986) att samspelet mellan individen, beteendet och den sociala omgivningen är viktig för beteendeförändring och för att förstå hur olika aspekterna påverkar varandra. Individen, patienten i detta fall, har en påverkan på den sociala omgivningen. Ur denna synvinkel är det lättare att förstå hur fysioterapeut och patient är i ett kontinuerligt

samspel där båda influerar varandra. Detta ger en förståelse hur patienter kan påverka informanternas känslor samtidigt som informanterna upplever sig påverka patienterna.

För att förstå djupare hur informanterna är viktiga för patienterna är det väsentligt att veta hur informanterna upplevde sig gå till väga för att påverka sina patienter. Genom att kunna känna med patienten, lyssna, sätta mål, vara empatisk och fortfarande ha ett professionellt arbetssätt integrerade informanterna patienterna i behandlingen. Genom detta kunde följsamheten till behandlingen öka enligt vissa av informanterna, andra informanter ansåg att en ökad följsamhet kom sekundärt och inte var något som strävades efter. Dessa resonerade inte kring begreppet följsamhet utan försökte utföra behandlingar för patienter utifrån deras behov och vilja. Det professionella arbetssättet informanterna beskrev, genom att ta reda på vad som är viktig för patienten, skapa mål och integrera patienten i behandlingen stämmer bra in på det tidigare forskning beskriver som viktigt för välfungerade sjukgymnastik. Genom delat beslutsfattande, skapa meningsfullhet i patienters behandling och ha en bra kommunikation ökar tillfredsställelsen, glädje och större chans till att påverka patientens utfallsförväntningar (Hoffman et al., 2020; Brighton & Bristow, 2016; Grave et al., 2006). Skapa målsättningar och bra patient-vårdgivarrelation är viktigt för att skapa följsamhet till behandling och nöjdhet (O'Keeffe et al., 2016). Informanterna i vår studie som beskrev att följsamhet inte eftersträvades jobbade ändå med att förbättra följsamheten utan att värdera innebörden av det begreppet. Detta baserat utifrån tidigare forsknings beskrivning hur man jobbar för att skapa följsamhet (Hoffman et al., 2020; Brighton & Bristow, 2016; Grave et al., 2006; O'Keeffe et al., 2016). Detta genom att fokusera på vad som känns bra för patienten. Informanterna, genom sitt arbetssätt kan då ha ökat följsamhet hos patienterna genom att influera och stärka patienternas utfallsförväntningar vare sig medvetet reflekterade kring följsamhet eller inte.

Svårigheter med följsamhet diskuterades främst kring behandlingar som berörde träning där patienter utan träningsvana var den svåraste målgruppen. En metaanalys tar upp att vanliga anledningar till att cancersjuka patienter inte deltar i träningsbaserade behandlingar är generell avsaknad av intresse av träning samt att lägga ned tid på det. Samma analys visar dock att följsamhet oftast är hög om patienterna initialt godkänner träningsregimen där träningsprogrammets längd och duration av övningar är viktiga faktorer som influerar följsamheten (Maddocks et al., 2009). Avsaknad av intresse för träning liknar det informanterna i vår studie tog att patienter utan träningsvana var svåra att skapa följsamhet hos. Om patienter inte har träningsvana sedan tidigare är det sannolikt att intresset för att påbörja träning vid ett senare livsstadie lågt. Den svårighet informanterna upplevde med att skapa följsamhet kring denna målgrupp av patienter kan därför ses som rimlig. För att motverka detta, tog informanterna upp praktiska exempel som implementerades för att skapa följsamhet. Utöver att skapa meningsfulla aktiviteter och integrera patienten i behandlingen, var frekventa patientmöten, stödsamtal och att lägga träning på låg nivå beståndsdelar som kunde underlätta följsamhet hos informanternas patienter. Detta liknar det Maddocks et al (2009) nämner där träningsprogrammets längd och duration av övningar kan påverka följsamhet samt Sauter et al

(2018) som skriver att underlätta den fysiska aktiviteten för patienten leder till bättre följsamhet. Informanter i vår studie försökte lägga träning på låg nivå för att sedan öka träningsnivån, vilket skulle kunna vara väsentligt för att skapa en behandling som var till nytta för patienten som genomfördes och lyckades bibehålla. Tidigare forskning nämner att fysisk aktivitet hos patienter inom palliativ vård har en positiv effekt på symtom och besvär (Sauter et al., 2018). Genom att informanterna implementerar träningsbaserade interventioner hos sina patienter kan informanterna ses som en viktig omgivningsfaktor och därmed påverka patientens livskvalitet positivt.

Ingen av informanterna diskuterade begreppet utfallsförväntningar och hur det skulle kunna påverka deras patienter. Vilket kan bero på att intervjuguiden inte tog upp ämnet tillräckligt noga. Det går att diskutera att informanterna har ökat patienternas positiva utfallsförväntningar genom att skapa meningsfullhet i behandlingen, öppen kommunikation och delat beslutsfattande då aspekterna tagits upp i tidigare forskning som faktorer för att påverka utfallsförväntningar hos patienter (Hoffman et al., 2020; Brighton & Bristow, 2016; Grave et al., 2006). Oavsett åsikt av relevansen av följsamhet till behandling, hade samtliga informanter samma syn på den egna flexibiliteten som fysioterapeut. Informanterna beskrev att på plats kunna anpassa sig utefter patientens dagsform eller situation där och då var en nyckel till lyckad behandling. Då den behandling som inletts vid första patientmötet eller som skulle inledas vid det aktuella mötet kanske inte var den rätta för just den patienten vid det tillfället. Detta förhållningssätt går ihop med Sauter et al (2018) som skriver att behandling ska ske utifrån patientens behov, förutsättningar och intressen, att träning i största mån ska ske utifrån detta och att vara beredd på snabba förändringar i palliativ vård och anpassning efter dagsform spelar en stor roll för att patienterna ska få en så pass effektiv vård som möjligt. På detta sätt kan en förståelse att informanternas flexibilitet och anpassning är en positiv kvalitet som kan förbättra kliniska beslut och på detta sätt vården till deras patienter.

Negativa känslor som informanterna beskrev uppstod vid vissa specifika situationer, men det var inte någon övergripande nedstämdhet som informanterna upplevde. En studie säger att när vårdgivare träffar patienter som har barn i samma ålder som deras egna barn har det funnits upplevelser av att det har varit jobbigare att hantera dessa patienter än andra patientgrupper. Denna studie säger även att när unga vårdgivare vårdat patienter i samma ålder upplevdes detta mer upprörande (Avery et al., 2020). Informanterna i vår studie upplevde att olika patienter påverkade dem på olika sätt. Den främsta anledningen till uppkomst av negativa känslor var att informanterna kunde känna igen sig själva eller koppla en nära anhörig till patientens livssituation. Informanterna kunde uppleva ledsamhet vid relaterade till patienten eller när det var barn i patientens närhet samt tankar att livet var orättvist. Att dessa situationer väcker starkare känslomässig respons kan bero på countertransference, begreppet förklarar att emotionella reaktioner uppstår vid patientmöte på grund av att vårdgivaren gör liknelser, omedvetet eller medvetet till sina patienter (Kelly et al., 2003). Informanterna i denna studie drog paralleller med patienterna och kunde uppleva det betungande vilket skulle kunna härledas



till countertransference. Upplevelser av dessa situationer dök upp i många fall i resultatet och skulle kunna ge en ökad förklaring till varför dessa emotioner uppstår.

Frustration och känsla av maktlöshet kunde uppstå när informanterna inte kunde hjälpa patienterna på önskat sätt. Olika professioner har tidigare beskrivits känna sig maktlösa inom palliativ vård (Xiang & Ning, 2018; Michel, 2001). Frustrationen och maktlösheten i vår studie kunde upplevas främst genom brist av resurser då informanterna upplevde sig vilja göra mer än vad som var möjligt då det inte skulle fungera organisatoriskt. Informanterna kunde även uppleva frustration om patienten motsade sig all den behandling informanterna skulle vilja ge sina patienter, då informanterna utifrån sin expertis vet hur mycket nytta en viss behandling eller ett hjälpmedel hade varit. Som tidigare nämnt är relationen mellan fysioterapeut och patient viktig för att skapa behandlingar utifrån patienten och dess behov, vilket i sin tur kan förbättra patientens livskvalitet. Hindrande barriärer enligt tidigare forskning är när patient och vårdgivare inte är överens kring behandling eller om tidsbrist finns från vårdgivarens sida (Grave et al., 2006). Det framstod i vår studie att dessa barriärer kunde uppstå, om patienterna inte ville medverka i behandlingar accepterade informanterna detta i största mån anpassade behandlingar efter patienten, däremot kunde frustration uppstå hos dem vid dessa situationer. Denna frustration kan vara till grund av att informanterna besitter en högre kunskap kring effekter av behandling eller hjälpmedel och att informanterna vill det bästa för patienterna utifrån dess medicinska faktorer. När patienterna motsäger sig detta verkar det rimligt att informanterna kunde uppleva frustration. Den organisatoriska problematiken kan härledas till en tidsbrist då det framkom i samtal att andelen fysioterapeuter i relation till antalet patienter var oftast för liten vid arbetsplatserna då det oftast var mer patienter som behövde hjälp än vad det fanns fysioterapeuter. Då informanterna inte kunde ge all den hjälp de kanske ville till alla patienter, skulle det kunna vara en orsak till att informanterna kände sig maktlösa.

Om patienterna är i ett medicinskt eller känslomässigt svårt tillstånd, uttryckte informanterna att det kunde framkalla en tung känsla inombords. Tidigare studier har visat moderata till höga nivåer av depression och ångest hos palliativa vårdgivare, varierad mellan 40-43% av vårdgivarna (Ullrich et al., 2017; Hudson & Payne 2011). Ett starkt samband mellan patienters symtom och depression hos vårdgivare har funnits likväl (Given et al., 2004). Det framkom inga data huruvida depression existerade hos våra informanter. Med tanke på den arbetsglädjen som uttrycktes ses det inte vara sannolikt, en möjlighet är dock att intervjufrågorna inte tog upp den aspekten tillräckligt noga eller att informanterna inte uttryckte hur de egentligen kände. Informanterna tog upp att medicinska och känslomässiga tillstånd hos patienterna kunde påverka informanterna. Detta stämmer in på tidigare forskning, O'Hara et al (2010) beskrev ökade nivåer av stress hos vårdgivare inom palliativ vård när patienterna upplevde låg livskvalitet samt svåra symtom. Informanterna i vår studie beskrev att patienternas medicinska försämring eller att patienterna var i psykologisk total kris kunde påverka informanterna negativt. Att informanterna uttryckte att det var jobbigt vid dessa situationer visar på att informanterna kunde ta in negativitet såsom positivitet. Men en djupare förklaring till exakt vad

informerarna kände framgick inte tydligt i detta sammanhang. Tidigare forskning har diskuterat att en ond cirkel kan uppstå där vårdgivare som är negativt påverkade i sin tur kan ha svårare att hjälpa patienter, med minskad hjälp kan patienternas livskvalitet försämrans och detta påverkar vårdgivarna ännu mer (O'Hara et al., 2010). Detta framträder inte hos informanterna i denna studie, vilket skulle kunna stämma överens med verkligheten eller att informanterna vill verka professionella och inte uttrycka faktiska känslor. Det verkar dock troligt att informanterna faktiskt inte upplever sig hamna i den onda cirkeln då informanterna vidare beskriver sig kunna hantera negativa känslor som uppkommer.

Positiva känslor som kunde uppstå under ett patientmöte tillät informanterna sig själva att känna under dagen och följa med mellan patienter. I kontrast uttryckte informanterna att negativa känslor aldrig följde med mellan patienter. En förklaring till att negativa inte fördes med till efterföljande patientmöten men positiva gjorde det skulle kunna vara att informanterna vill framstå som professionella och duktiga inom sitt arbete. En annan anledning skulle kunna vara att författarnas intervjuguide inte var utformad på ett sätt för att fånga upp denna fråga. En tredje förklaring skulle kunna vara att informanterna hade mycket väl utformade strategier för att handskas med negativa känslor och därav upplevde informanterna att det inte påverkade olika patientmöten. Tidigare forskning visar att känslor i det kliniska arbetet, positivt som negativt kan påverka hur vårdgivare i olika professioner influerar beslutsfattandet och val av behandling (Heyhoe et al., 2016; Croskerry et al., 2010). I vår studie framkom det att informanterna inte upplevde att deras känslor påverkade val av behandling, utan utgick från sina kunskaper och erfarenheter som fysioterapeuter. Informanterna försökte ha ett gott bemötande genom att sätta sig in i patienternas situation, men det kunde likväl skapa känslor hos dem, vilket informanterna försökte sätta åt sidan för att upprätthålla ett professionellt förhållningssätt. En studie av Thiemann et al (2015) visar att olika professioner som jobbar mot dödsjuka kan ha lätt till att skapa olikheter i sin behandling vårdgivare emellan, exempelvis att behandlingen skjuts upp eller skapar ineffektiva behandlingar om känslorna påverkar. Samma studie resonerade också att dödsångest hos vårdgivare kan påverka behandling, beroende på om individen ligger högt eller lågt i ångesten medan om individen ligger i mitten leder det till en förbättrad vård (Thiemann et al., 2015). Då informanterna i vår studie inte uttalade sig ha ångest eller att deras känslor påverkade deras behandling finns det ingen anledning till att tro det varit ett problem. Omedvetet kan det dock ha påverkat deras beslutsfattande kring behandling utifrån countertransference. Känslor kan i stunden ha påverkat informanterna utan att det värderats och sedan glömt bort upplevda känslor samt tankar. Enligt Croskerry et al (2010) kan känslor komma in i tankeprocesser medvetet eller omedvetet, vilket kan påverka val av behandling, strategier och problemlösning. Det går inte tydligt att urskilja om detta skett eller ej i vår studie då informanterna kanske inte själva reflekterat över hur beslutsfattande kan påverkas av eventuella uppkomna känslor, men behandlingen skulle kunna ha blivit påverkad av känslor som inte medvetet uppmärksammats.

En tidigare studie av Weiner et al (2006) har beskrivit att känslolntryck hos vårdgivare kan skapa svårigheter gällande diskussioner för behandlingar, målsättningar eller förmedla information i helhet. Informanterna i vår studie diskuterade att deras beslut av åtgärder kunde styras av patienternas sinnesstämning eller patienternas situation i helhet. Som nämnt i tidigare stycken kunde patienternas sinnesstämning vara en påverkande faktor för informanternas känslor. Detta kan därför ha påverkat beslutsfattande om det omedvetet väckt känslor hos informanterna, där en svårighet med kommunikationen och beslutsfattande kommit in. Däremot diskuterade informanterna likaväl sig försökt göra det som var bäst för patienten och ta hänsyn till patienternas autonomi. Alltså upplevde informanterna att känslor som kunde uppstå i patientmöten inte påverkade deras val av behandling utan att informanterna utifrån sin professionella roll kunde sätta känslor åt sidan och skapa behandling utifrån patientens situation och behov. Enligt Croskerry et al (2010) kan besluten omedvetet ha påverkats av känslor som uppstått under patientmöten. Något som vidare nämndes var att anhöriga kunde påverka val av behandling, det var dock oklart exakt hur anhöriga påverkade informanternas val av behandling. Om det var känslorna som styrde eller informanternas bedömning utifrån patientens medicinska faktorer som låg till grund. Tidigare forskning visar att förhålla sig och involvera anhöriga i behandlingen till döende patienter kan vara utmanande för vårdgivare och problematiskt, speciellt om kommunikationen brister (Avery et al, 2010). Informanterna kunde inte redogöra för den faktiska orsaken till vissa behandlingar när anhöriga var delaktiga, om det var ett professionellt förhållningssätt att involvera familjemedlemmar i behandlingen, om det var informanternas känslor eller något annat som styrde är oklart. Tillräcklig fördjupning i data uppstod inte för att klarare redogöra hur anhöriga påverkar.

Formerna av hantering av känslor informanterna uttryckte var väldigt lika. Prata med kollegor, ta pauser, reflektera i team och självreflektera var vanliga metoder som uttrycktes av informanterna. Parola et al (2017) tar upp att det kan uppstå en stor varians av känslor inom palliativ vård, detta stämmer överens med resultaten i denna studie. Nyatanga (2016) och Thiemann et al (2015) lyfter att vårdgivare som tillåter sig att känna känslor har en bättre möjlighet att reflektera över och förstå en jobbig situation för att hantera tankar och känslor. I tidigare stycke nämns att känslor inte påverkar informanternas kliniska arbete, men informanterna kunde fortfarande uppleva negativa känslor i det kliniska arbetet. Utifrån det Nyatanga (2016) & Thiemann et al (2015) lyfte med att tillåta sig känna känslor tillåter större grad av förståelse, går att se informanterna i denna studie gjorde men på olika sätt. Då informanterna försökte sätta känslor åt sidan i stunden för att upprätthålla professionellt förhållningssätt, kunde informanterna genom självreflektion, ta en paus, prata med en kollega eller i teams ha gett dem möjlighet att skapa denna större grad av förståelse och därav bättre förmåga att hantera sina känslor. En annan studie diskuterade val av strategier som visats vara effektiva hos vårdgivare inom en rad olika områden, inkluderat palliativ vård. Strategierna som togs upp var självreflektera, andningsövningar, ta pauser och tillåta sig känna sina känslor var flera av många tekniker som vårdgivare kunde ta till för att hantera negativa känslor (Luff et al., 2016). Flera av dessa tekniker nämns även av våra informanter vilket visar att vårdgivare inom

och även utanför palliativ vård har liknande strategier för att hantera negativa känslor. Genom att använda sig av dessa tekniker kan informanterna jobba i en tuff miljö, hantera allt det negativa och vara professionella för att i slutändan kunna ta del av allt det positiva, och glädjas av att kunna hjälpa många i en sådan svår livssituation.

## 6.2 Metoddiskussion

Författarna av denna studie valde att genomföra en kvalitativ intervjustudie som metod med en induktiv ansats. Intervjuerna genomfördes med en semistrukturerad intervjuguide för att tillåta att informanterna själv berättade om sina upplevelser öppet med viss vägledning av författarna vid behov. Ostrukturerade intervjuer har större flexibilitet men svävar lätt iväg utanför intresseområdet för studiens syfte (Carter & Lubinsky, 2016). Genom att informanterna fick tala fritt, och genom det manifesta tillvägagångssätt som använts i studien skapades en textnära, fördjupad förståelse kring ämnet vilket eftersträvades av författarna. Intervjuguiden tillät stor varians i informanternas svar men som ändå svarade på syftet. Svårigheten med att ha semistrukturerad intervju är att författarna kan ha missat att fördjupa sig i vissa ämnen från aspekter informanterna har tagit upp vilket skulle kunna ha haft betydelse gentemot syftet och informanternas helhetssyn där författarna kanske inte har tagit hänsyn till alla ämnen som informanterna beskrivit. I denna studie användes ett ändamålsenligt urval med tillhörande snöbollsurval för att rekrytera de sju informanterna, vilka var representativa för syftets intresseområde. Detta stärker studiens giltighet då informanterna besitter erfarenhet kring området (Carter & Lubinsky, 2016). Denna mängd informanter kan ses liten men ändå rimlig då det skapade förutsättningar för mycket data gentemot syftet. Citat användes för att låta informanternas röst höras vilket enligt Lundman & Hällgren Graneheim (2017) stärker studiens giltighet.

Överförbarhet beskriver om utsträckningen av studies resultat kan överföras till andra grupper och situationer, det är inte enbart författarna utan läsarna som bedömer överförbarheten (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). För att öka överförbarheten sattes breda inklusionskriterier. Studiens inklusionskriterier utformades för att skapa möjlighet att rekrytera deltagare från ett så pass brett urval som möjligt inom den palliativa vården i Sverige, men som fortfarande kunde bidra med relevant information (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Trots detta var det inte lätt att hitta informanter. Informanterna som valde att delta var verksamma i Stockholms- och Skåne-regionerna och rekryterades av praktiska skäl då dessa visat intresse. Informanter rekryterades tills att en adekvat mängd uppnåts då studien var tidsbegränsad tills den skulle bli färdigställd. Det fanns variationer då informanterna hade varierande längd av erfarenhet inom yrket samt deltog en man och sex kvinnor i studien. Hade studien rekryterat ett större antal informanter är det inte säkert att resultatet hade blivit annorlunda. Om det var mer jämfördelat antal informanter mellan könen finns chansen att

större variationer hade kunnat uppstå, detsamma gäller om informanterna hade kommit från andra platser i Sverige och då täcka en större geografisk yta (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Aspekter som minskar överförbarhet kan vara den låga geografiska spridningen samt den ojämna könsfördelningen vilket gör det svårare att visa hur resultatet är överförbart till palliativ vård i Sverige som helhet då det bedrivs på många orter med båda könen. Detta i enlighet med Lundman & Hällgren Graneheim (2017) som skriver att inkludera både män och kvinnor bidrar till ökad variation, vilket är syftet med kvalitativ innehållsanalys. Det är inte säkert dock att kvaliteten av data ökar med detta. En risk till med urvalet är att informanterna som anmält sitt intresse kan ha varit fysioterapeuter som är väldigt engagerade inom sitt fält och kanske har en viss synvinkel att jobba inom det och därav har denna studie inte fått fram tillräckligt stor variation. Det som kan vidare stärka överförbarheten är bredden av erfarenhet av deltagarna.

Intervjuer sker ofta genom fysiska möten där den icke-verbala kommunikationen kan hjälpa att styra samtalet på ett annat sätt (Carter & Lubinsky, 2016). På grund av den pågående Covid-19 pandemin skedde samtliga intervjuer via Zoom. Detta gjorde att den icke-verbala kommunikationen till viss del gick förlorad då intervjuerna inte sker ansikte mot ansikte, detta kan ha påverkat hur intervjun styrdes vilket är en svaghet (Carter & Lubinsky, 2016). Då intervjuerna var planerade att endast ske över Zoom var möjligheterna större att rekrytera deltagare från ett större geografiskt område utan att behöva ta sig dit, vilket var en styrka. En styrka med den digitala intervjun är att informanterna kunde vara på sitt jobb eller annan miljö som informanterna är vana att vara i och därav skapa en ökad trygghet för dem och eventuell avslappning (Carter & Lubinsky, 2016). Författarna genomförde intervjuerna tillsammans där en ledde samtalet utifrån frågeguiden medan den andra antecknade och ställde eventuella kompletteringsfrågor vid behov. Detta ses som en styrka då intervjuerna tillät därför ske någorlunda enhetligt lika. Det som skiljde sig mellan intervjuerna var den ökade erfarenheten den som ledde intervjun fick och blev bättre med tidens gång att intervju. Detta kan ha påverkat resultatet då den som ledde intervjun blev bättre på att anpassa frågor utifrån svar och få ett bättre flyt i samtalet allteftersom mer intervjuer blev utförda.

Under analysprocessen hade författarna ett distanserat arbetssätt till den data som samlats in för att låta informanternas röst höras. Trots detta innebär det inte att studien kan ses som oberoende av författarna, då författarna varit medskapare av det inspelade materialet. Vilket stämmer överens med Lundman & Hällgren Graneheim (2017) som beskriver begreppet delaktighet, där forskarnas delaktighet och distans i arbetet varierar beroende vilken process arbetet är under och resultatet inte kan ses som oberoende av forskaren men att det ändå skall vara informantens röst som redovisas. Genom att använda sig av bakgrundsfrågor och lämna öppet för frågor och samtal innan huvudfrågorna av intervjun påbörjade kan det ha skapat en avslappnad relation och ökat bekvämligheten för båda parterna (Carter & Lubinsky, 2016). På detta vis kan författarna ha påverkat resultatet och delaktighet med förhoppningar att det ska ha underlättat för informanterna att delge relevanta och sanningsenliga svar och därav inte påverka resultatet negativt. I analysprocessen arbetade författarna tillsammans med att skapa

meningsbärandeenheter och koder utifrån transkriberad text genom att vara textnära, analysera på olika håll och analysera tillsammans ihop sedan igen. Genom att båda författarna utförde analysen samt att kodning och justeringar har skett över dataanalysens gång stärktes tillförlitligheten. I och med processen har skett under handledning, med både synpunkter från handledaren samt andra studenter har tillförlitligheten stärkts genom dessa utomstående och på så vis har det hållits förutsättningslöst (Lundman & Hällgren Graneheim 2017).

För att få kontakt med informanter, var författarna tvungna att få ett godkännande från verksamhetscheferna där informanterna jobbade. Detta resulterade i att de flesta av verksamheterna inte återkom med besked om deltagande i studien och det finns en chans att fysioterapeuter som hade varit intresserade av att delta i studien inte fått någon information att denna studie pågick. En anledning till att verksamhetschefer inte återkopplade kan vara att det inte upplevdes vara av vikt av deltagande i studien. En annan anledning är att mejlet från författarna skickats till fel e-postadress eller hamnat i skräppost hos mottagaren. En tredje anledning kan vara att informationsbrevet inte var tillräckligt tilltalande för att väcka intresse hos verksamhetschefen.

### **6.3 Etikdiskussion**

Studien genomfördes enligt kriterierna från Vetenskapsrådet (2017). Genom informationsbrevet delgavs informanterna information om hur intervjun skulle genomföras och var det kunde innebära för dem med eventuella risker och fördelar om deltagandet i studien och kunde när som helst välja att avbryta sitt deltagande utan att motivera varför. Innan intervjun lämnade informanterna därför ett skriftligt och muntligt samtycke om att delta i studien.

Risken med studien var att starka känslor kunde väckas hos informanterna då palliativ vård i sig är ett känsligt ämne. När informanterna bads berätta om patientmöten och situationer kunde det väcka känslor på nytt. Efter intervjun har det funnits möjlighet att ventilera eventuella känslor eller övriga frågor som kunde dyka upp hos informanterna.

En till risk med denna studie är att professionsområdet som är undersökt är väldigt nischad och det kan upplevas lättare för informanter att bli identifierad utifrån sina svar och därav undanhålla eller inte säga rakt ut vad informanterna egentligen upplever eller tycker. Informanterna blev delgivna att deras namn och kontaktuppgifter inte kommer förvaras i ljudfiler eller i transkriberad text. Data som samlats in användes endast i syfte för denna studie och raderades när arbetet blev godkänt. Det kan också vara en risk med att informanterna känner sig bedöma utifrån deras svar, hur informanterna arbetar vilket kan leda till vad informanterna tror är rätt svar. Om tolkning av frågor som ställdes kändes obekvämt kan det ha påverkat resultatet, dock då ingen informant uttalade sig om det under datainsamlingen samt att inget avhopp uppstod ses det inte troligt.

På grund av Covid-19 skedde intervjuerna över Zoom och spelades in på diktafon. Ljudinspelningen flyttades över på USB som förvarades där bara författarna hade tillgång och kunde transkribera intervjuerna. Då ingen utöver författarna hade tillgång till USB var risken låg att obehöriga fick tillgång till den. Även om USB-minnet hade hamnat i orätta händer var den lösenordskyddad som en ytterligare säkerhetsåtgärd vilket minimerade risk för otillbörlig tillgång till data.

## 7 SLUTSATS

I resultatet framgick det att arbetet skapade motstridiga känslor där patienter och anhöriga i dess närhet kunde skapa känslor hos informanterna i olika grad, positiva som negativa. Strategier för att hantera känslor är nyckeln till att bibehålla ett professionellt arbetssätt. Informanterna upplevde inte att deras känslor påverkade val av behandling, utan utgick ifrån sin professionella roll och skapade behandling utifrån patientens behov, situation och självbestämmande. Sett ur den socialkognitiva teorin, upplever informanterna sig vara en positiv omgivningsfaktor för patienterna. Det fanns skilda åsikter kring följsamhet till behandling hos informanterna, hur det implementerades eller om informanterna inte resonerade kring begreppet alls. Sett ur det beteendemedicinska perspektivet skapade samtliga informanter ökad följsamhet genom att vara den positiva omgivningsfaktorn, att stärka patienters autonomi och ha det goda bemötandet. På så vis kan informanterna ha medvetet eller omedvetet, skapat förutsättningar för förbättrad följsamhet och livskvalitet hos sina patienter.

Det är svårt att avgöra styrkan av överförbarhet i denna studie då det finns flertal faktorer som tagits hänsyn till medan andra har uteblivit/missats. Målgruppen har varit representativ för ämnet med viss spridning i demografiska variabler, det är dock svårt att dra slutsatser kring hur väl målgruppen representerar Sveriges palliativa vård i helhet då informanterna i denna studie var i Skåne- och Stockholmstrakterna specifikt. Det finns ingen anledning till att tro att fysioterapeuter i andra regioner skulle svara annorlunda, men det krävs ytterligare forskning med en större population för att kunna dra sådana slutsatser med mer säkerhet.

## 8 KLINISK BETYDELSE OCH FORTSATT FORSKNING

Resultatet i denna studie tar upp och belyser hur fysioterapeuter inom palliativ vård påverkas av sitt arbete samt hur det kliniska beslutsfattandet och bemötande av sina patienter kan påverka patienterna, vilket är inte utforskat sedan tidigare. Det kan vara en tuff miljö att jobba inom palliativ vård och negativa känslor kan uppstå, och genom att reflektera, samt nyttja stöd av kollegor kunde fysioterapeuter behålla ett professionellt förhållningssätt genom att hantera känslorna. På detta vis kan det ses viktigt att fysioterapeuter i palliativ vård utnyttjar medlen som finns på arbetsplatsen för att inte bli negativt påverkade och därmed inte heller negativt påverka sina patienter. Denna studie bidrar med aspekter som tidigare inte utforskats noga då fysioterapeuter kan vara en viktig omgivningsfaktor för sina patienter i avseende att förbättra deras livskvalitet nära slutet. För att få en djupare evidens och förståelse hur fysioterapeuter påverkar sina patienter i palliativ vård bör ytterligare forskning ske inom fältet. Denna studie kan ha bidragit till en ökad förståelse huruvida fysioterapeuter upplever sig bli påverkade samt hur fysioterapeuter påverkar sina patienter inom palliativ vård. Framtida forskning bör komplettera denna aspekt genom att ta upp patienternas upplevelser kring hur fysioterapeuter påverkar dem avseende deras medicinska faktorer/symtom och sinnesstämning/känslor i den palliativa vården.



## REFERENSLISTA

- Ablett, J. R., & Jones, R. S. (2007). Resilience and well-being in palliative care staff: a qualitative study of hospice nurses' experience of work. *Psycho-oncology*, 16(8), 733–740. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1002/pon.1130>
- Agemalm, S., & Thuvander, F., (2019). Sjuksköterskors upplevelser av att vårda palliativt. *Akademien för hälsa, vård och välfärd*. diva2:1284863
- Álvarez-Del-Río, A., Marván, M. L., Santillán-Doherty, P., Delgadillo, S., & Oñate-Ocaña, L. F. (2013). Facing death in clinical practice: a view from physicians in Mexico. *Archives of medical research*, 44(5), 394–400. <https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2013.05.005>
- Andersson, E., Salickiene, Z., & Rosengren, K. (2016). To be involved - A qualitative study of nurses' experiences of caring for dying patients. *Nurse Education Today*, 38(1), 144-149. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2015.11.026>
- Avery, J., Geist, A., D'Agostino, N. M., Kawaguchi, S. K., Mahtani, R., Mazzotta, P., Mosher, P. J., Al-Awamer, A., Kassam, A., Zimmermann, C., Samadi, M., Tam, S., Srikanthan, A., & Gupta, A. (2020). "It's More Difficult...": Clinicians' Experience Providing Palliative Care to Adolescents and Young Adults Diagnosed With Advanced Cancer. *JCO oncology practice*, 16(1), e100–e108. <https://doi.org/10.1200/JOP.19.00313>
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (2004). Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143–164. <https://doi.org/10.1177/1090198104263660>
- Brighton, L. J., & Bristowe, K. (2016). Communication in palliative care: talking about the end of life, before the end of life. *Postgraduate medical journal*, 92(1090), 466–470. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2015-133368>
- Carter, R., & Lubinsky, J. (2016). *Rehabilitation research: principles and applications* (Fifth edition). W B Saunders Co Ltd.
- Cochrane, J. B., Levy, M. R., Fryer, J. E., & Oglesby, C. A. (1991). Death Anxiety, Disclosure Behaviors, and Attitudes of Oncologists toward Terminal Care. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 22(1), 1–12. <https://doi.org/10.2190/LTB4-DARH-AH13-TGN1>
- Croskerry, P., Abbass, A., & Wu, A. W. (2010). Emotional influences in patient safety. *Journal of patient safety*, 6(4), 199–205. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1097/pts.obo13e3181f6c01a>

- Draper, E. J., Hillen, M. A., Moors, M., Ket, J., van Laarhoven, H., & Henselmans, I. (2019). Relationship between physicians' death anxiety and medical communication and decision-making: A systematic review. *Patient education and counseling, 102*(2), 266–274. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.09.019>
- Engel G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science, 196*(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Gallagher, A., Szylit Bousso, R., McCarthy, J., Kohlen, H., Andrews, T., Pagnini, C. M., ... Grillo Padilha, K. (2015). Negotiated reorienting: A grounded theory of nurses' end-of-life decision-making in the intensive care unit. *International Journal of Nursing Studies, 52*(4), 794-803. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.12.003>
- Given, B., Wyatt, G., Given, C., Sherwood, P., Gift, A., DeVoss, D., & Rahbar, M. (2004). Burden and depression among caregivers of patients with cancer at the end of life. *Oncology nursing forum, 31*(6), 1105–1117. <https://doi.org/10.1188/04.ONF.1105-1117>
- Heyhoe, J., Birks, Y., Harrison, R., O'Hara, J. K., Cracknell, A., & Lawton, R. (2016). The role of emotion in patient safety: Are we brave enough to scratch beneath the surface?. *Journal of the Royal Society of Medicine, 109*(2), 52–58. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1177/0141076815620614>
- Hoffmann, T. C., Lewis, J., & Maher, C. G. (2020). Shared decision making should be an integral part of physiotherapy practice. *Physiotherapy, 107*, 43–49. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1016/j.physio.2019.08.012>
- Luff, D., Martin, E. B., Jr, Mills, K., Mazzola, N. M., Bell, S. K., & Meyer, E. C. (2016). Clinicians' strategies for managing their emotions during difficult healthcare conversations. *Patient education and counseling, 99*(9), 1461–1466. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1016/j.pec.2016.06.017>
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund Nielsen & M. Graneskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (3 uppl., s. 219–234). Lund: Studentlitteratur.
- International Society of Behavioral Medicine. (u.å.). About IBSM. Hämtad 30 april, 2021 från IBSM, <https://www.isbm.info/about-isbm/>
- Kelly, B. J., Varghese, F. T., & Pelusi, D. (2003). Countertransference and ethics: a perspective on clinical dilemmas in end-of-life decisions. *Palliative & supportive care, 1*(4), 367–375. <https://doi.org/10.1017/s1478951503030517>
- Kvale, S. (1996). *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing*. Sage.

- Légaré, F., Ratté, S., Gravel, K., & Graham, I. D. (2008). Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient education and counseling*, 73(3), 526–535. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.07.018>
- Lenherr, G., Meyer-Zehnder, B., Kressig, R. W., & Reiter-Theil, S. (2012). To speak, or not to speak - do clinicians speak about dying and death with geriatric patients at the end of life?. *Swiss medical weekly*, 142, w13563. <https://doi.org/10.4414/sm.w.2012.13563>
- Maddocks, M., Mockett, S., & Wilcock, A. (2009). Is exercise an acceptable and practical therapy for people with or cured of cancer? A systematic review. *Cancer treatment reviews*, 35(4), 383–390. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1016/j.ctrv.2008.11.008>
- Marcant, D., & Rapin, C. H. (1993). Role of the physiotherapist in palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 8(2), 68–71. doi:10.1016/0885-3924(93)90102-2
- McAlister, A., Cheryl, P. & Parcel, G. (2008) How Individuals, Environments and Health Behaviours Interact. Glanz, K., Rimer, B., & Viswanath, K. (Red.), *Health Behaviour and Health Education: Theory, Research and Practice* (4 uppl., s. 169-189). JosseyBass.
- Michel, H. T. (2001). Editorial — Do physiotherapists have a role in palliative care? *Physiotherapy Research International*, 6(1), 5-7. <https://doi.org/10.1002/pri.208>
- Nationella rådet för palliativ vård (2010). *Palliativguiden: vägvisaren till lindrande vård*. ([Ny utg.]). Stockholm: Nationella rådet för palliativ vård.
- Nyatanga, B. (2016). Death anxiety and palliative nursing. *British Journal of Community Nursing*, 21(12). <https://doi.org/10.12968/bjcn.2016.21.12.636>
- O'Hara, R. E., Hull, J. G., Lyons, K. D., Bakitas, M., Hegel, M. T., Li, Z., & Ahles, T. A. (2010). Impact on caregiver burden of a patient-focused palliative care intervention for patients with advanced cancer. *Palliative & supportive care*, 8(4), 395–404. <https://doi.org/10.1017/S1478951510000258>
- O'Keeffe, M., Cullinane, P., Hurley, J., Leahy, I., Bunzli, S., O'Sullivan, P. B., & O'Sullivan, K. (2016). What Influences Patient-Therapist Interactions in Musculoskeletal Physical Therapy? Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis. *Physical therapy*, 96(5), 609–622. <https://doi.org/10.2522/ptj.20150240>
- Parola, V., Coelho, A., Cardoso, D., Sandgren, A., & Apóstolo, J. (2017). Prevalence of burnout in health professionals working in palliative care: a systematic review. *JBIR database of systematic reviews and implementation reports*, 15(7), 1905–1933. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003309>

- Patterson, P., McDonald, F. E., Zebrack, B., & Medlow, S. (2015). Emerging issues among adolescent and young adult cancer survivors. *Seminars in oncology nursing*, 31(1), 53–59. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2014.11.006>
- Sauter, S., Franzén, E. & Lübecke, A. (2018). *Fysioterapi i palliativ vård: rörelseglädje tills livet tar slut*. (Upplaga 1). Studentlitteratur.
- Scharf, A., Voigt, L., Vardhana, S., Matsoukas, K., Wall, L. M., Arevalo, M., & Diamond, L. C. (2021). What Should Clinicians Do When a Patient's Autonomy Undermines Her Being Treated Equitably?. *AMA journal of ethics*, 23(2), E97–E108. <https://doi.org/10.1001/amajethics.2021.97>
- Socialstyrelsen. (2018) *Palliativ vård – förtydligande och konkretisering av begrepp*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-8-6.pdf>
- Swami, M., & Case, A. A. (2018). Effective Palliative Care: What Is Involved?. *Oncology*, 32(4), 180–184.
- Thiemann, P., Quince, T., Benson, J., Wood, D., & Barclay, S. (2015). Medical Students' Death Anxiety: Severity and Association With Psychological Health and Attitudes Toward Palliative Care. *Journal of pain and symptom management*, 50(3), 335–342.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.03.014> Vetenskapsrådet (2017). Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. *Vetenskapsrådet*.
- Ullrich, A., Ascherfeld, L., Marx, G., Bokemeyer, C., Bergelt, C., & Oechsle, K. (2017). Quality of life, psychological burden, needs, and satisfaction during specialized inpatient palliative care in family caregivers of advanced cancer patients. *BMC palliative care*, 16(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s12904-017-0206-z>
- Weiner, J. S., Arnold, R. M., Curtis, J. R., Back, A. L., Rounsaville, B., & Tulsky, J. A. (2006). *Manualized communication interventions to enhance palliative care research and training: rigorous, testable approaches*. *Journal of palliative medicine*, 9(2), 371–381. <https://doi.org/10.1089/jpm.2006.9.371>
- Xiang, Y. R., & Ning, X. H. (2018). Recognition of Palliative Care in Chinese Clinicians: How They Feel and What They Know. *Chinese medical sciences journal = Chung-kuo i hsueh k'o hsueh tsa chih*, 33(4), 221–227. <https://doi.org/10.24920/003509>
- Zanatta, F., Maffoni, M., & Giardini, A. (2020). Resilience in palliative healthcare professionals: a systematic review. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 28(3), 971–978. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05194-1>

Zheng, R-S., Guo, Q-H., Dong, F-Q., & Owens, G. R. (2015). Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their final days: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 288-296. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.09.009>

Zimmermann, C., Swami, N., Krzyzanowska, M., Leighl, N., Rydall, A., Rodin, G., Tannock, I., & Hannon, B. (2016). Perceptions of palliative care among patients with advanced cancer and their caregivers. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 188(10), E217–E227. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1503/cmaj.151171>.

# BILAGA A

## Intervjuguide

### Bakgrundsfrågor

- - Hur länge har du arbetat som fysioterapeut?
- - Hur länge har du arbetat inom palliativ vård?
- - Har du någon utbildning inom beteendemedicin?
- - Har du någon utbildning kopplad till palliativ verksamhet?
- - Skulle du kunna beskriva hur ett patientmöte ser ut för dig inom den palliativa vården?

### Intervjufrågor

1. Kan du beskriva vilka tankar och känslor du upplever i relation till att arbeta med denna patientgrupp?
  - Beroende på vad för sjukdom och/eller symtom som patienten har, hur upplever du att det påverkar dina tankar/känslor?
  - Hur anpassar du ditt arbete utifrån detta?
2. Hur påverkar patienternas sinnesstämning dig i ditt kliniska arbete?
  - Kan du ge exempel på en sådan situation?
  - Varför tror du det blev så?
  - Vad tänker du hade kunnat göras annorlunda?
3. När du möter dessa patienter på vilket sätt har dina tankar/känslor påverkat dig i beslut gällande rehabiliteringen/behandlingen av dessa patienter?
  - Hur upplever du att valet av beslut påverkar patienterna?
  - kan du ge exempel på någon situation där du ändrat din plan om behandlingen pga dina tankar och känslor.
4. Har du upplevt att ett patientmöte du haft har påverkat efterföljande patientmöten, hur då?
  - Hur påverkade det patientens rehabilitering och dina beslut?
5. Kan du beskriva om, och i så fall hur du upplever du påverkar dina patienter?

# **BILAGA B**

## **Informationsbrev**

### **Examensarbete om fysioterapeuters känslor och tankar inom palliativ vård**

#### **Bakgrund och syfte**

Det här brevet avser att informera dig om en studie för ett examensarbete som genomförs av två fysioterapeutstudenter vid Mälardalens högskola. Bakgrunden till denna studie är att det saknas forskning kring fysioterapeuters upplevelser som jobbar inom palliativ vård. Syftet med denna studie är att undersöka fysioterapeuters upplevelser om hur deras tankar och känslor som uppstår i det kliniska arbetet påverkar dem samt deras patienter inom palliativ vård.

#### **Förfrågan om deltagande**

Du tillfrågas härmed om deltagande i denna intervjustudie. Vi är intresserad av dig som är legitimerad fysioterapeut/sjukgymnast och har jobbat minst 6 månader inom palliativ vård. Vi har fått dina kontaktuppgifter utav din verksamhetschef som även har godkänt verksamhetens deltagande i studien.

#### **Studiens praktiska genomförande**

Vi kommer genomföra digitala intervjuer i videomötesverktyget Zoom. Vi beräknar intervjutiden tar mellan 30-45 minuter. Intervjun kommer ljudinspelas med diktafon för att vi ska transkribera det, ingen videoinspelning kommer ske.

#### **Risker**

Eventuella risker med deltagandet är att du kan känna dig stressad över samtalsämnet och att det kan medföra viss nedstämdhet under och/eller efter samtalet.

#### **Fördelar**

Eventuella fördelar med deltagandet kan vara att du får en insikt i andra arbetssätt eller att det belyser svaga områden som man kan arbeta på för att förbättra vårdkvaliteten för patienter och på så sätt öka medvetenhet kring området inom kliniskt arbete och forskning.

#### **Konfidentialitet**

Den data som samlades in kommer att lagras på en USB-enhet och vara otillgänglig för andra utöver författarna och handledaren. All data kommer koder och kategoriseras och därefter raderas när examensarbetet är godkänt. Arbetet kommer konstrueras så att ingen i efterhand kommer kunna utläsa att det är just du som har svarat. Ansvarig för dina personuppgifter är Mälardalens högskola.

#### **Presentation av studiens resultat**

Undersökningen kommer att presenteras i form av en uppsats vid Mälardalens Högskola.

### **Frivillighet**

Ditt deltagande i undersökningen är helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan motivering.

### **Avslutningsvis**

Kontakta oss vid intresse av att delta. Vi uppskattar även att du tar kontakt med oss om du inte vill delta i studien. Du är välkommen att komma med frågor när som helst om projektet. Ytterligare upplysningar lämnas av nedanstående ansvariga.

### **Ansvariga**

**Student:** Niklas Dellegård [xxxxxxxxx@student.mdh.se](mailto:xxxxxxxxx@student.mdh.se) 070-xxxxxxx

**Student:** Christoffer Blom [xxxxxxxxx@student.mdh.se](mailto:xxxxxxxxx@student.mdh.se) 070-xxxxxxx

**Handledare:** Caroline Eklund [xxxxxxxxx@mdh.se](mailto:xxxxxxxxx@mdh.se) 021-xxxxxxx







Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00  
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016-15 36 00  
**E-post:** [info@mdu.se](mailto:info@mdu.se) **Webb:** [www.mdu.se](http://www.mdu.se)