



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BFY330-O-2022-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	09-05-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	16-05-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BFY330 1 O 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	446
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7993
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	30
Andre medlemmer i gruppen:	454

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Fysioterapi og kreftpasienter med angst i palliativ
fase

Physiotherapy and cancer patients with
anxiety in the palliative phase.

Kandidatnummer: 446 og 454

Bachelor i fysioterapi

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse og funksjon

Innleveringsdato: 16.05.22

Antall ord: 7993

FORORD

Arbeidsprosessen med denne bacheloroppgaven har både vært krevende og lærerikt. Bacheloroppgaven har resultert i dypere kunnskapsgrunnlag og gjort oss mer forberedt til å møte kreftpasienter med angst i palliativ fase. Det var inspirerende å gå i dybden i et felt som interesserte oss. Vi ønsker å uttrykke takknemlighet til våre tre informanter som stilte til intervju og har bidratt med kunnskap. I tillegg ønsker vi å takke vår tålmodige veileder som har vært til stor hjelp og kommet med gode tilbakemeldinger. Avslutningsvis vil vi også takke hverandre for et godt samarbeid bestående av gode faglige diskusjoner gjennom vår skrivereise.

Bergen, 10. Mai, 2022

“Hva er fysioterapi når vi ikke lengre kan gjøre frisk?” - Informant 2

Sammendrag

Tittel: Fysioterapi og kreftpasienter med angst i palliativ fase.

Problemstilling: *“Hvilke erfaringer har fysioterapeuter knyttet til kreftpasienter med angst i palliativ fase?”*

Metode: Problemstillingen ble besvart ved bruk av kvalitativ metode. Datainnsamlingen ble gjennomført ved semistrukturerte intervjuer. Vi intervjuet 3 fysioterapeuter hvor to av dem jobbet i spesialisthelsetjenesten og en jobbet i kommunehelsetjenesten. Intervjuene ble transkribert ord for ord og vi gjennomførte en systematisk tekstkondensering for å analysere intervjuene.

Resultat: Fysioterapeutene er opptatt av å involvere pasientene under utforming av mål og tiltak for å bidra til at behandlingen oppleves som meningsfull for pasienter som er i livets siste fase. Informantene er samstemte om at angst er et fremtredende symptom i varierende grad hos denne pasientgruppen. Det er enighet blant informantene at konsekvenser av en alvorlig kreftdiagnose kombinert med en angstdiagnose kan føre til redusert livskvalitet og nedsatt fysisk funksjon. Informantene beskriver hvordan motivasjon, god kommunikasjon, mestring, trygghet og tillit har en betydning for resultatet i behandlingen.

Konklusjon: Basert på intervjuene med fysioterapeutene kombinert med aktuell litteratur og forskning vil vi konkludere med at behandling av pasienter med både angst og kreftdiagnose har mange fellestrekk som i behandling av andre pasientgrupper. Individuell tilpasning er fundamentalt i både undersøkelse og behandling. Fysioterapeuter bør ha økt fokus på god kommunikasjon og å trygge pasienten på bakgrunn av deres livssituasjon. Vi har ingen klar konklusjon på hva som fungerer best for denne pasientgruppen, da det viser seg å være avhengig av flere faktorer. Det fremkommer likevel god kunnskap om hva som vektlegges i den individuelle tilnærmingen av denne pasientgruppen.

Abstract

Title: Physiotherapy and cancer patients with anxiety in the palliative phase.

Research Question: “What experiences do physiotherapists have with the treatment of cancer patients characterized by anxiety in the palliative phase?”.

Method: The research question was answered using a qualitative method. The data was collected through semi-structured interviews. We interviewed three physiotherapists, where two of them worked in the secondary health care at a hospital in the palliative care section. The last physiotherapist worked in the primary health care with palliative patients. The interviews were transcribed word for word and the analysis was completed using a systematic text condensation.

Result: The physiotherapists believe that it is important to involve the patient while customizing individual goals and meaningful interventions for the patient. The informants agree in the fact that anxiety is a common symptom or diagnosis. Furthermore, the informants describe that a consequence of an anxiety diagnosis combined with a critical cancer diagnosis can truly result in reduced life quality and physical function. A holistic approach combined with individual customization for the patient is important. The informants agree that a holistic approach, communication, motivation, accomplishment and trust are meaningful factors for optimal results in treatment.

Conclusion: Based on the interviews with the physiotherapists combined with studies and literature, our conclusion is that the treatment of this patient group has a lot of common factors with the treatment with other patient group. An individual customization is essential in the physiotherapeutic examination and treatment. Physiotherapists could be more aware of having a focus on communication and having a careful approach with the patients due to their critical life situation. There is no clear conclusion about what the best treatment for this patient group is. However, we have acquired great knowledge about what the main focus is in the individual approach to patients.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	1
1.2 FORMÅL MED OPPGAVEN OG PROBLEMSTILLING	2
2.0 TEORI	3
2.1 ANGST - FOREKOMSTEN AV ANGST HOS KREFTPASIENTER	3
2.2 ICF- INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING AND HEALTH	3
2.3 PALLIATIV BEHANDLING OG FYSIOTERAPI	3
2.3.1 Retningslinjer for fysioterapi.....	4
2.3.2 Tidligere forskning	4
2.4 FYSIOTERAPEUTENS ROLLE.....	5
2.4.1 Verbal og kroppslig kommunikasjon under behandling	5
2.4.2 Dyspné og angst.....	5
2.4.3 Mestring og motivasjon.....	6
3.0 METODE	7
3.1 TEORETISK PERSPEKTIV - DET FORTOLKENDE PARADIGME	7
3.2 FORFORSTÅELSE	7
3.3 UTVALG AV INFORMANTER	8
3.4 INTERVJUFORBEREDELSE OG GJENNOMFØRELSE	8
3.5 ETISKE ASPEKT	9
3.6 TRANSKRIBERING.....	9
3.7 ANALYSE.....	10
4.0 RESULTATER	12
4.1 PRESENTASJON AV INFORMANTENE.....	12
4.2 DET KLINISKE BILDE	12
4.2.1 Symptomer.....	12
4.2.2 Sammenhengen mellom smerte, dyspné og angst.....	13
4.2.3 Kartlegging.....	13
4.3 FYSIOTERAPEUTENES SYN PÅ TILNÆRMING.....	14
4.3.1 Helhetlig tilnærming	14
4.3.2 Trygghet for å skape tillit.....	15
4.3.3 Informantenes syn på medisinsk tilnærming.....	16
4.4 FORHOLDET MELLOM FYSISK FUNKSJON, ANGST OG LIVSKVALITET	17
5.0 DRØFTING	19

5.1 DET KLINISKE BILDET.....	19
5.2 FYSIOTERAPEUTERS SYN PÅ TILNÆRMING.....	20
5.2.1 <i>Helhetlig tilnærming</i>	20
5.2.2 <i>Trygghet for å skape tillit</i>	22
5.2.3 <i>Medisinsk tilnærming</i>	22
5.3 FORHOLDET MELLOM FYSISK FUNKSJON, ANGST OG LIVSKVALITET	23
5.4 METODEDRØFTING	24
5.4.1 <i>Valg av metode og evaluering av informantutvalg</i>	24
5.4.2 <i>Bearbeiding av data og analyse</i>	25
5.4.3 <i>Validitet og refleksivitet</i>	25
6.0 KONKLUSJON.....	26
LITTERATURLISTE.....	27
VEDLEGG.....	30
VEDLEGG 1 - ORIENTERING OM BACHELOROPPGAVEN	30
VEDLEGG 2 - FORESPØRSEL OM DELTAGELSE I BACHELORPROSJEKT	32
VEDLEGG 3 - SAMTYKKEERKLÆRING	34
VEDLEGG 4 - INTERVJUGUIDE	35
VEDLEGG 5 - BAKGRUNNSOPPLYSNINGER	37
VEDLEGG 6 - TRANSKRIPSJON INTERVJU 1.....	38
VEDLEGG 7 - TRANSKRIPSJON INTERVJU 2	64
VEDLEGG 8 - TRANSKRIPSJON INTERVJU 3.....	78

Innholdsfortegnelse for tabeller

TABELL 1 PRESENTASJON AV INFORMANTENE.....	12
--	----

1.0 Innledning

I 2020 ble det registrert 35 515 nye krefttilfeller i Norge, hvor 3 av 4 overlever kreftsykdom (Kreftforeningen, u.å.a). En slik alvorlig diagnose hvor døden kan være et sentralt tema, kan dette vekke reaksjoner hos den som blir rammet. Pasienter kan få et annet perspektiv på livet, og økt usikkerhet kan oppstå. Det er dermed ikke uvanlig at utvikling av angst kan forekomme (Simader, 2013, s. 110). Dette er noe som kan føre til ytterligere redusert funksjonsnivå hos pasienter med kreft (Kolva et al., 2011).

Fysioterapi er en profesjon med fokus på rehabilitering, aktivisering og myndiggjøring av pasienter. Dette kan oppleves som motsigende elementer ovenfor pasientgruppen som ikke kan bli frisk fra alvorlig sykdom. Det er derimot viktig å fremheve at palliative pasienter ikke har mistet potensialet til funksjonell forbedring til tross for at de lever med en uhelbredelig sykdom (Jennings, 2013, s. 4). Fysioterapiens rolle i palliativ omsorg får stadig større betydning og erkjennelse sett opp mot en aldrende befolkning og et økende antall individer som nærmer seg slutten av livet. I denne oppgaven har vi satt søkelys på hvordan fysioterapeuter møter kreftpasienter med angst i palliativ fase.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi har valgt å skrive om kreftpasienter i palliativ fase ettersom at flere pasienter lever lengre med sin kreftdiagnose. Temaet vekket stor interesse da vi hadde undervisning. I etterkant av undervisningen satt vi igjen med mange spørsmål rundt palliasjon, blant annet hvordan en slik diagnose kan påvirke den mentale helsen. Fra tidligere praksisperioder har vi sett og erfart at det ikke alltid finnes en fasit i møte med pasientene, selv om det finnes retningslinjer for behandling av kreftpasienter i palliativ fase. Derfor ønsker vi å undersøke fysioterapeutenes erfaring med denne pasientgruppen. Angst er ikke noe fysioterapeuter har som primæroppgave å behandle, men vi ønsket å undersøke hvordan fysioterapeuter kan påvirke psykiske lidelser og plager. I tillegg ønsket vi å se om det var ulike erfaringer blant fysioterapeuter som jobber i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjeneste

1.2 Formål med oppgaven og problemstilling

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvilke erfaringer fysioterapeuter har i behandling av kreftpasienter med angst i palliativ fase. Dette er en økende pasientgruppe med behov for fysioterapi for å redusere tap av funksjon, noe som igjen kan resultere i mindre samfunnskostnader (Jennings, 2013, s. 4–5). I tillegg kan det tenkes at en slik diagnose kan føre til smerter og psykiske påkjenninger, som igjen kan resultere i funksjonstap. På bakgrunn av det overnevnte kom vi frem til følgende problemstilling:

«Hvilke erfaringer har fysioterapeuter knyttet til kreftpasienter med angst i palliativ fase?»

2.0 Teori

2.1 Angst - Forekomsten av angst hos kreftpasienter

Angst er en fysiologisk og psykologisk tilstand preget av kroppslige, følelsesmessige, kognitive og atferdsmessige komponenter. Fenomenet angst demonstrerer godt hvordan psyke og soma er to sider av samme sak, ikke to mer eller mindre adskilte domener. Symptomene graderes etter økende intensitet, spenning, uro og angst (Lid, 2013, s. 470). Ifølge Folkehelseinstituttet (FHI, 2019) vil omtrent en av fire rammes av en angstlidelse i løpet av livet, og omtrent 15 prosent i løpet av et år i den norske befolkningen. En studie viser at forekomst av smerte hos kreftpasienter har en sammenheng med høy prevalens av psykiatriske symptomer, hvor blant annet angst er nevnt (Unselde et al., 2020). En annen studie illustrerer at på tvers av krefttyper viste 19% av pasientene kliniske nivåer av angst og ytterligere 22,6% hadde subkliniske symptomer ut fra 10 153 pasienter. Pasienter yngre enn 50 år og kvinner ved flere krefttyper var preget av enten subkliniske eller kliniske nivåer av angst i over 50% av tilfellene (Linden et al., 2012).

2.2 ICF- International Classification of Functioning and Health

Dahl (2014, s. 31–32) beskriver at psykoanalytikeren George. L. Engel introduserte den biopsykososiale modellen, som utvidet sykdomsbetegnelsen fra å bare bestå av biologiske faktorer til å også omhandle psykologiske faktorer og sosiale faktorer. En modell som forsøker å ivareta den biopsykososiale modellen er ICF- modellen (Holter, 2014, s. 392). Modellen viser at både kroppsfunksjoner- og strukturer, aktiviteter og deltakelse inngår i funksjonsbegrepet. Den illustrerer også et samspill mellom forskjellige aspekter av funksjon, personlige faktorer og faktorer i miljøet (Holter, 2014, s. 392).

2.3 Palliativ behandling og fysioterapi

Palliativ behandling er lindrende behandling med formål om å gi best mulig symptomlindring, pleie, omsorg og livskvalitet med uhelbredelig kreftsykdom. Lindring av smerter og andre symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, åndelige og eksistensielle behov (Kreftforeningen, u.å.c). I det palliative teamet samarbeider leger og sykepleiere med andre faggrupper, hvor blant annet fysioterapeuter er sentrale

(Kreftforeningen, u.å.b). Fysioterapeuter kan bidra til å optimalisere livskvaliteten for pasienter med kompleks sykdom. Samarbeidet med fysioterapeuten kan redusere avhengigheten av omsorgspersoner og støttetjenester, noe som kan resultere i kostnadsbesparelser (Jennings, 2013, s. 4–5).

2.3.1 Retningslinjer for fysioterapi

Retningslinjer for fysioterapi til pasienter i palliativ fase beskriver at fysioterapi er en del av kjerneteamet innen palliasjon (Frantzen et al., 2019, s. 9). I retningslinjen står det at kartlegging og undersøkelse er viktig for å danne grunnlag for målsetting og tiltak. I en fysioterapeutisk undersøkelse for denne pasientgruppen er det viktig at vi blant annet kartlegger generell funksjon, smerter, respirasjon, lungefunksjon, spesiell funksjon ved behov samt symptomer på angst og depresjon. Videre står det at standardiserte kartleggingsskjema og tester er hensiktsmessig for å kartlegge pasientens status og for å måle endringer. Det kommer frem flere relevante kartleggingsverktøy som Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) skjema for selvrapportering og andre standardiserte tester som 6 minutters gang test, Short physical performance battery (SPPB) og Timed up and go (TUG) (Frantzen et al., 2019, s. 10–12).

2.3.2 Tidligere forskning

Det ble ikke funnet noen studier som spesifikt tar for seg hvordan fysioterapeutiske tiltak kan være angstdempende hos kreftpasienter med angst i palliativ fase. Ifølge Loge (2014, s. 645) blir psykiske lidelser hos kreftpasienter i liten grad fanget opp. Mangel på tid, erfaring og manglende kunnskap kan være årsaker til at psykiske lidelser ikke blir fanget opp hos denne pasientgruppen. Det er derimot studier som omtaler medikamentell behandling, hvor norske allmennleger forskrev i 2005 og 2006 mer enn 50% antidepressiver til kreftpasienter i deres siste leveår (Loge, 2014, s. 645). Det ble eksempelvis funnet en studie hvor det nevnes at det er mangel på god effekt av medikamentell behandling for symptomer på angst hos palliative pasienter (Salt et al., 2017). Loge (2014, s. 642) beskriver også at medikamenter kan utløse angstsymptomer. Det er derimot funnet en studie som viser at fysisk aktivitet og tilpasset treningsopplegg har positiv effekt på livskvalitet, fysisk funksjon, psykososiale faktorer, søvnkvalitet, fatigue og i noen tilfeller effekt på smerte hos kreftpasienter

(Heywood et al., 2018). Dette er tiltak som kan benyttes av fysioterapeuter, noe som utdypes mer i drøftingsdelen.

2.4 Fysioterapeutens rolle

2.4.1 Verbal og kroppslig kommunikasjon under behandling

Thornquist (2009, s. 19) beskriver at kommunikasjon er alle de måtene vi henvender oss til hverandre på for å skape gjensidighet i opplevelse og mening. Kroppslig kommunikasjon assosieres ofte med følelser og intime situasjoner, med kjærtegn, omsorg og omfavnelser (Thornquist, 2009, s. 182). Kroppslige uttrykk kan betraktes som meddelelser, budskap om mer eller mindre hensiktsmessige tilpasninger til vanskelige situasjoner (Thornquist, 2009, s. 279). Gjennom kommunikasjon blir målsetting satt sammen med pasienten for at målene skal være realistiske og meningsfulle (Frantzen et al., 2019, s. 41). I en palliativ setting beskriver Lippka (2013, s. 152–153) at gjennom god kommunikasjon kan pasienten føle seg trygg nok til å ta opp vanskelige temaer. I tillegg kan det være essensielt å observere kroppsspråk og ansiktsuttrykk som kan ha et budskap dersom ord ikke er tilstrekkelig hos pasienten.

Berøring kan bidra til tilstedeværelse, refleksjon og deltagelse. Amundsen og Karlsen (2012) viser en studie hvor massasje har signifikant effekt på pasienter med angst hos kreftpasienter. Berøring kan virke både godt og beroligende, men også utrygt og urovekkende, avhengig av pasientens livssituasjon. Det er derfor essensielt at helsepersonell fremtrer varsomt for pasientens reaksjoner og at pasienten inviteres til å aktivt delta, slik at berøringen ikke bygger opp under en følelse av å kun “bli gjort noe med” av å selv ikke være et handlende subjekt (Thornquist, 2009, s. 231–232).

2.4.2 Dyspné og angst

Dyspné er det medisinske navnet på tungpust eller åndenød (Skjønsberg, 2021). Taylor (2013, s. 79) beskriver at trangen for å puste oppstår fra et nevralt nettverk i hjernestammen. De sensoriske reseptorene i respirasjonsmuskulatur mottar signaler og sørger for å sikre adekvat balanse mellom oksygenkrav- og behov. Dersom denne balansen

blir påvirket vil den kognitive bevisstheten stimulere frykt. Områder i amygdala som er assosiert med angst, emosjoner, hukommelse og oppførsel, blir aktivert. Dette kan fremme en unngåelsesatferd under fysisk aktivitet hos pasienter preget av dyspné. Basert på dette viser forskning at angst og panikkanfall har korrelasjoner med dyspné (Taylor, 2013, s. 78). En viktig rolle for fysioterapeuten er å formidle kunnskap for å fremme bevissthet og forståelse over strategier som kan lindre både dyspne og den assosierte frykten (Taylor, 2013, s. 79). Pusteteknikker, mestringsstrategier, angsthåndtering og funksjonelle aktiviteter er sentralt i den palliative tilnærming (Taylor, 2013, s. 72).

2.4.3 Mestring og motivasjon

Motivasjon er en samlebetegnelse på faktorer som setter i gang handlinger og som styrer atferden. Det første omtales ofte som motivasjonens energikomponent, som er det som setter oss i sving og som bestemmer innsats. Det andre handler om motivasjonens retning som er hvilke mål og valg vi setter oss (Teigen, 2020). Motivasjon henger ofte sammen med mestring. I litteraturen legges det vekt på at mestring består av komplekse prosesser knyttet til belastninger og endringer i livet (Eide & Eide, 2017, s. 47). Krisemestring innebærer å forholde seg til plutselige og store belastninger, som eksempelvis ved livstruende sykdom. En viktig kommunikativ oppgave er å hjelpe mennesker til å mestre sin livssituasjon bedre (Eide & Eide, 2017, s. 48).

3.0 Metode

I dette kapittelet presenteres metoden for oppgaven hvor vi inkluderer valg av metode, vitenskapsteori, forforståelse, informantutvalg, intervjuforberedelser og gjennomførelse. Det blir også gjort rede for etiske aspekt, transkribering og analyse. Denne bacheloroppgaven tar sikte på å undersøke fysioterapeuters erfaring rundt angst hos kreftpasienter i palliativ fase. På bakgrunn av dette valgte vi å ta for oss kvalitativ fenomenologisk metode ettersom dette omhandler menneskers erfaringer, opplevelser, verdier og samhandlinger (Malterud, 2021, s. 30).

3.1 Teoretisk perspektiv - det fortolkende paradigme

Denne bacheloroppgaven egnest seg best i det fortolkende paradigme ettersom at det er fokus på subjektivitet ovenfor objektivitet. I det fortolkende paradigme anerkjennes og undersøkes subjektet med forskeren som et sentralt medvirkende redskap, og en kan ha ulik oppfatning av verdenen avhengig av ståsted. Kvalitativ metode bygger på nettopp dette paradigmet (Malterud, 2021, s. 27). Det fortolkende paradigme består av hermeneutiske og fenomenologiske tradisjoner. Vår oppgave bygger på disse tradisjonene ettersom at vi tar utgangspunkt i fysioterapeuters erfaringer og tolker det informantene har fortalt oss. Fenomenologi omfatter forståelse av menneskers subjektive erfaringer og bevissthet (Malterud, 2021, s. 28–29). Den hermeneutiske erkjennelsestradisjonen handler om tolkning av meninger i et menneskelig uttrykk som utgangspunkt for forståelse. Den legger vekt på forholdet mellom deler og helhet og betydning av kontekst og selvrefleksjon (Malterud, 2021, s. 28).

3.2 Forforståelse

Forforståelsen er den ryggsekken av forkunnskap vi bringer med oss inn i oppgaven. Innholdet i ryggsekken påvirker måten vi samtaler, leser og tolker våre data. Forforståelsen er ofte en viktig side av vår motivasjon for å sette i gang med forskning rundt et bestemt tema, men den kan også føre til at vi går inn i forskningen med begrenset horisont. Til tross for dette har vi forsøkt å overholde nøytralitet under arbeidet for å unngå at vår forforståelse har i for stor grad hatt en påvirkning på analysen og resultatene våre

(Malterud, 2021, s. 44–45). Vår forforståelse bygger på undervisning på skolen samt personlige erfaringer. Basert på våre personlige erfaringer samt undervisning fant vi temaet interessant. Etterhvert som vi har tilegnet oss mer kunnskap fra forskning og litteratur, innså vi kompleksiteten av å ha både angst og en kreftdiagnose i palliativ fase. Vi har lite klinisk erfaring med denne pasientgruppen, og vi ser på dette som en mulighet for stort læringsutbytte om temaet.

3.3 Utvalg av informanter

Strategisk utvalg ble benyttet for å innhente mer data om fenomenet man vil vite mer om (Dalland, 2020, s. 59). Utvalget er sammensatt ut fra en målsetting om at materialet best mulig kan belyse problemstillingen vår (Malterud, 2021, s. 58). Utvalget ble bestående av tre aktuelle kandidater funnet gjennom foreleseren vi hadde i delemnet palliasjon. To av informantene jobber i spesialisthelsetjenesten og den tredje informanten jobber i kommunehelsetjenesten. På bakgrunn av at de jobber på forskjellige arbeidsplasser vil vi trolig oppnå økt variasjonsbredde i henhold til kunnskapsgrunnlaget. Malterud (2021, s. 59) hevder at variasjonsbredde vil også gi mulighet for å beskrive flere nyanser av ett og samme fenomen.

3.4 Intervjuforberedelser og gjennomførelse

Før intervjuene utarbeidet vi et samtykkeskjema (Vedlegg 2) som inneholdt informasjon om prosjektet. Det ble også utarbeidet en intervjuguide. Samtykkeskjemaet og intervjuguiden (Vedlegg 4) samt skjema om fysioterapiutdanningens orientering om bacheloroppgaven ble i forkant sendt ut til informantene (Vedlegg 1). På denne måten kunne informantene forberede seg på hva oppgaven omhandler. Samtykkeskjemaet ble undertegnet fysisk før intervjuene, og dette ble oppbevart av veileder under prosjektet. Vi utarbeidet også et skjema for bakgrunnsopplysninger (Vedlegg 5), hvor informantene kunne skrive kort om seg selv og deres erfaring og bakgrunn for å ivareta anonymiteten i transkripsjonsmaterialet. Dokumentene ble sendt til informantene gjennom e- post som vi mottok i retur med besvarelser på før intervjuene ble gjennomført. Intervjuguiden ble revidert etter tilbakemelding fra veileder og etter første intervju. For å undersøke erfaringene til fysioterapeutene har vi benyttet oss av et semistrukturert intervju. Semistrukturert intervju

er en intervjumetode som egner seg når vi vil gi deltakerne tid og rom til å hente frem erfaringer og overveielser (Malterud, 2021, s. 133). Vi avtalte på forhånd at en av oss skulle være ansvarlig for å intervju mens den andre skulle observere og stille oppfølgingsspørsmål. Vi byttet på rollen etter hvert intervju slik at vi begge fikk erfaring i å både intervju og observere. De tre informantene stilte til fysisk intervju hvor vi tok taleopptak av dem.

3.5 Etiske aspekt

For å få kunnskapen av informanter til å belyse vår problemstilling, er vi avhengige av tillit. Det er av den grunn viktig at menneskene det gjelder, opplever ivaretagelse når de bidrar til forskningsfeltet (Dalland, 2021, s. 167). Høgskulen på Vestlandet utarbeidet retningslinjer for forskningsarbeid som ble godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata, som vi aktivt benyttet oss av i denne bacheloren for å overholde anonymitet og taushetsplikt. Gjenkjennerbar informasjon ble anonymisert som for eksempel navn, navn på arbeidsplass og utdanningssted. I henhold til taushetsplikt står det i Helseforskningsloven (2008, §7) at "Enhver som får tilgang til helseopplysninger og andre personopplysninger som blir behandlet i et forskningsprosjekt skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysningene". Krav om informert samtykke er overholdt gjennom tilsendt samtykkeskjema, hvor tilstrekkelig informasjon til informantene ble gitt slik at de kunne ta stilling til om de ville bidra med sin kunnskap eller ikke (Malterud, 2021, s. 214). Gjennom samtykkeskjema ble de informert om at de til enhver tid har mulighet til å trekke samtykket tilbake. Lydopptakene ble lagret i passordbeskyttet pc og slettet umiddelbart etter transkripsjon.

3.6 Transkribering

Dataene våre ble transkribert til tekst for å gjøre materiale tilgjengelig for analyse (Vedlegg 6,7 og 8). Transkribering ble gjort etter hvert intervju for å ivareta det opprinnelig materialet på best mulig måte, slik at informantens erfaringer og meninger ble formidlet og oppfattet under datainnsamlingen (Malterud, 2021, s. 77). En må ta høyde for at vi ikke oppfatter eller forstår alt som ble sagt, for eksempel om en informant forteller en historie der vi mangler viktig kunnskap om forutsetningene for det som ble sagt. Det er dermed essensielt at vi

transkriberer etter beste evne, men at vi skal være forsiktig med å tolke for mye av det som ble sagt (Malterud, 2021, s. 78). Vi transkriberte halvparten av alle tre intervjuene hver. Etter transkripsjonen ble lydopptakene slettet.

3.7 Analyse

Analyse av kvalitativ data handler om å stille spørsmål til materialet, organisere data, og å kunne vise en målrettet reise fra problemstilling til resultater (Malterud, 2021, s. 91). For å analysere dataene og fremstille resultatene våre har vi valgt å ta i bruk systematisk tekstkondensering (SCT). Denne metoden er utviklet for å gi en enkel innføring i hvordan analyseprosessen kan gjennomføres systematisk og overkommelig (Malterud, 2021, s. 97). Før vi analyserte og transkriberte de semistrukturerte individuelle intervjuene leste vi oss opp på SCT som analysemetode. Malteruds metode består av fire analysetrinn:

I første trinn skal vi bli kjent med teksten og danne oss et helhetsinntrykk (Malterud, 2021, s. 99). Vi leste deretter gjennom tekstene for å så skrive ned foreløpige temaer, men vi gjorde ingen systematisering av resultatene utover funn av foreløpige temaer. Disse presenterte vi for hverandre i etterkant.

I andre trinn organiserer vi den delen av materialet som vi skal studere nærmere og legge resten til side. Deretter brukte vi tid på å drøfte hva vi mener med de foreløpige temaene vi har satt opp hver for oss, og hvordan disse kan belyse vår problemstilling. Vi innsamlet tre til fem reviderte foreløpige temaer, noe som dannet grunnlag for kodegrupper i analysetrinnet. Vi identifiserte og kartla meningsbærende enheter for å skille mellom relevant og ikke relevant tekst. Deretter ble det innført i en oversiktstabell under tilhørende kodegrupper. Dette besto av deler og sitater fra teksten som vi tenkte var relevant for å belyse problemstillingen vår (Malterud, 2021, s. 100–101).

I tredje trinn skal vi abstrahere den sorterte informasjonen som vi har etablert i andre analysetrinn, ved å identifisere og kode de meningsbærende enhetene. Her ble det dannet subgrupper som presenterer nyanser i kodegruppene. Kodegruppene og subgruppene skal deretter kondenseres med hensikt å få de meningsbærende enhetene mer lesbare. Vi

dannet 3-4 subgrupper til hver kodegruppe. Videre kondenserte vi innholdet i subgruppene slik at hovedpoenget ble tydeliggjort. Vi kom fram til at flere av subgruppene hadde likheter, og av den grunn ble det naturlig for oss å slå de sammen.

I siste og fjerde trinn skal materialet rekontekstualiseres. Vi ferdigstilte kondensatene ved å skrive de om til en sammenhengende tekst. Kondensatene skulle presentere våre funn og vi fremhevet hovedpoengene ved å ta i bruk sitater. Her presenterte vi likheter og ulikheter mellom informantene. Analysen ble avsluttet med sammenligning av transkripsjonsmaterialet for å kontrollere at resultatene stemte overens (Malterud, 2021, s. 108–109).

4.0 Resultater

I dette kapittelet vil resultatene fra datainnsamlingen presenteres. Etter analysen kom vi frem til tre kategorier: det kliniske bildet, fysioterapeutenes syn på tilnærming og forholdet mellom fysisk funksjon, angst og livskvalitet.

4.1 Presentasjon av informantene

Informanter	Presentasjon
Informant 1	Fysioterapeut i spesialisthelsetjenesten innenfor palliasjon. Tidligere erfaring innenfor geriatri, bedriftshelsetjenesten og med obstetrikk. Er spesialist i onkologisk fysioterapi. Har full lymfødemkompetanse. Jobbet med palliasjon for det meste av hennes aktive yrkeskarriere.
Informant 2	Fysioterapeut i spesialisthelsetjenesten innenfor palliasjon. Har grunnfag i psykologi, videreutdanning i veiledning og master i klinisk helsefag med fordypning i palliasjon. Tidligere arbeidserfaring i kommunehelsetjenesten med eldre og på rehabiliteringsavdelingen. Fikk jobb i palliativt team i 2008, jobbet der siden.
Informant 3	Ferdigutdannet i 2008. Jobbet på flere sykehjem etter turnus. Ble ansatt i kommunen i 2012 og med hovedfokus på palliative pasienter.

Tabell 1 Presentasjon av informantene

4.2 Det kliniske bilde

4.2.1 Symptomer

Ifølge informantene er det flere symptomer på ulike grader av angst som går igjen hos denne pasientgruppen. Informant 2 forteller:

“Engstelse er et veldig hyppig symptom som mange i denne pasientgruppen har. Det er helt naturlig å ha angst i en slik krevende og kritisk situasjon”.

Enkelte pasienter har eksempelvis beskrevet at de er urolig, sliter med pust og har mye muskulære spenninger. Kroppen kan derfor danne et nytt og ugunstig bevegelsesmønster

som en form for beskyttelsesmekanisme (Informant 3). Informant 2 beskriver et fleksjonspreg kombinert med veldig stram og forknytt muskulatur som et kjennetegn i møte med denne pasientgruppen. Hun forteller videre at autonome reaksjoner kan være uttrykk for angst. Informant 1 og 2 har erfart at svette, rødhet på halsen, gråting og skjelving er typiske autonome reaksjoner denne pasientgruppen opplever. Informantene forteller at det kan være utfordrende å skille mellom angst og uro og at dette kommer til uttrykk på ulikt vis. Informant 3 beskriver at fysioterapeutens tilnærming er det samme uavhengig av om det er angst eller uro, og at det ikke er så nøye hva en kaller disse symptomene. Informant 2 deler at det er en erkjennelse av at smerten ikke nødvendigvis trenger å være somatisk, fysisk utløst men at smerten kan henge sammen med psykisk og sosiale bekymringer. Informant 3 uttrykker at pasientene kan være redd for at sykdommen skal gjøre vondt, at de er redd for å dø eller redd for at de skal bli forlatt og at tap av funksjon også kan utløse angst.

4.2.2 Sammenhengen mellom smerte, dyspnè og angst

“Det er klart, mye smerter kan i seg selv være angstfremkallende (...)”, forteller informant 1. Informant 1 og 2 forteller at smerter, dyspne og angst henger sammen og er særlig fremtredende hos denne pasientgruppen. Informant 2 uttrykker blant annet at lungekreftpasienter har høyere score på angst enn andre fordi de kan være plaget med dyspnè. Informant 1 beskriver at hun tar i bruk en tungpust- modell under behandling som illustrerer sammenhengen mellom pusting, tenkning og funksjon. Hun forteller at modellen beskriver at redusert pustekapasitet kan føre til engstelse, som igjen kan føre til nedsatt funksjon. Videre beskriver hun et eksempel hvor engstelse i forhold til redusert pustekapasitet kan føre til nedsatt aktivitetsnivå og at det da er viktig å finne ut hvordan pasienten tenker rundt dette. Hvilke erfaringer har pasientene? Har de erfaring med panikkangst eller få tungpust anfall ved anstrengelse i situasjoner som er vanskelig?

4.2.3 Kartlegging

Informant 1 forteller at ESAS- skjemaet blir brukt på hennes avdeling som kartlegger symptomer av angst, smerter og dyspne. Hun forteller videre at ESAS- skjemaet er nyttig da den fanger opp symptomer som gjerne ikke ville kommet frem i en undersøkelse, som for eksempel angst. Informant 3 forteller: *“De fleste kartleggings skjemaer kan brukes på denne*

pasientgruppen avhengig av hvor de er i forløpet". Informant 3 forteller at det er hjemmesykepleien som har fokus på kartleggings skjemaet. Hun tar heller i bruk generelle funksjonstester som 6 minutters gangtest, TUG og SPPB som kartleggingsverktøy. Hun uttrykker at undersøkelsene er minst like optimale for denne pasientgruppen som for andre pasientgrupper. Informantene forteller at årsaken til at kartleggings skjemaer ikke blir systematisk benyttet av dem, er fordi at dette kan oppleves belastende for pasientgruppen med for mye undersøkelser. Informant 2 forteller at hun jobber intuitivt med pasientene. Kartlegging foregår ved å observere kroppslige uttrykk i tillegg til at hun får mye informasjon fra anamnesen. Det er her fysioterapeuter kommer inn og bruker kompetansen sin, forteller hun.

4.3 Fysioterapeutenes syn på tilnærming

4.3.1 Helhetlig tilnærming

Informant 2 forteller at det å se hele mennesket er utrolig viktig, og ikke bare fokusere på at pasienten har vondt i en skulder. *"Palliasjon er et felt hvor det er veldig grunnleggende å tenke helhetlig (...)"*, understreker informant 1. Informantene beskriver at angst og psykiske lidelser er fokusområder i palliasjon. Informant 3 forteller at en må møte pasientene der de er og ikke glemme at en er fysioterapeut. Hun forteller dermed at det ikke er hennes hovedoppgave som fysioterapeut å behandle angsten, men å jobbe med pasientens funksjon. Både informant 1 og 2 jobber tverrfaglig i et palliativt team. Det består blant annet av lege, sykepleier, sosionom, fysioterapeuter, prest, og periodevis en psykolog. Informant 3 forteller at hennes palliative team består av ergo- og fysioterapeuter.

"(...). Vi må hjelpe pasienten til å endre mål hele tiden og finne meningsfulle mål. Når målet ikke er å bli frisk igjen (...). Det å hjelpe å finne meningsfulle mål kan være utfordrende men det er kjempeviktig", forteller informant 1. Informant 2 forteller viktigheten av å være kreativ i palliasjon. Hun forteller videre at det ikke er noe oppskrift og at hun bruker alle verktøy fra verktøykassen som fysioterapeut. Informantene uttrykker at det gjerne ikke alltid blir benyttet typiske fysioterapi tiltak, men tiltak som for eksempel dansing, turgåing og tegning. Mye av behandlingen består også av typiske fysioterapeutiske tiltak som pusteteknikker, bruk av håndholdt vifte, avspenning og kroppsscanning. Videre har

informantene fokus på hvilestilling, finne underlaget, fjerne slim og kontrollere pust, særlig hvis pasientene opplever panikkangst og hyperventilering. Informant 2 formidler at all berøring og tilstedeværelse i seg selv også er et viktig tiltak i forhold til angst. Hun forteller videre at hennes fokus og mål under behandling er å roe ned det stressende nervesystemet for å kunne oppnå smertelindring og gode kroppslige opplevelser. Hun bruker seg selv under behandling, puster med pasienten og hun guider pasienten. Videre forteller hun at hvordan vi henvender oss kroppslig både med blick, berøring og stemmebruk påvirker pasienten.

4.3.2 Trygghet for å skape tillit

Informant 1 forteller at det viktigste vi gjør er å ta imot, lytte og trygge pasienten. Videre deler hun at dette kan være en utfordring fordi at det er kanskje kommunikasjon en er mest redd for når en går inn i palliasjon. Informant 2 forteller at hun bruker mye tid på å finne veien inn til pasienten. Hun forteller at dette er viktig for at en pasient skal kunne åpne seg opp for henne. Informant 2 forteller:

“Hva er veien inn til denne pasienten for å skape et fundament og en trygghet? Det er vanskelig å få en pasient til å åpne opp eller snakke (...), eller at jeg skal berøre pasienten hvis det er en utrygghet der, så det er utrolig viktig. (...)”

Informant 2 fortalte at hun hadde en pasient som var en ung afrikansk dame i 20 årene med kreft. Vedkommende lå kun i fosterstilling med generaliserte smerter. Sykehuset forsøkte all slags medikamentell behandling uten effekt, og informant ble spurt om å undersøke og kartlegge pasienten for å se om det var noe hun kunne bidra med. I starten var pasienten veldig lukket. Pasienten ønsket massasje på beina. Informanten forsøkte å massere oppover mot knærne, og på et tidspunkt stivnet pasienten til. Informanten trakk seg tilbake og ga pasienten rom. Dette var pasientens signal om at hun ikke kunne gå videre. Etter hvert i behandlingen kom det frem at pasienten hadde vært utsatt for traumer hvor hun blant annet hadde opplevd overgrep og observert foreldrene bli drept i krig. Pasienten fikk besøk av sin søster som jobbet i Norge, hvor hun fortalte at pasienten hadde stor interesse for dans. Informanten benyttet dette gradvis som et tiltak i behandling. Dette resulterte i at pasienten fikk utfolde seg, gi slipp, puste ned og få et (...) *friminutt i musikken* (Informant 2).

Informant 1 forteller videre at å gi rom for å både kunne snakke og å være stille, uten at det oppleves som truende, kan skape en trygghet. Informant 3 forteller at hun bruker tur som tiltak tidlig i pasientforløpet. Hun forklarer videre at er en veldig fin måte å bli kjent på da det gjør det lettere å kommunisere. Det er noe med maktforholdet mellom terapeut og pasient. Å sitte ovenfor et bord og skulle utlevere seg om sin sykdomssituasjon kan være utfordrende, men hvis man er ute og beveger på seg så kan det være enklere å betro seg om slike ting, beskriver hun.

4.3.3 Informantenes syn på medisinsk tilnærming

Informant 2 sier at det er ganske så medikamentelt styrt i palliasjon, og at helsepersonell tyr til medisiner istedenfor å prøve andre tiltak. Informant 1 forteller noe legen på avdelingen sier: *“Det er ikke medisiner eller medikamenter som er viktig her. Det er egentlig bare et middel for å kunne leve, for å kunne gripe fatt i det som er viktig og for å kunne være sammen med sine nærmeste”*. Videre forteller informant 1 at smertelindrende tiltak i form av medikamenter kan bidra til å dempe angsten. Imidlertid kan tiltak som massasje og avspenning også bidra til å dempe angst. En skal være obs på at medikamentene ikke demper så mye at det hindrer pasienten i å gripe fatt i viktige ting (informant 1).

Informant 1 forteller videre at det er flere som syntes at det er utfordrende å skille om kroppslig uro er medikamentelt utløst eller om det er andre faktorer som spiller inn. Informant 3 nevner at det er helt nødvendig med smertelindrende og angstdempende medikamenter. Hun deler at en pasient ikke bare kan tenke vekk en tumor og at hun ikke har møtt en kreftpasient som ikke har hatt behov for noe form for smertestillende. Informant 3 forteller videre at vi som fysioterapeuter har kanskje en illusjon om at vi har så mange teknikker som gjør at folk opplever smertelindring. Hun forteller at dette ikke er noe som vi kan fikse på egenhånd. I starten kan det som fysioterapeuter tilbyr være nok, men så forekommer det progress i sykdommen, som for eksempel en tumor som vokser, tumor som oppstår andre steder eller høycostal pust som et resultat av økt spenning og smerte. Derfor må pasientene ha en grunnlinje med smertelindring (Informant 3).

4.4 Forholdet mellom fysisk funksjon, angst og livskvalitet

Informantene meddeler at å fokusere på finne meningsfulle mål, tilpasse tiltak og øke livskvalitet er med på å opprettholde fysisk funksjon hos pasienten. Informant 3 forteller at hun ikke jobber direkte med angsten, men at hun jobber med fysisk funksjon. Informant 2 forteller:

“Det å få hjelp til å opprettholde fysisk funksjon av en trygg og kompetent fagperson er gullverdt for pasientene. (...) både inaktivitet og sykdomsutvikling er med på å redusere funksjon. (...) så det er veldig håpefullt og meningsfullt med fysioterapi for de fleste”.

Informant 3 forteller at en ikke skal glemme at vi er fysioterapeuter, og at en ikke må bli overveldet av pasientsituasjonene en kan stå i. En fallgrube i palliasjon er at en terapeut begynner å jobbe litt utover sitt fagfelt i den hensikt at en har så lyst å hjelpe. Videre forteller hun at det viktigste er å forsøke å holde det funksjonsnivået pasienten har og forbedre den, dersom det er mulig.

Informant 1 forteller at målet med palliasjon er livskvalitet. Informant 2 forteller at det kan oppstå tap og sorg knyttet til det som skjer kroppslig av funksjonsfall hos denne pasientgruppen. Informant 3 sier at pasienten ofte kan ha en distanse fra egen kropp fordi kroppen ikke fungerer som den har gjort før og den er ikke sånn som de vil at den skal være. Informant 3 forteller at angst, uro, redsel og sorg er fokusområder i palliasjon. Å ha fokus på hva som er viktig for pasienten for å holde livskvaliteten oppe er grunnleggende i behandling og at angsten ikke kan ta for stor plass (Informant 3). Hun deler videre at det krever enormt og det blir veldig begrensende kanskje å være så redd, som veldig mange pasienter er. Videre uttrykker informant 3:

“Også er det jo noe med å prøve å finne den motivasjonen, hvor ligger den hen og å være nysgjerrig på den. Mestringsstrategier henger jo ofte sammen med motivasjonen. Hvis du mestrer noe får du ofte motivasjon til å fortsette, men hvis oppgaven du får ikke gir mening for deg, hvorfor skal du da gjennomføre den?”

Informant 1 forteller at det å mestre kan virke angstdempende. Hun uttrykker videre at palliasjon handler om mestring, å mestre den situasjonen som er nå.

5.0 Drøfting

I dette kapittelet skal problemstillingen *“Hvilke erfaringer har fysioterapeuter knyttet til kreftpasienter med angst i palliativ fase?”* drøftes i lys av resultatene og litteraturen som er benyttet i denne oppgaven. Vi har valgt å diskutere de mest interessante funnene fra resultatkapittelet, og har derfor valgt å organisere materialet inn i nye underkategorier.

5.1 Det kliniske bildet

Det er enighet blant informantene at ulike grader av angst er fremtredende hos kreftpasienter i palliativ fase. Det er ulikt hvordan angst kommer til uttrykk hos pasientene. Det hevdes at det kommer til uttrykk gjennom uro, dyspné, autonome uttrykk og muskulære spenninger. Informantene forteller at symptomene ofte er sammensatt. For eksempel kan angst utløse smerter og smerter kan utløse angst (Informant 1). Dette gjenspeiles i en studie fra 2020 som viser høy prevalens for at smerte har en sammenheng med psykiatriske symptomer, hvor blant annet angst er et tema (Unselde et al., 2020). Det er også enighet hos informantene om at smerte, dyspne og angst henger sammen. Dette er i tråd med forskning som viser til at angst og panikkanfall har korrelasjoner med dyspné (Taylor, 2013, s. 78). Det antas at pasienter med dyspne kan utvikle negative assosiasjoner med fysisk aktivitet, da fysisk aktivitet kan være en utløsende faktor for dyspné.

Det er viktig at fysioterapeuter kjenner til disse symptomene ettersom at symptomene kan resultere i unntakelse av fysisk aktivitet (Taylor, 2013, s. 72). På bakgrunn av dette ser vi nødvendigheten av å kartlegge pasientens symptombylde. Under intervjuene fremkom det informativ informasjon om at det finnes kartleggingsskjema kalt ESAS. Skjemaet kartlegger blant annet symptomer på angst, dyspne og smerte. Skjemaet blir dog ikke systematisk benyttet av fysioterapeutene vi har intervjuet. Fordelen med skjemaet er at spørsmålene er konkret og danner et utgangspunkt for samtale om hvordan pasienten har det. Den er mye benyttet i norsk palliativ medisin (Loge, 2014, s. 646). Informant 2 og 3 benyttet seg ikke av ESAS- skjemaet under behandlingen på bakgrunn av at de ikke ønsket å belaste pasientene med flere undersøkelser. På den ene siden kan det tenkes at det er gunstig å benytte seg av et slikt kartleggingsskjema for å få et innblikk i hvor preget pasienten er av angst. På den

andre siden kan en tenke at det kan være unødvendig da vi kan få samme svar utfra en grundig undersøkelse, observasjon og anamnese. Slik vi ser det, kan et kartleggingsskjemaet kombinert med en god anamnese trolig være essensielt for å innhente nok informasjon og utforme tiltak ut fra pasientens ståsted.

5.2 Fysioterapeuters syn på tilnærming

5.2.1 Helhetlig tilnærming

Viktigheten av helhetlig tilnærming blir belyst i varierende grad. Informantene beskriver at angst og psykiske plager er fokusområder i fagfeltet palliasjon. Informantene fra spesialisthelsetjenesten, har økt fokus på helhetlig tilnærming. En må se det hele mennesket og ta utgangspunkt i pasienten. Tiltak skal oppleves meningsfullt for pasientene. En må derfor ta utgangspunkt i pasienten og se det hele mennesket. Av den grunn blir tiltak som ikke anses som typiske fysioterapeutiske tiltak benyttet, som eksempelvis dansing og tegning (Informant 2). På den andre siden forteller Informant 3 at en ikke må glemme at en er fysioterapeut. Hun fokuserte på pasientens funksjon og fortalte at det ikke var hennes hovedoppgave å behandle angsten. Slik vi ser det, kan både ulike arbeidssteder og arbeidserfaring ført til ulike tilnærminger hos informantene. Informant 1 og 2 jobber på sykehus, hvor det kan tenkes at pasientene ofte er i en kritisk tilstand ettersom at de er innlagt. Dette kan resultere i at pasientene gjerne er mer angstpreget enn de palliative pasientene som er i stand til å bo hjemme, som informant 3 arbeider med. I tillegg jobber informant 1 og 2 i et palliativt team. Dette gir dem trolig et innblikk i pasientenes totale livssituasjon i flere sammenhenger. I tillegg kan tilnærmingen til andre profesjoner ha hatt en påvirkning på fysioterapeutene. På bakgrunn av dette, er det trolig essensielt for fysioterapeuter å se funksjon i et større perspektiv enn det rent patologiske, uten at vi går utover vår profesjon.

Helhetlig tilnærming kan sees i sammenheng med ICF sitt klassifikasjonssystem, som har fokus på menneskers funksjon i et større perspektiv (Pran, 2007). Det kan tenkes at en kreftdiagnose sees i en biomedisinsk sammenheng. Slik vi ser det, er det essensielt å ha et fokus på de biopsykososiale faktorene som også pasienten kan være preget av ved en slik diagnose. Dette illustreres i pasienteksempelet informant 2 fortalte om. Det er nærliggende

å tro at miljøfaktorer- og de personlige faktorene har preget pasienten ettersom at hun har opplevd overgrep, krig og er diagnostisert med kreft. Hennes psykiske bakgrunn kombinert med kreftdiagnosen kan ha ført til inaktivitet og hennes generaliserte smerter, noe som igjen kan ha hatt en påvirkning på kroppsfunksjoner- og strukturer samt deltakelse i behandling. Faktorene sett i lys av ICF- modellen kan ha ført til at det var utfordrende å nå inn til denne pasienten i oppstartsfasen av behandlingen både verbalt og kroppslig. Dette ble tydelig for informant 2 da pasienten stivnet til under massasje, til tross for at pasienten ønsket denne type behandling.

På bakgrunn av komponentene som er presentert er det nærliggende å tro at miljøfaktorene og de personlige faktorene har preget pasienten. Dette illustrerer at fysioterapeuter trenger en gradvis tilnærming til pasientene ved kroppslig berøring da en ikke alltid vet hva pasientene har gjennomgått. Gjensidighetsforholdet mellom kropp og opplevelsesverden innebærer ikke bare at påkjenninger og erfaringer uttrykkes og nedfelles i kroppen, men at en også gjennom kroppslig tilnærming gjør noe med følelseslivet (Thornquist, 2009, s. 277–279). Det har vært økende fokus på komplementær behandling innen palliativ omsorg, hvor blant annet massasje er anbefalt dersom det lar seg gjøre (Amundsen & Karlsen, 2012). Det er antydnet flere positive fysiologiske virkninger av massasje som blant annet reduksjon av stresshormoner, stimulering av hormonet oxytocin og produksjon av endorfiner. Amundsen og Karlsen (2012) beskriver at berøring og massasje har en sentral plass i lindring av smerter, uro og angst i behandling. Indikasjon for behandling bestående av berøring og massasje er ofte muskelspenninger, overfladisk respirasjon og pustebesvær. På bakgrunn av den helhetlige tilnærmingen er det essensielt å finne meningsfulle mål og tilpasse tiltak i samråd med pasienten.

Informant 1 nevner at vi må hjelpe pasienten å kontinuerlig korrigere og endre mål når målet ikke er å bli frisk. Dersom urealistiske mål er satt, kan dette trolig føre til skuffelse og utvikling av angst (Simader, 2013, s. 115). Informant 2 deler at det ikke finnes noen oppskrift om hvilke tiltak som fungerer best for den enkelte pasienten. Videre nevner hun at dansing ble benyttet som tiltak. Til tross for at dette ikke er et tiltak som er typisk for fysioterapien, stimulerer dette til fysisk aktivitet. En studie bekrefter at fysisk aktivitet har dokumentert effekt på livskvalitet, psykososiale faktorer og fysisk funksjon (Heywood et al., 2018). Taylor

(2013, s. 72) definerer også at pusteteknikker, mestringsstrategier, angsthåndtering og funksjonelle aktiviteter er sentralt i den palliative tilnærmingen. Et eksempel på dette er at en fysioterapeut må kunne formidle kunnskap videre på en gunstig måte for å fremme bevissthet og forståelse over strategier som kan lindre både dyspnè og den assosierte frykten (Taylor, 2013, s. 79). Dette er i tråd med det informantene har nevnt. For å finne tilpassede tiltak og finne meningsfulle mål er kommunikasjon, trygghet og tillit trolig fremtredende faktorer.

5.2.2 Trygghet for å skape tillit

Informantene er samstemte i hvor grunnleggende det er å danne trygge rammer rundt pasienten for å skape tillit. Informant 2 forteller at dette er noe hun kan bruke tid på. En kan tenke at det vil være utfordrende å kommunisere eller gjennomføre tiltak med en pasient, dersom pasienten opplever utrygghet. Optimalt samarbeid forutsetter at begge parter erfaringer og kompetanse aktiviseres, og at partene har tillit til hverandre. Først da kan det etableres en felles forståelse som legger grunnlag for videre arbeid, jamfør Thornquist (2009, s. 67). Dersom vi tar utgangspunkt i informant 2 sitt pasienteksempel, får man et innblikk i hvordan hun opparbeidet tillit under behandlingen som resulterte i at pasienten fikk rom til å utfolde seg, puste ned og få et (...) *friminutt i musikken* (Informant 2). Informant 3 beskriver hvordan hun brukte tur som et tiltak i starten for å lettere bli kjent istedenfor å sitte rundt et bord ovenfor hverandre og utveksle informasjon. Dette kan etter vår mening, anses som en statisk tilnærming i enkelte pasientkontekster. Hun deler videre at dette handlet om maktforholdet mellom terapeut og pasient. Dette er i tråd med at forholdet mellom pasient og terapeut har en innebygd autoritetsstruktur, hvor det er viktig at en terapeut ikke misbruker makten sin (Thornquist, 2013, s. 30). På bakgrunn av dette sitter vi igjen med et inntrykk av at god effekt av behandling er avhengig av god kommunikasjon, trygghet og tillit.

5.2.3 Medisinsk tilnærming

På den andre siden av helhetlig tilnærming har informantene delt deres syn om medisinsk tilnærming. Informant 2 har blant annet uttrykt at hun mener at ting fortsatt er ganske medikamentelt styrt og at medisinen har for stor plass i behandling av palliative pasienter.

På den andre siden nevner informant 3 at det er helt nødvendig med smertelindrende og angstdempende medikamenter i palliasjon. I henhold til litteraturen er det større fokus på medikamentell behandling ved psykiske lidelser hos denne pasientgruppen, hvor norske allmennleger forskrev i 2005 og 2006 mer enn 50% antidepressiver til kreftpasienter i deres siste leveår (Loge, 2014, s. 645–647). På den ene siden fant vi en studie, hvor det nevnes at det er mangel på god effekt av medikamentell behandling for symptomer på angst hos palliative pasienter (Salt et al., 2017). I tillegg beskriver Loge (2014, s. 642) at medikamenter kan utløse angstsymptomer. På den andre siden gjenforteller informant 1 at legen på hennes avdeling sier at det ikke er medisiner eller medikamenter som er viktig. Det er egentlig bare et middel for å kunne leve, for å kunne gripe fatt i det som er viktig og for å kunne være sammen med sine nærmeste. Det kan tenkes at psykiske lidelser blir i liten grad fanget opp hos denne pasientgruppen som et resultat av det medisinske fokuset (Loge, 2014, s. 645). Slik vi ser det kan psykiske lidelser lettere fanges opp ved et mindre medisinsk fokus. Vi anser likevel medikamentell behandling som nødvendig til en viss grad, hvor det ikke har en negativ påvirkning på både pasientens livskvalitet og funksjon.

5.3 Forholdet mellom fysisk funksjon, angst og livskvalitet

Informant 1 forteller at målet med palliasjon er god livskvalitet. Dette samsvarer med målene Kreftforeningen har satt for palliasjon, hvor en må etterstrebe god symptomlindring, pleie, omsorg og livskvalitet til pasienter med uhelbredelig kreftsykdom (Kreftforeningen, u.å.c). Retningslinjene for palliasjon viser at ivaretagelse av fysisk funksjon og smertelindring er viktige faktorer for livskvalitet hos de fleste pasientene som omfatter angst og uro (Frantzen et al. 2019, s. 14). Ofte er det knyttet sorg og tap til det som skjer kroppslig hos denne pasientgruppen. I litteraturen beskrives nettopp dette, hvor Simader (2013, s. 111) skriver at tap av funksjon kan føre til tap av kontroll over sin egen kropp som igjen kan skape frykt og angst hos pasienten. Informant 3 hevder at fokus på hva som er viktig for pasienten for å holde livskvaliteten oppe, er grunnleggende i behandling og at angsten ikke bør ta for stor plass. Informant 3 forteller at hun ikke jobber direkte med angsten, men har fokus på funksjon. Hun sier at bevegelse som tiltak kan ha en indirekte effekt på angsten. Informant 2 forteller at både inaktivitet, behandling og sykdomsutvikling er med på å redusere funksjonen til pasienten. Pasientene opplever fysioterapi som håpefullt og meningsfullt med

tanke på å opprettholde funksjon og selvstendighet (Informant 2). Studien av Heywood (2018) bekrefter nettopp dette, hvor fysisk aktivitet har positiv effekt på fysisk funksjon og livskvalitet hos kreftpasienter.

Mestringsbegrepet spiller trolig en sentral rolle i henhold til å mestre livssituasjonen pasienten står i. Informant 1 har fokus på at det å mestre kan virke angstdempende, og palliasjon handler om å mestre situasjonen som pasienten er i. I litteraturen legges det vekt på at mestring består av komplekse prosesser knyttet til belastninger og endringer i livet (Eide & Eide, 2017, s. 47). Det antas at mestring har en sammenheng med motivasjonsbegrepet. Informant 3 forteller at mestringsstrategier ofte henger sammen med motivasjon da en blir motivert når en mestrer en oppgave. Teigen (2020) definerer motivasjon som en samlebetegnelse på faktorer som setter i gang og som styrer atferden i mennesker. På bakgrunn av dette kan det tenkes at tiltak som fører til mestring, økt livskvalitet og motivasjon bør ha økt fokusområder for å optimalisere behandling.

5.4 Metodedrøfting

5.4.1 Valg av metode og evaluering av informantutvalg

Vi valgte å benytte kvalitativ metode ettersom at kvantitative metoder bygger på data i form av tall, som ikke hadde vært tilstrekkelig for å utforske menneskers erfaringer (Malterud, 2021, s. 33). Vi har gjennomført semistrukturerte intervjuer for å innhente erfaringsbasert kunnskap om angst hos kreftpasienter i palliativ fase, og mener derfor at denne tilnærmingen var godt egnet for å besvare problemstillingen. Gjennomføring av strategisk utvalg har trolig gitt oss økt variasjonsbredde, noe som styrker oppgaven ettersom at informantene har ulik erfaring som kan belyse flere nyanser av problemstillingen. To av informantene jobbet på spesialiserte avdelinger innenfor palliasjon og den siste jobbet i kommunehelsetjenesten med hovedansvar for palliasjonspasienter. Dette er faktorer som betraktes som styrker i vår oppgave.

5.4.2 Bearbeiding av data og analyse

Vi transkriberte innholdet i intervjuene uten å utelate småord, stamming og lignende. I ettertid ser vi at vi kunne gjort teksten mer leservennlig ved å fjerne disse elementene, men vi vurderer likevel vår ord-for-ord transkribering som hensiktsmessig ettersom at det førte til en unik nærhet til vårt eget materiale. Vi benyttet oss av Malterud sin metode for systematisk tekstkondensering. Dette gir nybegynnere en enkel innføring i hvordan analyseprosessen kan gjennomføres på en systematisk og overkommelig måte (Malterud, 2021, s. 97). For å ikke trekke resultater ut av kontekst var vi grundig med å ofte sammenligne dekontekstualiseringen opp mot transkripsjonene. Det at vi var to personer som samarbeidet med analysene er en styrke for studien. Vi opplevde det å være to som positivt for vår oppgave. Sammen med en annen forsker kan en få øye på detaljer som en ikke ser alene. På bakgrunn av dette er det en stor fordel å gjennomføre analysen sammen med en annen forsker (Malterud, 2021, s. 100). Det var nyttig å kunne diskutere materialet og metoden sammen og komme med forskjellige synspunkt. Malterud (2021, s. 100) hevder at dersom to forskere samarbeider i analysearbeidet, vil det skape rom for flere nyanser i diskusjonen. Etter å ha gjennomført analysen så vi derimot at alle de tre kategoriene kan overlape hverandre.

5.4.3 Validitet og refleksivitet

Å validere er å stille aktive spørsmål om kunnskapens gyldighet. I all forskning bør vi stille oss spørsmål om metoden vi har brukt representerer en logisk vei til kunnskap for å belyse problemstillingen vår (Malterud, 2021, s. 192). Vi stilte oppfølgingsspørsmål under intervjuene for å utdype erfaringene som kom frem. Dette ble utført for å enten bekrefte eller avkrefte våre oppfatninger. Da dette var første gang vi gjennomførte intervjuer er det mulig at vi ble litt for styrt av intervjuguiden som resulterte i at vi muligens ikke stilte nok oppfølgingsspørsmål. Dette kan ha resultert i at vi ikke har fått tilstrekkelig informasjon. Vi er oppmerksom på at informantutvalget vårt ikke er representativt for alle fysioterapeuter, men vi ser likevel at resultatene våre bidrar med kunnskap. Vi har forsøkt å stille spørsmål til egne tolkninger og valg underveis for å tilstrebe refleksivitet i vår oppgave. Malterud (2021, s. 192) beskriver at refleksivitet handler om å utvikle motforestillinger og argumenter der vi ser våre beslutninger og tolkninger i henhold til alternative muligheter.

6.0 Konklusjon

Formålet med denne oppgaven var å rette søkelys på fysioterapeuters erfaringer knyttet til angst hos kreftpasienter i palliativ fase. I denne oppgaven fremkommer det at terapeutenes fokus er å fremme funksjon og forhindre tap av livskvalitet som følge av angst- og kreftdiagnosen. Hos pasienter i en slik sårbar fase i livet, har vi lært at det ikke finnes noe fasit for hva som fungerer for den enkelte i forløpet. Det er viktig å finne et felles ståsted med pasienten og ta utgangspunkt i det. Viktigheten av meningsfullhet ved utforming av mål og tiltak blir belyst. Det fremkommer at elementer som helhetlig tilnærming og å bruke god tid på individuell tilpasning til hver enkelt pasient er viktig, noe som er aktuelt for alle pasientgrupper. Erfaringer fra informantene, litteratur og forskning viser at tiltak som blant annet fysisk aktivitet og massasje er viktige for denne pasientgruppen da funn viser positiv effekt på både kreft- og angstdiagnosen.

Det ble funnet likheter og forskjeller hos de ulike informantene. Et funn var blant annet at fysioterapeutene jobbet ulikt med tanke på tverrfaglighet og at dette kan ha påvirket hvordan fysioterapeutene tilnærmer seg pasientgruppen. Det er enighet blant informantene om at kommunikasjon og trygging av pasientene er grunnleggende elementer i behandling. Informantene våre har bidratt med erfaringer og kunnskap som vi vil ta med oss videre i vår egen kliniske fagutøvelse. Likeledes opplever vi viktigheten av fysisk aktivitet, tilpassede tiltak, meningsfulle mål, motivasjon, mestring, livskvalitet, trygghet og god kommunikasjon som gode fundamentet i behandlingen. Vi har lært at dette er et komplekst og omfattende tema hvor det er nærliggende å anta at det er behov for mer forskning og oppmerksomhet fra et fysioterapeutisk ståsted.

Litteraturliste

Amundsen, I. V. & Carlsen, B. (2012). Lindring av uro i palliativ fase av kreftsykdom.

Fysioterapeuten. 79(9), 30–32.

Bauz-Holter, E. (2014). Rehabilitering. A. A. Dahl, T. F. Aarre & J. H. Loge (Red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom* (s. 390–405). Cappelen Damm.

Dahl, A. A. (2014). Grunnlaget for psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom. A. A. Dahl, T. F. Aarre & J. H. Loge (Red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom* (s. 31–42). Cappelen Damm.

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.

Eide, T & Eide, H. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal.

Frantzen, T. L., Huun, A.S & Baklien, E. L. (2019, oktober). *Retningslinjer for fysioterapi for til pasienter i palliativ fase*. <https://helse-bergen.no/seksjon/KLB/Documents/Fysio-og%20ergoterapeutar/Retningslinjer%20fysioterapi%20i%20palliasjon.pdf>

Helseforskningsloven. (2008). *Loven om medisinsk og helsefaglig forskning*.

(LOV-2008-06-20-44). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2008-06-20-44>

Heywood, R., McCarthy, A. L. & Skinner, T. L. (2018). Efficacy of exercise interventions in patients with advanced cancer: A systematic review. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 99(12), 2595–2620. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2018.04.008>

Jennings, R. (2013). Who is the palliative care physiotherapist? I J. Taylor, R. Simader & P. Nieland (Red.), *Potential and Possibility: Rehabilitation at end of life* (s. 4–10).

Elsevier.

Kolva, E., Rosenfeld, B., Pessin, H., Breitbart, W., Brescia R. (2011). Anxiety in terminally ill cancer patients. *Journal of pain and symptom management*, 42(5), 691–701. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.01.013>

Kreftforeningen. (u.å.a). *Kreft i Norge*.

<https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreft-i-norge/>

Kreftforeningen. (u.å.b). *Lindrende behandling i livets slutfase*.

<https://kreftforeningen.no/om-kreft/behandling/lindrende-palliativ-behandling/#lindrende-behandling-i-livets-slutfase>

Kreftforeningen. (u.å.c). *Lindrende/palliativ behandling*.

<https://kreftforeningen.no/om-kreft/behandling/lindrende-palliativ-behandling/>

Lid, T. G. (med Sivertsen, T. S. Haavet, O. R. Straand, J. Torske, H.). (2013). Psykiske forstyrrelser og atferdsvansker. I S. Hunskår (red.), *Allmennmedisin*. (s. 456–513). Gyldendal.

Lippka, M. M. (2013). Communication in palliative care: an introduction. I J. Taylor, R. Simader & P. Nieland (Red.), *Potential and Possibility: Rehabilitation at end of life* (s. 151–158). Elsevier.

Linden, W., Vodermaier, A., Mackenzie, R & Greig, D. (2012). Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age. *Journal of affective disorders*. 141(2-3), 343–351.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.03.025>

Loge, J. H. (2014). Kreftsykdommer. I A. A. Dahl, T. F. Aarre, J. H. Loge (Red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom* (s. 632–649). Cappelen Damm.

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

Pran, F. (2007). ICF - Et felles språk for funksjon. *Fysioterapeuten*, 74(7), 24–26.

Salt, S., Mulvaney, A. C. & Preston, N. J. (2017). Drug Therapy for symptoms associated with anxiety in adult palliative care patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004596.pub3>

Simader, R. (2013). Anxiety in the context of palliative physiotherapy. I J. Taylor, R. Simader & P. Nieland (Red.), *Potential and possibility: Rehabilitation at end of life* (s. 109–116). Elsevier.

Skjønsberg, O. H. (2021, 26. februar). Dyspné. I *Store norske leksikon*.
<https://sml.snl.no/dyspn%C3%A9>

Taylor, J. (2013). Breathlessness and fear. I J. Taylor, R. Simader & P. Nieland (Red.), *Potential and possibility: Rehabilitation at end of life* (s. 72–80). Elsevier.

Teigen, K. H. (2020, 13. mars). Motivasjon. I *Store norske leksikon*.
<http://snl.no/motivasjon>

Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg.). Gyldendal.

Unsel, M., Zeilinger, E. L., Fellingner, M., Lubowitzki, S., Krammer, K., Nader, I. W., Hafner, M., Kitta, A., Adamidis, F., Masel, E. K., Preusser, M., Jäger, U & Gaiger, A. (2020). Prevalence of pain and its association with symptoms of post-traumatic stress disorder, depression, anxiety and distress in 846 cancer patients: A cross sectional study. *Journal of the psychological, social and behavioral dimensions of cancer*. 30(4), 504–510. <https://doi.org/10.1002/pon.5595>

Vedlegg

Vedlegg 1 - Orientering om bacheloroppgaven

ORIENTERING OM BACHELOROPPGAVEN (STUDENTKULL F19)

Bacheloroppgaven utgjør en del av avsluttende eksamen i fysioterapi. Dette er en selvvalgt oppgave som skal bygge på kunnskaps- og teorigrunnet i bachelorutdanningen i fysioterapi. Emne og problemstilling skal godkjennes av høgskolen. Studenten er selv ansvarlig for oppgavens innhold.

Praksiskontakt

Dersom studenten velger et emne som er praksisrelatert, vil det å etablere nødvendig praksiskontakt inngå som en del av arbeidet med bacheloroppgaven. Høgskolen ønsker at studentene skal få adgang til å innhente informasjon som er relevant for bacheloroppgaven gjennom kontakt med fagpersoner i det aktuelle praksisfeltet, Informasjonsinnhenting vil primært være i form av intervjuer. *Studentene kan ikke utføre arbeid/gjennomføre prosjekter som krever godkjenning av REK.*

Tidsrammer

Studenten skal arbeide selvstendig med bacheloroppgaven i tidsrommet 28.03.22 – 14.05.22. Innleveringsfristen er 16.05.22. Det er i hovedsak de første ukene av denne perioden at studentene skal ha kontakt med praksisfeltet, men noen ønsker også å innhente data før dette.

Covid-19

Intervjuet kan foregå digitalt eller ved fysisk møte. Dette er opp til hva som er ønskelig fra praksisstedet og de lokale/nasjonale regler som gjelder på det aktuelle tidspunkt i forhold til smittesituasjonen.

Veiledningsansvar

Det er høgskolen som har veiledningsansvar for arbeidet med bacheloroppgaven, og hver student eller studentgruppe har en av høgskolens ansatte som veileder.

Etiske og juridiske retningslinjer

Alle studentene har underskrevet taushetsløfte. Studentene er kjent med etiske og juridiske retningslinjer som gjelder ved denne type oppgaveskriving, herunder krav om innhenting av tillatelse og informert samtykke og om anonymisering ved bruk av/innhenting av persondata/pasientdata. Felles meldeskjema er vurdert og godkjent av NSD.

Informert samtykke

Studenten skal innhente skriftlig informert samtykke fra aktuelle informanter før datainnsamlingen kan påbegynnes. Samtykkeskrivet skal være godkjent av veileder på forhånd.

Med vennlig hilsen

Mona Kristin Aaslund

Førsteamanuensis og emneansvarlig for Bacheloroppgave-emne
Institutt for helse og funksjon, Fysioterapeututdanningen
Høgskulen på Vestlandet

Vedlegg 2 - Forespørsel om deltagelse i bachelorprosjekt

Vil du delta i bachelorprosjektet

Kreftpasienter i palliativ fase

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke fysioterapeuters erfaringer med angst hos kreftpasienter i palliativ fase. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet er å systematisk innhente fysioterapeutisk erfaring og kunnskap knyttet til denne gruppen. En stor prosentandel av kreftpasienter i palliativ fase rammes av en angstlidelse, og vi har lyst å finne ut hvordan fysioterapeuter kan gi optimal behandling til denne pasientgruppen. Problemstillingen våres er dermed følgende: "Hvilke erfaringer har fysioterapeuter knyttet til kreftpasienter med angst i palliativ fase?"

Dette prosjektet vil utgjøre bacheloroppgave i fysioterapi.

Opplysningene som samles inn skal ikke brukes til andre formål enn skissert i dette prosjektet

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskulen på Vestlandet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du spørres om å delta i prosjektet fordi du er fysioterapeuter og har erfaring med.....

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at jeg/vi vil gjennomføre et intervju med deg. Det er utarbeidet en intervjuguide som omhandler spørsmål om dine erfaringer om det aktuelle tema. Vi vil stille spørsmål om dine erfaringer rundt denne pasientgruppen, hvilke utfordringer du har møtt, hvilke tiltak som blir tatt i bruk osv. Det vil ta deg ca 30-60 min. Vi tar lydopptak og notater fra intervjuet.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Kun jeg som student vil ha tilgang til dataene.

Lydopptaket vil lagres i passordbeskyttet pc, og slettet etter transkripsjon. Navn og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres innelåst og adskilt fra øvrige data.

Ingen vil kunne gjenkjenne deg i den skriftlige teksten.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres i bacheloroppgaven, alle andre data slettes når bacheloroppgaven godkjennes (senest ved utgangen av august 2022).

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskulen på Vestlandet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Bachelorstudent 1:
- Bachelorstudent 2:
- Veileder:
- Høgskulen på Vestlandet ved prosjektansvarlig førsteamanuensis Mona K. Aaslund, mokra@hvl.no
- Vårt personvernombud: Trine Anniken Larsen, personvernombudet@hvl.no

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

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

Med vennlig hilsen

(Veileder og lærer ved fysioterapeututdanningen)

(Student)

Vedlegg 3 - Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Fysioterapeuter og angst hos kreftpasienter i palliativ fase*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4 - Intervjuguide

Intervjuguide

“Hvilke erfaringer har fysioterapeuter knyttet til kreftpasienter med angst i palliativ fase?”

Tema	Spørsmål
Uformell prat: 1. Fortelle kort om hvem vi er, vår utdanning og hva vår oppgave handler om 1. Be om samtykke	Er det greit om vi tar lydopptak av samtalen til senere bruk?
Informantens bakgrunn	Hva fikk deg til å velge å jobbe med kreftpasienter i palliativ fase?
Pasientgruppen	Har dere inntrykk av hvem som har mye angst? Er det noe som kjennetegner pasientene med angst? Underspm: For eksempel store smerter? Har du tenker om at angstplager er noe som er godt opplyst om og prioritert?

Fysioterapeutens erfaringer	<p>Hvordan jobber du for å hjelpe denne pasientgruppen ift. angst?</p> <p>Hvilke tiltak har du erfaring med at fungerer for angstproblematikk hos denne pasientgruppen?</p> <p>Hvilke utfordringer møter du under behandling av kreftpasienter i palliativ fase.</p> <p>Under spm: Har du lyst å dele spesifikke hendelser?</p>
Tiltak/behandling	<p>Brukes det noe form for kartleggingsskjema i forhold til angst for denne pasientgruppen, i så fall hva er fordelene med det?</p> <p>Har du andre tiltak som kan være relevant?</p>
Tverrfaglig samarbeid	<p>Hvilke profesjoner er en del av palliativt team?</p> <p>Hvilke fordeler er det å jobber tverrfaglig i forhold til denne pasientgruppen?</p>
Avslutning	<p>Hvis du skal oppsummere kort, hva er de viktigste elementene å ta med i behandling og utforming av tiltak til kreftpasienter i palliativ fase, erfaringsbasert?</p> <p>Har du noe å tilføre som du tenker er relevant for vår oppgave?</p> <p>Kan vi kontakte deg dersom det er andre opplysninger vi oppklaring i?</p>

Vedlegg 5 - Bakgrunnsopplysninger

Skjema for bakgrunnsopplysninger om informant

Kan du skrive litt om deg selv?	Svar:
Hvilken bakgrunn har du?	Svar:
Hvor lenge har du jobbet med denne pasientgruppen?	Svar: