



MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS

Akademien för hälsa, vård och välfärd

FYSIOTERAPEUTERS UPPLEVELSER AV ATT BEMÖTA PATIENTER MED MUSKULOSKELETAL SMÄRTA OCH RÄDSLÄ-UNDVIKANDE BETEENDE

En kvalitativ intervjustudie

MADELEINE ARRENIUS

ELIN LÖFVING

Huvudområde: Fysioterapi

Nivå: Grundnivå

Högskolepoäng: 15 hp

Program: Fysioterapeutprogrammet

*Kursnamn: Fysioterapi: Examensarbete med
inriktning mot beteendemedicin*

Kurskod: FYS010

Handledare: Anna Ullenhag

Examinator: Maria Elvén

Seminariedatum: 2020-02-12

Betygsdatum: 2020-04-06

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Muskuloskeletal smärta är den vanligaste orsaken till dysfunktion globalt sett. Detta kan leda till ett rädsla-undvikande beteende hos patienten. Ett sätt att bemöta denna patientgrupp är att integrera det biopsykosociala synsättet. Tidigare forskning har visat att det finns en osäkerhet bland fysioterapeuter i användningen av detta.

Syfte: Att undersöka fysioterapeuters upplevelser av att bemöta patienter med muskuloskeletal smärta och rädsla-undvikande beteende.

Metod: En kvalitativ deskriptiv intervjustudie med ett ändamålsenligt urval av fysioterapeuter med en beteendemedicinsk inriktning verksamma inom primärvården. Datamaterialet analyserades enligt en kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats.

Resultat: Ur analysprocessen framkom fyra kategorier gällande bemötande av patienter med muskuloskeletal smärta och rädsla-undvikande beteende: karaktäristiska beteenden hos patienterna, framgångsrika strategier, befintlig kunskap i att hantera denna patientgrupp samt socioekonomiska skillnader.

Slutsats: Informanterna i studien upplevde att det var viktigt att se till helheten vid bemötandet av patienter med muskuloskeletal smärta och rädsla-undvikande beteende men på grund av osäkerhet kunde alltför komplexa patientfall bli svårbehandlade som fysioterapeut. Detta pekar på ett behov av fortsatt utbildning gällande integrering av det biopsykosociala synsättet för att fysioterapeuter ska känna sig säkra i hur de ska bemöta denna patientgrupp.

Nyckelord: Rädsla, Undvikande, Fysioterapi, Smärta, Primärvården.

ABSTRACT

Background: Musculoskeletal pain are worldwide the most common cause of dysfunction. This can lead to a fear-avoidance behavior for the patient. One way to treat this group of patients is to use a biopsychosocial approach. Previous research has shown an uncertainty among physiotherapists to use this approach.

Aim: To explore physiotherapists' experiences of treating patients with musculoskeletal pain and fear-avoidance behavior.

Method: A qualitative descriptive interview study with an appropriate selection of physiotherapists with a behavioral medicine approach, operative in the primary care. The collected data was analyzed according to a qualitative content analysis with an inductive approach.

Result: From the analyze process appeared four categories in terms of the treatment of patients with musculoskeletal pain and fear-avoidance behavior: typical behavior of the patients, successful strategies, existing knowledge to treat this group of patients and socioeconomic differences.

Conclusion: The informants of the study experienced the importance to treat patients with musculoskeletal pain and fear-avoidance behavior with a holistic perspective. Due to uncertainty, too complex patients could be difficult to treat as a physiotherapist. This indicates a need of further education in the area, in order to make physiotherapists' feel confident in how to treat this group of patients.

Keywords: Fear, Avoidance, Physiotherapy, Pain, Primary care.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	BAKGRUND	3
1.1	Definitionen av smärta	3
1.2	Muskuloskeletal smärta	3
1.2.1	<i>Behandling av muskuloskeletal smärta</i>	4
1.3	Rädsla-undvikande modellen	5
1.4	Biopsykosociala modellen	6
1.5	Problemformulering	8
2	SYFTE	8
3	METOD OCH MATERIAL	8
3.1	Design	8
3.2	Urval	9
3.3	Datainsamling	9
3.4	Tillvägagångssätt	10
3.5	Dataanalys	10
3.6	Etiska överväganden	13
4	RESULTAT	14
4.1	Karaktäristiska beteenden hos patienterna	15
4.1.1	<i>Negativa förväntningar</i>	15
4.1.2	<i>Generell oro</i>	15
4.1.3	<i>Tydligt undvikandebeteende</i>	15
4.1.4	<i>Hantering av smärta</i>	16
4.2	Framgångsrika strategier	16
4.2.1	<i>Anpassad träning</i>	16
4.2.2	<i>Information</i>	17
4.2.3	<i>Kommunikation</i>	17
4.2.4	<i>Lägga ner mer resurser</i>	17
4.2.5	<i>Fokus på helhet</i>	18
4.2.6	<i>Samverkan mellan professioner</i>	18

4.3	Befintlig kunskap i att hantera denna patientgrupp	18
4.3.1	<i>Värdefull kunskap</i>	19
4.3.2	<i>Brist i att kunna kommunicera viktig information.....</i>	19
4.3.3	<i>Osäkerhet vid komplexa patientfall.....</i>	20
4.4	Socioekonomiska skillnader	20
5	DISKUSSION	21
5.1	Resultatsammanfattning.....	21
5.2	Resultatdiskussion	21
5.3	Metoddiskussion.....	24
5.3.1	<i>Design</i>	24
5.3.2	<i>Urval.....</i>	25
5.3.3	<i>Datainsamling</i>	25
5.3.4	<i>Tillvägagångssätt.....</i>	26
5.3.5	<i>Dataanalys</i>	27
5.4	Etikdiskussion.....	28
6	SLUTSATSER.....	28
7	KLINISK BETYDELSE OCH VIDARE FORSKNING.....	29
	REFERENSLISTA	30
	 BILAGA A – SEMISTRUKTURERAD INTERVJUGUIDE	
	 BILAGA B – INFORMATIONSBREV	

1 BAKGRUND

Muskuloskeletal smärta är den vanligaste orsaken till dysfunktion globalt sett (Babatunde et al., 2017). Enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (2006) är prevalensen för långvarig smärta i Sverige mellan 40–55 %. Storbritannien och Australien har liknande prevalens, 47–51 %. Babatunde et al. (2017) beskriver att dessa besvär oftast behandlas inom primärvården, där fysioterapeuter kan vara en av de första instanserna dessa patienter möter.

1.1 Definitionen av smärta

Enligt International association for the study of pain (IASP) definieras smärta som “smärta är en obehaglig sensorisk och emotionell upplevelse förenad med verklig eller möjlig vävnadsskada eller beskriven som sådan skada” (Norrbrink & Lundeberg, 2014, s. 11). Vidare beskriver Norrbrink och Lundeberg (2014) att smärtupplevelsen är subjektiv och individuell. Det är därför inte möjligt att jämföra smärta mellan individer och det finns ingen metod för att mäta smärta objektivt. Smärtupplevelsen behöver nödvändigtvis inte vara relaterad till aktiviteten i nociceptorerna, med andra ord behöver inte patientens smärtupplevelse motsvara den patologiska skadan. Graden av upplevd smärta påverkas av ett flertal faktorer, såsom fysiska, sociala och psykologiska faktorer som exempelvis tidigare erfarenhet, ålder och kön. (Norrbrink & Lundeberg, 2014).

Enligt Norrbrink och Lundeberg (2014) kan smärta klassificeras utifrån tid och orsak. Klassificering av tid delas upp i akut och långvarig smärta. Akut smärta uppstår i samband med uppkommen skada eller hot om skada och är en viktig varningssignal för skydda sig själv. Tolkning av akut smärta ger fysiologiska reaktioner, exempelvis svettningar och ökad muskelaktivitet. Den ursprungliga smärtan kan förstärkas av ångest, oro och rädsla. När orsaken inte längre finns kvar försvinner oftast den akuta smärtan men om den akuta smärtan inte går över kan den istället bli långvarig. Efter 3–6 månader räknas smärtan som långvarig. Långvarig smärta kan vara både kontinuerlig och intermittent. Detta kan leda till långvarigt smärtsyndrom som påverkar flera av kroppens system vilket i sin tur påverkar daglig aktivitet, sinnesstämning, delaktighet och många andra faktorer som kan leda till försämrade livsaspekter såsom social isolering och försämrad livskvalitet. Smärta kan även klassificeras utifrån orsak: nociceptiv, neuropatisk eller idiopatisk smärta. Denna studie kommer att inrikta sig på nociceptiv smärta vilket omfattar muskuloskeletal smärta. (Norrbrink & Lundeberg, 2014).

1.2 Muskuloskeletal smärta

Definitionen av nociceptiv smärta, vilket innefattar muskuloskeletal smärta, är enligt IASP “smärta som uppstår av en faktiskt eller hotande skada på en annan vävnad än nervvävnad och som beror på aktivering av nociceptorer” (Norrbrink & Lundeberg, 2014, s. 51). Muskuloskeletal smärta kan lokaliseras i muskulatur, leder, ligament och sensorer. Orsaken till

muskuloskeletal smärta kan variera mellan inflammatoriska, degenerativa och ischemiska processer. (Norrbrink & Lundeberg, 2014).

1.2.1 Behandling av muskuloskeletal smärta

Babatunde et al. (2017) beskriver att de flesta behandlingar mot muskuloskeletal smärta anses ha ett svagt till medelmåttigt evidensvärde och ge en kortvarig effekt, med ett brett spann där vissa patienter svarar bättre på vissa behandlingar än andra. Exempelvis var fysisk aktivitet som behandling fördelaktigt för att minska smärta och öka funktion. Funktionell träning med inriktning mot patientens vardag, var mer fördelaktigt än träning utan koppling till funktion. Enligt Babatunde et al. (2017) var däremot evidensen för behandling med farmakologiska läkemedel medelmåttig till stark men gav dock endast en kortvarig effekt. Det finns således bristande evidens för behandlingar med effekter på lång sikt för dem som fortfarande besväras av smärta efter 6 till 12 månader efter deras första vårdkontakt.

Holopainen et al. (2020) beskriver riktlinjer som rekommenderar att muskuloskeletal smärta ska behandlas utifrån ett biopsykosocialt perspektiv. Babatunde et al. (2017) förklarar evidensläget för behandling vid muskuloskeletal smärta med att det finns starka rekommendationer att rådgivning om självhantering och patientutbildning ska ingå som en första behandling vid muskuloskeletal smärta. Evidensvärdet är dock bristande då dessa interventioner endast har undersökts i kombination med andra interventioner, därav finns ett behov av vidare forskning. Det framkom att psykosociala interventioner i kombination med annan intervention är fördelaktigt vid muskuloskeletal smärta. Även Lin et al. (2019) rekommenderade en bedömning av psykosociala faktorer vid behandling av muskuloskeletal smärta. Vidare rekommenderades även övervakad träning som en behandlingsåtgärd.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (2010) har bedömt att multimodal rehabilitering vid långvarig smärta ger bättre resultat än vid inga eller mindre insatser. Med bättre resultat menas att sjukskrivningar har minskat och återgång till arbetet har ökat men studierna har inte påvisat att smärtan minskar i intensitet eller att aktivitetsförmågan förbättras. Multimodal rehabilitering bygger på den biopsykosociala modellen och innebär en kombination av psykologiska insatser och andra fysioterapeutiska behandlingsåtgärder. Exempelvis på detta kan vara patientutbildning tillsammans med fysisk träning i en samordnad miljö under längre tid. Psykologiska insatser i kombination med fysisk träning har visat sig ge en större effekt på aktivitetsförmågan jämfört med enbart fysisk träning.

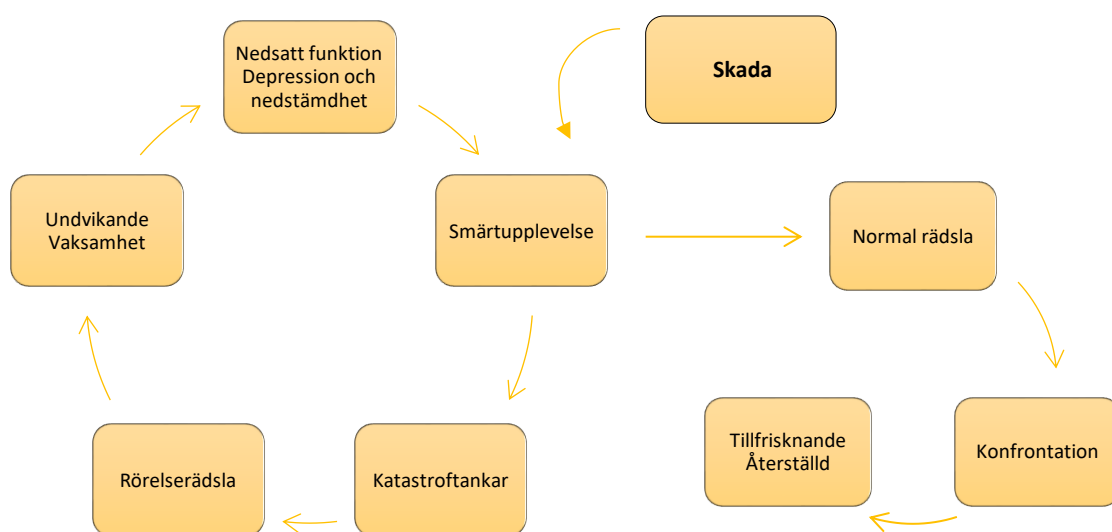
Babatunde et al. (2017) anger att ihållande muskuloskeletal smärta efter 6–12 månader har en biopsykosocial påverkan, vilket kan leda till att fysiska, psykologiska och socioekonomiska faktorer blir mer framträdande. Behandlingsval bör därför ses till varje enskild individs förutsättningar och inkludera flera metoder tillsammans som fysisk träning, psykosociala åtgärder och självmonitorering som i denna studie har haft god effekt både på förbättrad funktion och lindrande av smärta.

1.3 Rädsla-undvikande modellen

Enligt Lethem, Slade, Troup och Bentley (1983) kan en överdriven smärtupplevelse förklaras genom att den patologiska smärtan, ett nociceptoriskt stimuli, inte sammanfaller helt med den emotionella upplevelsen. Rädsla-undvikande modellen beskriver de emotionella faktorernas påverkan på smärtan, att det inte finns något samband mellan patienters smärtupplevelser och smärtbeteende och den patologiska skadan.

Modellen grundar sig i en emotionell rädsla för smärta, vilket hos många leder till ett undvikandebeteende som i största uträkning påverkar patienternas respons till både akut och långvarig smärta. Rädsla för smärta kan hanteras på två sätt – antingen genom konfrontation eller undvikande. Konfrontation leder oftast till ett avtagande av rädslan med tiden, medan ett undvikandebeteende kan förvärra rädslan. Vad som styr hur rädslan hanteras beror ofta på hur väl motiverad patienten är att återgå till tidigare levnadsvanor som arbete, fritids- och sociala aktiviteter. Även själva inställningen till smärtan påverkar utfallet, exempelvis att den är tillfällig och kommer att gå över av sig självt eller till följd av en behandling. Ett undvikandebeteende kan förklaras genom att inte gärna utsätta sig för smärtupplevelser genom att undvika aktiviteter som kan förvärra smärtan, vilket leder till en fysisk och social inaktivitet. Följden blir en sämre fysisk återhämtning och en onaturlig upplevelse av smärta, genom att inte utsätta sig för någon. (Lethem et al., 1983).

Vlaeyen och Linton (2000) har utvecklat rädsla-undvikande modellen genom att förklara hur rädsla och undvikande byggs på av katastroftankar. Katastroftankarna grundar sig i en negativ, överdriven syn på smärta och dess konsekvenser. Detta leder både till ökad rädsla och undvikande men också till ett mer vaksamt beteende där individerna ständigt söker efter kroppsliga tecken på smärta. Nedsatt funktion och depression hänger samman med ett vaksamt rädsla-undvikande beteende vilket kommer förhöja den befintliga upplevda smärtan ännu mer, vilket blir en ond cirkel och påbörjan till en mer långvarig smärta. Se Figur 1.



Figur 1: En modifierad och översatt version av Vlaeyen & Linton (2000, s. 329) illustrering av rädsla-undvikande modellen.

Vlaeyen och Linton (2012) har senare identifierat att ett kvarstående problem är att i praktiken identifiera dessa patienter med ett rädsla-undvikande beteende. De har vidare kommit fram till att den effektivaste behandlingen av rädsla och undvikande faller inom ramen av kognitiv beteendeterapi för att minska ångest och katastroftankarna hos dessa patienter. Exponeringstekniker har fungerat bra för att inhibera hotfulla tankar. En ominlärning kan ske genom att utsätta sig för aktiviteter som vanligtvis skapar rädsla, för att istället förhoppningsvis uppleva att de fungerar bra. Inlärning beskrivs av Passer et al. (2009) som antingen respondent eller operant. Respondent inlärning bygger på att ett stimuli som till en början är neutralt blir associerat med ett annat, vilket gör att det neutrala stimuli nu är betingat. Operant inlärning bygger på att beteenden förstärks eller släcks ut beroende på konsekvenserna av beteendet. Vidare beskriver dock Vlaeyen och Linton (2012) att det behövs genomföras ytterligare forskning inom exponeringstekniker för att förstå och effektivisera dessa ännu mera. Exempelvis hur effekten av den faktiska exponeringen är, jämfört med observationsexponering eller genom verbal information.

Wideman, Adams och Sullivan (2009) studerade en grupp patienter med arbetsrelaterad muskuloskeletal smärta och samtidigt hög närvaro av katastroftankar. Dessa fick en behandling inriktad på psykosociala faktorer från rädsla-undvikande modellen och det visade sig att de som fick hjälp med att minska sina katastroftankar snabbare kunde gå tillbaka till arbetet. George, Fritz, Bialosky och Donald (2003) beskriver att rädsla-undvikande beteende minskade vid fysioterapeutisk behandling med en rädsla-undvikande intervention hos patienter med ländryggssmärta och en stor påverkan av rädsla-undvikande beteende. Detta studerades i en randomiserad kontrollerad studie där deltagarna antingen fick vanlig fysioterapi eller fysioterapi med rädsla-undvikande intervention. Rädsla-undvikande interventionen bestod av patientutbildning med fokus på att få patienterna att förstå att deras smärttillstånd var tillfälligt och inte berodde på någon allvarlig skada samt uppmuntran till att patienterna skulle ha en aktiv roll i behandlingen. Den vanliga fysioterapeutiska behandlingen fokuserade istället på patientutbildning med betoning på anatomi och patologi. Vid fysioterapeutisk behandling beskriver Overmeer och Boersma (2016) vikten av att kontrollera att rätt biopsykosocialt budskap har mottagits. Vid kommunikation med patienter som har hög närvaro av katastroftankar och nedstämdhet är det vanligt att dessa patienter tenderar att ha ett selektivt lyssnande. Den biopsykosociala informationen bör innefatta en trovärdig fysisk undersökning, säkerställa för patienten att det inte beror på en allvarlig sjukdom samt uppmuntran till fysisk aktivitet.

1.4 Biopsykosociala modellen

Engel (1977) förklarar utvecklingsbehovet av biomedicin i form av integrering av det psykosociala. Den biomedicinska modellen räcker inte till, människan ska betraktas som en helhet och det psykosociala ska inkluderas. Detta var grunden för den biopsykosociala modellen som bygger på att se människan utifrån det biologiska, psykologiska samt det sociala perspektivet. Samtidigt förklarar Engel (1977) vikten av att den biomedicinska delen inte ska förminskas eftersom den utgör själva grunden, utan det handlar om att inkludera det psykosociala till det biomedicinska.

Enligt Denison och Åsenlöf (2012) kan en fysioterapeut med en beteendemedicinsk inriktning arbeta med att försöka ta reda på vilka biopsykosociala faktorer som kan ha betydelse för patienternas beteende. Till exempel kan en fysioterapeut med en beteendemedicinsk inriktning huvudsakligen arbeta med att stärka aktivitetsförmågan i det vardagliga livet hos en patient med långvarig smärta snarare än att enbart använda sig av manuella metoder. International Society of Behavioral Medicine (u.å) definierar beteendemedicin som ett tvärvetenskapligt område med integrering av psykosocial-, biomedicinsk- och beteendemässig kunskap med betydelse för hälsa och sjukdom. Beteendemedicinsk kunskap kan tillämpas hälsopreventivt såväl som i etiologi och diagnostisering samt vid behandling och rehabilitering.

Holopainen et al. (2020) har sammanställt fysioterapeuters upplevelser av att implementera biopsykosociala interventioner vid behandling av muskuloskeletal smärta. Studien publicerades under tiden som denna genomfördes. Fysioterapeuterna upplevde att implementering av ett biopsykosocialt perspektiv ledde till att behandlingen blev mer personcentrerad. Förbättrad kommunikation i form av aktivt lyssnande ledde till ökad förståelse kring patientens smärtuppfattning. Holopainen et al. (2020) beskriver att fysioterapeuterna kände sig säkra på att använda ett biopsykosocialt perspektiv vid behandling av muskuloskeletal smärta och att behandlingen upplevdes ge snabbare effekt och att resultaten blev mer långvariga. Fysioterapeuterna upplevde dock svårigheter kring bemötandet av psykosociala faktorer. Dels för att de inte var vana att arbeta på ett sådant sätt och dels för att de kände sig osäkra på hur de skulle hantera det. Även Driver, Lovell och Oprescu (2019) beskriver en osäkerhet hos fysioterapeuter kring tillämpningen av psykosociala strategier i praktiken. Exempel på psykosociala strategier som fysioterapeuter kan använda sig av är målsättning, positiv förstärkning, kognitiv beteendeterapi, motiverande samtal, copingstrategier och socialt stöd (Driver, Lovell & Oprescu, 2019). Alexanders, Anderson och Henderson (2015) beskriver också en osäkerhet hos fysioterapeuter vid behandling av muskuloskeletal smärta, eftersom de fysioterapeuterna inte upplevde att de hade tillräckligt med kunskap för att optimalt kunna använda sig av psykologiska interventioner. Vidare förklarar Holopainen et al. (2020) att vid patientfall med större komplexitet med alltför stor påverkan av psykosociala faktorer fanns även en osäkerhet kring när fysioterapeutens kunskap var tillräcklig eller när patienten var i behov av hjälp från en annan profession. Likaså beskriver Driver et al. (2019) svårigheten kring hur ingående fysioterapeuter ska använda sig av psykologiska strategier innan behovet av specialiserad vård inom psykologi behövs.

SBU (2010) har inte hittat någon vetenskaplig sammanställning som är tillräckligt stark för att stödja psykologiska behandlingsmetoder vid långvarig smärta, såsom socialt stöd, motiverande samtal och kognitiv beteendeterapi. Linton och Shaw (2011) menar dock att om man uppmärksammar att en patient undviker vissa rörelser och aktiviteter finns det anledning att tillgodose ett tvärvetenskapligt synsätt med en mer inriktning på psykologiska faktorer i behandlingen för att förhindra att smärtan utvecklas till långvarig smärta.

1.5 Problemformulering

Upplevelsen av smärta behöver inte ha en bestämd sammankoppling med den patologiska skadan, smärta kan även ha en biopsykosocial påverkan. Detta har föranlett att den biomedicinska modellen behöver utvecklas genom att även integrera psykosociala faktorer. Med ett holistiskt synsätt där människan ses som en helhet kan vård ges utifrån den biopsykosociala modellen. Patienter vars smärtupplevelser inte motsvarar den patologiska skadan kan även förklaras utifrån rädsla-undvikande modellen. Modellen beskriver två sätt att hantera smärta - antingen genom konfrontation eller undvikande. Det senare grundar sig i en rädsla för smärta och dess konsekvenser och följs ofta av katastroftankar, ett sökande beteende efter smärtsignaler samt depression och nedstämdhet. Vid behandling av patienter med muskuloskeletal smärta och ett rädsla-undvikande beteende finns därför en stor nytta med att integrera ett biopsykosocialt synsätt. Detta för att behandlingen ska kunna bli mer personcentrerad och bemöta fler aspekter än bara det biomedicinska. Forskning har visat att fysioterapeuter upplever att de inte besitter tillräckligt med kunskap och saknar självförtroendet för att bemöta psykosociala faktorer vid muskuloskeletal smärta. Det har dock inte undersökts hur fysioterapeuter med en beteendemedicinsk inriktning upplever bemötandet av patienter med muskuloskeletal smärta och ett rädsla-undvikande beteende.

2 SYFTE

Syftet med studien är att undersöka hur fysioterapeuter med en beteendemedicinsk inriktning upplever bemötandet av patienter med muskuloskeletal smärta och rädsla-undvikande beteende.

3 METOD OCH MATERIAL

3.1 Design

Studiedesignen är en kvalitativ deskriptiv intervjustudie med en induktiv ansats. En kvalitativ studie valdes då den på ett fördelaktigt sätt kan fånga upp och beskriva enskilda individers upplevelser (Carter, Lubinsky & Domholdt, 2011).

3.2 Urval

Urvalet var ett bekvämlighetsurval och ändamålsenligt som riktade sig till legitimerade fysioterapeuter med en beteendemedicinsk inriktning verksamma inom primärvården. Inklusionskriterier var att deltagare i studien skulle förstå och tala svenska och befinna sig inom ett rimligt geografiskt avstånd då samtliga intervjuer skulle ske personligen. För att inkluderas i studien var ytterligare ett krav att ha läst minst 7,5hp beteendemedicin. Detta kontrollerades innan en intervju bokades in.

Av de 6 informanter som deltog i studien var könsfördelningen jämnt fördelat mellan antalet män och kvinnor, med en genomsnittlig ålder på 38 år. Informanterna hade i genomsnitt varit verksamma som fysioterapeuter i 8 år varav genomsnittet inom primärvården var 6 år.

3.3 Datainsamling

Intervjuer genomfördes med 6 fysioterapeuter som uppfyllde kriterierna ovan, varav 2 av dessa var provintervjuer. Efter första provintervjun korrigerades frågeguiden med förtydligande om att frågorna gäller rädsla-undvikande beteende vid muskuloskeletal smärta för att inte förväxlas med mer generell rädsla. Även en precisering av de biopsykosociala faktorerna lades till samt förtydligande av ordet bemötande, att det riktar sig till både anamnes, undersökning och behandling. Inga ytterligare korrigeringar gjordes därefter i frågeguiden. Båda provintervjuerna ansågs ha ett värdefullt innehåll vilket gjorde att de båda inkluderades i studien.

Intervjuerna utfördes enligt den semistrukturerade intervjuguiden i Bilaga A. Den semistrukturerade intervjuguiden var utformad med förbestämda frågor och följdfrågor men tillät intervjuaren att förtydliga frågorna vid behov för att få ut mer information (Carter et al., 2011). Frågeguiden inleddes med några bakgrundsfrågor om ålder, hur länge deltagaren varit verksam som fysioterapeut och hur länge denne varit verksam inom primärvården. Även en bakgrundsfråga ställdes kring ytterligare fysioterapeutiska utbildningar och/eller kurser som deltagaren har gått för att författarna skulle få en ökad förståelse för deltagarnas olika upplevelser av att bemöta dessa patienter. Efter bakgrundsfrågorna fördes samtalet vidare in på de 6 huvudfrågorna med tillhörande följdfrågor. Frågorna var utformade efter studiens syfte och berörde områden som hur deltagarna identifierar och bemöter patienter med muskuloskeletal smärta och rädsla-undvikande beteende samt hur anamnes, undersökning och behandling kan gå till. Frågorna berörde även den kunskap de upplever att de har eller saknar för att identifiera, bemöta och hjälpa dessa patienter. En huvudfråga berörde även de biopsykosociala faktorerna. Detta för att diskutera fysioterapeuternas upplevelse av olika biopsykosociala faktorerers betydelse för rädsla-undvikande beteende samt hur de upplever att de kan bemöta de olika faktorerna. Det flytande samtalet bestämde i vilken ordning frågorna ställdes och med viss språkanpassning på frågorna för att det skulle kännas mest naturligt och inte som ett avbrott vid varje ny fråga.

3.4 Tillvägagångssätt

Verksamheter som kontaktades var vårdcentraler inom ett rimligt geografiskt avstånd där fysioterapeuter med en beteendemedicinsk inriktning arbetade. Förfrågan skedde via en första kontakt med verksamhetschef och blanketten ”Intyg om tillstånd för examensarbete”. Verksamhetscheferna kontaktades personligen på plats på de vårdcentraler de var verksamma inom. Efter skriftligt godkännande av verksamhetschefen kontaktades aktuell fysioterapeut personligen eller via mail för tillfrågan om deltagande i studien. För att delta i studien krävdes att de läst och skrivit under informationsbrevet om informerat samtycke enligt Bilaga B. Därefter bestämdes ett datum och en tid för när intervjun skulle ske. Alla intervjuer skedde personligen på plats på informanternas egna arbetsplatser i ett avskilt rum. Rekrytering och intervjuer skedde löpande under en tre-månaders period. Båda författarna närvarade vid samtliga intervjuer och vardera författaren var ansvarig att hålla i hälften av intervjuerna medan den andra författaren satt med och höll koll på tiden och att den semistrukturerade intervjuguiden följdes. Vid behov kompletterade den bredvidsittande författaren med någon tillägsfråga.

Intervjuerna startade med en kort presentation av författarna och frågeguiden vars innehåll riktade sig mot fysioterapeuters upplevelse av att bemöta patienter med rädsla-undvikande beteende och muskuloskeletal smärta. Det förtydligades även att det var fysioterapeuternas egna upplevelser som efterfrågades och att de fick känna sig fria att berätta så mycket som möjligt om dessa utifrån frågorna som ställdes. Deltagarna informerades även om rent praktiska saker som exempelvis hur intervjun skulle gå till, vem som skulle hålla i intervjun och vad författaren som satt bredvid hade för uppgift.

Datansamlingen som bestod av intervjuer med deltagarna vid ett tillfälle, spelades in med en diktafon och inga anteckningar gjordes under tiden. Datansamlingen var endast tillgänglig för studiens författare och behandlades så att inte obehöriga kunde ta del av dem. Ljudinspelningarna överfördes omgående till en lösenordskyddad dator och ett USB-minne och raderades därefter direkt från diktafonen. Efter avslutat examensarbete raderades all data även från dator och USB-minne.

3.5 Dataanalys

Intervjuerna transkriberades och analyserades enligt en manifest analys med en induktiv ansats. Enligt Graneheim och Lundman (2004) beskrivs den manifesta analysen som en direkt översättning av det som framkommer under intervjuerna, där meningsbärande enheter plockas ut och kodas. En induktiv ansats innebar enligt Elo och Kygnäs (2008) att materialet analyserades utan grund i teorier eller förbestämd mening.

Transkriberingen delades upp med lika många intervjuer till vardera författaren. Intervjuerna kodades till informant nummer 1–6. Transkriberingen utfördes ordagrant i Word dokument där alla pauser och läten även överfördes till text. Transkribering av materialet skedde inom den närmsta månaden efter utförd intervju. Därefter analyserades

det transkriberade materialet och meningsbärande enheter som anknöt till uppsatsens syfte plockades ut, kondenserades och kodades med avsikten att ingen information skulle falla bort och inga personliga värderingar skulle läggas i texten. Båda författarna analyserade först samma transkribering och jämförde dessa med varandra för att säkerställa att kodning och kondensering skett på likvärdigt sätt. Därefter granskades även första analysen hos handledaren för uppsatsen. De fem kvarstående transkriberingarna delades upp mellan författarna med två respektive tre analyser vardera där de intervjuer författarna hade transkriberat var det material som vardera författaren analyserade. Detta eftersom transkriberingen gav en större insikt och förståelse för materialet. Analysen utfördes först i det transkriberade Word dokument där de meningsbärande enheterna markerades och fördes sedan över till en Excel-fil. Excelfilen innehöll kolumner med rubrikerna informant och sidnummer, meningsbärande enhet, kondensering, kodning, underkategori och kategori, se Tabell 1. Vidare analys skedde således i Exceldokumentet. De resterande analyserna skickades sedan till motsvarande författare för att gå igenom och granska.

Koderna användes sedan till att gruppera innehåll och bilda kategorier och underkategorier. Detta skedde först övergripligt av författarna som sorterade in koderna i underkategorier och mer övergripliga kategorier var och en för sig. Därefter gjordes ytterligare sorteringar av samma material tillsammans med handledaren för att säkerställa att inga kategorier var överlappande och att inga koder kunde passa in under flera underkategorier. Tabell 2 visar exempel på hur citat kondenserades och kodades för att sedan kategoriseras. Det analyserade materialet diskuterades och granskades även av flera handledare och studiekamrater vid de gemensamma gruppgenomgångarna.

Tabell 1: Beskrivning av analysutförandet (Graneheim & Lundman, 2004).

Informant, sidnr.	Meningsbärande-enhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
Kod på informant samt vilken sida i transkriberingsmaterialet.	Citat från informanten.	Förkortning av citatet där det mest relevanta extraheras.	En kort beskrivning av vad den meningsbärande enheten handlar om.	Flera liknande koder sorteras in i underkategorier	Bredare kategori för liknande underkategorier.

Tabell 2: Exempel på analysutförandet.

Informant, sidnr.	Meningsbärande-enhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
-------------------	----------------------	--------------	-----	---------------	----------

1, s.7	<p>“Om de kommer tillbaka och de säger att eh... jag brukar säga såhär att ja men hur har de gått med övningarna och de säger kanske nej det har inte gått så bra. Nehe okej, varför då då? Nej men jag har inte gjort dem eller så säger de kanske att ja jag har gjort dem och då säger jag ja men kan du visa de då. Så gör de helt fel eller de kanske ja, kompenserar för att de är rädda eller så och då brukar jag ja men ja, då visar jag övningarna igen, kanske gör dem lättare.”</p>	<p>När de kommer tillbaka brukar jag fråga hur det har gått med övningarna och då kanske de säger att de inte har gått så bra och då frågar jag varför. Antingen kanske de säger att de inte gjort dem eller så har de det. Då kan jag be dem att visa och om de gör helt fel eller kompenserar pga. rädsla så brukar jag visa övningarna igen eller kanske gör dem lättare.</p>	Beroende på hur det har gått med övningarna kan man behöva anpassa dem genom att visa igen eller göra dem lättare.	Anpassad träning	Framgångsrika strategier
5, s.9	<p>”Och ofta tar det lite tid för dem att förstå det kanske. Så för en del, dem, man får plantera någonting frö i skallen på dem och prata och, och försöka utbilda dem och sen får dem tänka på det och sen KANSKE polletten trillar ner.”</p>	<p>Ofta tar det lite tid för dem att förstå, man får plantera ett frö i skallen på dem och prata, försöka utbilda dem och så får de tänka på det så kanske polletten trillar ned.</p>	Patientutbildning	Information	Framgångsrika strategier

4, s.5	”Beprövad erfarenhet tycker jag nog egentligen är det som har hjälpt mig mest, alltså enklast att hitta och lite grann luska fram, nej men vänta nu det låter mer som att det är åt det här hållet.”	Beprövad erfarenhet är det som har hjälpt mig mest.	Beprövad erfarenhet	Värdefull kunskap	Befintlig kunskap i att hantera denna patientgrupp
2, s.1	“Eh när patienten beskriver sin vardag och också saker dem kanske då undviker att göra för att inte riskera att öka sin smärta, så det här lite grann att ett aktivitets- att aktivitetsområdena har minskat när patienten beskriver såna delar i livet då.”	När patienten beskriver sin vardag och saker de undviker att göra för att inte riskera att öka sin smärta, att aktivitetsområdena har minskat.	Patienter undviker att göra saker för att inte öka smärtan.	Tydligt undvikande-beteende	Karaktäristiska beteenden hos patienterna

3.6 Etiska överväganden

I enlighet med Helsingforsdeklarationen (2013), för att skydda deltagarnas identitet, har varken deltagarnas aktuella verksamhet eller län publicerats i studien, detta för att minimera risken att deltagarnas identitet går att spåra. Personuppgifter till deltagarna förvarades enligt lag (SFS 2018:218) från obehöriga av studiens författare tills det att examensarbetet var godkänt. All insamlad data raderades sedan därefter. Ljudinspelningarna förvarades säkert på en lösenordskyddad dator och ett inlåst USB-minne och användes endast i uppsatsens syfte för avlyssning, kodning och analysering. Likaså förvarades de underskrivna blanketterna om samtycke till studien med deltagarnas identitet på ett säkert ställe.

I informationsbrevet som skickades ut till samtliga deltagare informerades det om studiens syfte, metod och tillvägagångssätt samt risker och nytta med studien (Helsingforsdeklarationen, 2013). Det framkom även att deltagandet var frivilligt och att informanterna när som helst fick avsluta sitt deltagande i studien utan att ange varför samt att intervjuerna skulle komma att spelas in men att all information och insamlad data skulle raderas efter genomförandet av examensarbetet. I informationsbrevet fanns även kontaktuppgifter till författarna och handledaren för examensarbetet.

4 RESULTAT

Informanternas upplevelser av att bemöta patienter med muskuloskeletal smärta och ett rädsla-undvikande beteende sorterades in i 4 antal kategorier, karaktäristiska beteenden hos patienterna, framgångsrika strategier, befintlig kunskap i att hantera denna patientgrupp samt socioekonomiska skillnader. Under varje kategori sorterades det in mellan 0–6 antal underkategorier, se Tabell 3.

Tabell 3: Kategorier och underkategorier av fysioterapeuternas upplevelser av att bemöta patienter med muskuloskeletal smärta och rädsla-undvikande beteende.

Underkategorier	Kategorier
Negativa förväntningar	Karaktäristiska beteenden hos patienterna
Generell oro	
Tydligt undvikandebeteende	
Hantering av smärta	
Anpassad träning	Framgångsrika strategier
Information	
Kommunikation	
Lägga ner mer resurser	
Fokus på helhet	
Samverkan mellan professioner	
Värdefull kunskap	Befintlig kunskap i att hantera denna patientgrupp
Brist i att kunna kommunicera viktig information	
Osäkerhet vid komplexa patientfall	
*	Socioekonomiska skillnader

*Ingen underkategori identifierades

4.1 Karaktäristiska beteenden hos patienterna

Kategorin karaktäristiska beteenden hos patienterna omfattar informanternas upplevelser av typiska beteenden hos denna patientgrupp. Informanterna upplevde att patientgruppen ofta uttryckte en generell oro, men även deras smärthantering och negativa förväntningar var något som fysioterapeuterna belyste hos denna patientgrupp. De pratade också om att patientgruppen ofta undviker smärtande rörelser eller aktiviteter.

4.1.1 Negativa förväntningar

Det är vanligt att patientgruppen uttrycker negativa förväntningar enligt informanterna. Det kan grunda sig i negativa förväntningar kring vad som händer när de gör vissa rörelser eller vad träning kan leda till. Enligt informanterna kan patienterna även uttrycka negativa förhoppningar på framtiden:

“Eh... det är ju när jag, det kan vara att när jag hör patienten prata om sin smärta eh (...) beskriva eh förväntningar eh kanske då negativa förväntningar kring va till exempel ökad rörelse eller träning kan ge.” (informant 2)

“Och det är ju också, alltså dem, många av de här patienterna förväntar sig ju inte att bli smärtfria, de, de lever ju liksom med sin smärta så då.” (informant 2)

4.1.2 Generell oro

Under intervjuerna var det informanter som lyfte generell oro som ett gemensamt beteende hos denna patientgrupp. Enligt informanterna uttryckte patienterna en oro för att smärtan skulle vara farlig. Det framkom även vid intervjuerna att informanterna såg ett samband mellan oro och rädsla-undvikande beteende. En orolig patient tenderar till att ha en större rörelserädsla. Detta var ett sätt för informanterna att kunna identifiera rörelserädsla och ett eventuellt rädsla-undvikande beteende hos patienter med muskuloskeletal smärta.

”Sen så tycker jag ändå det finns en tendens där man ser att personer som generellt är oroliga också har en mer tendens till att, till att ha en större rörelserädsla än en person som inte har det så.” (informant 6)

4.1.3 Tydligt undvikandebeteende

Informanter beskrev att denna patientgrupp har ett undvikandebeteende framförallt för rörelser och aktiviteter som framkallar smärta. Det medför att patienterna slutar att göra alla aktiviteter som gör ont. Exempel på upplevelser kring detta:

“Eh det är väl ett eh beteende som man, eh ja som det låter, man är rädd för någonting och undviker att göra det, det kan vara allt från att man har ont i en axel och eh då slutar, inte vet jag, plocka ur skåpen för att just den rörelsen gör ont.” (Informant 1)

“Eh, ja enkelt att de låter bli och göra vissa saker.” (informant 5)

4.1.4 Hantering av smärta

Informanterna beskrev att hur patienten själv uttrycker och beskriver sin smärta, exempelvis att någonting har gått sönder, skapar en bild av patientens egen uppfattning och hantering av smärtan och ger en större förståelse av patienten för fysioterapeuten.

“Eh å också patientens egna tankar om smärtan man kan också ibland höra på val av ord liksom. Att någonting har gått sönder eller (...) Att nå jaa mm så då kan man ju få en förståelse för vilken bild patienten har. Av orsaken till sin smärta då.” (informant 2)

Informanterna beskrev olika sätt som var typiska för denna patientgrupp gällande deras smärtuppfattning. De upplevde att denna patientgrupp skattar sin smärta högt utifrån vad fysioterapeuten kan observera, exempelvis att de gärna hade skattat över 10 på en numerisk skala (NRS) men är helt oberörda och konverserar utan smärtpåverkan under anamnesen. Informanter berättade att smärtan hos denna patientgrupp inte har något röd tråd, den kommer och går utan logisk förklaring. För denna patientgrupp hanteringen av smärta något som informanterna upplever som ett hinder:

”Det är ju en patientgrupp som jag upplever framförallt har inte riktigt strategierna att hantera smärta.” (informant 4)

4.2 Framgångsrika strategier

Kategorin framgångsrika strategier handlar om vilka strategier informanterna ansåg vara framgångsrika i deras bemötande hos patienter med muskuloskeletal smärta och ett rädsla-undvikande beteende. Dessa strategier speglar viktiga delar i bemötandet både vid anamnestagning, undersökning och behandling.

4.2.1 Anpassad träning

Informanterna pratade om vikten av att lägga övningarna på rätt nivå. Det som de upplevde framgångsrikt var att hellre låta patienterna börja på en lägre nivå och sedan successivt öka svårighetsgraden samt se till att patienterna fick möjlighet till övervakad träning. Informanter upplevde att deras roll vid övervakad träning var viktigt då de kunde bidra med stöd och hjälp för att få patienterna trygga i att våga prova att röra på sig trots sin rädsla. Informanterna nämnde även att gruppträning upplevdes effektivt då patienterna fick se andra i samma situation lyckas. Anpassad träning utifrån deras rätta nivå kan speglas av dessa citat:

”Så, eh när det är en patient som man ändå märker är mer orolig, försiktig så, eh då testar man ju sig fram litegrann och man, man kanske eh lägger ribban lite längre, att de bara får testa på lite övningar, eh och inte får så många övningar kanske och de blir mer liksom fokus på att komma igång och utmana rädslan.” (informant 6)

”Om man har ett rädsla-undvikande beteende så vill jag gärna att de tränar här rätt mycket på vårt gym för att dels så stärker jag väl patientens tro på den egna förmågan, eftersom jag kan vara nära då till hands och liksom guida vara med liksom mer hands-on.” (informant 1)

4.2.2 Information

Informanterna pratade om att information är en viktig del för att göra patienter med muskuloskeletal smärta och ett rädsla-undvikande beteende medvetna om att smärta inte är farligt och att det finns flera fördelar med att röra på sig. De använde patientutbildning genom att informera och förklara för patienterna för att försöka normalisera smärta. Detta ansåg informanterna även vara den viktigaste delen i bemötandet. Informanterna använde sig också av smärtförklaringsmodeller i sin patientutbildning. Informationen kan förmedlas på flera olika sätt vilket också speglas i citaten:

“Patientutbildning är den stora grejen (...) De måste få lära sig och förstå att det är, det inte är farligt och att de KAN och SKA röra på sig, visst.” (informant 5)

“Eh... att un, jag tänker liksom undervisning så lite grann, så här fungerar kroppen, kanske till och med eh gå in och använda ja skelettmodell och visa där.” (informant 2)

4.2.3 Kommunikation

Kommunikationen mellan patient och fysioterapeut var ytterligare en viktig del i bemötandet av patienter med muskuloskeletal smärta och rädsla-undvikande beteende. Informanterna nämnde att det var viktigt att vara empatisk och en god lyssnare och de tyckte även att det var viktigt att bekräfta patientens rädslor. Detta upplevde informanter gav ett förtroende hos patienterna, vilket de sa var det absolut viktigaste i bemötandet. Informanterna lade också vikt vid en rak och tydlig kommunikation. Citat som beskriver kommunikation:

”Jag brukar ändå försöka att vara ganska konkret så att jag ändå vet att jag har förklarat läget lite grann. Det här är det jag bedömer och det här är det jag tycker de ska göra, så att man ändå har en väldigt rak kommunikation.” (informant 4)

“Men just kanske att lite inlyssnande på patienten. De får gärna prata massor.” (informant 5)

“Ehm, om jag märker att en patient har ett mycket så, rädsla och undvikandebeteende så, (...) så försöker jag väll möta den i rädslan att bekräfta att jag förstår att det, att du kan känna dig rädd för det här.” (informant 3)

4.2.4 Lägga ner mer resurser

Informanterna pratade om att det ofta behövs en längre vårdkontakt för dessa patienter. Både under en längre tid och med tätare besök för att åstadkomma en beteendeförändring.

Detta är något som informanterna upplevde krävde mer resurser och tålmod eftersom det upplevdes ta längre tid för patienter med rädsla-undvikande beteende att uppnå resultat. Citat som beskriver detta:

“Och så sen att man måste ofta ha dem, eh... under en längre tid, alltså att man måste hålla i dem för att verkligen få in de här beteendet.” (informant 4).

“Precis, eh dels så tänker jag att många gånger kanske det behövs en en lång kontakt.” (informant 2)

4.2.5 Fokus på helhet

Informanterna poängterar att det i bemötandet upplevdes som viktigt att fokusera på och behandla helheten och inte bara det fysiska. De ansåg också att det ofta vid anamnesen framkom värdefull information om andra faktorer av betydelse för patientens tillstånd. Det upplevdes viktigt att kunna läsa av människor och ibland även kunna läsa mellan raderna för att skapa sig en helhetsbild av patienten. Informanter pratade även om att titta mer funktionellt på rörelsemönster under själva undersökningen. Det pratades om vikten av att sedan behandla helheten hos dessa patienter och knyta an behandlingen till vardagsaktiviteter. Helhetsperspektivet kan speglas av följande citat:

“Eh alltså att lyssna på om det är någonting som framkommer när, när patienten är här och att man ibland också behöver kunna läsa lite mellan raderna och inte bara så fokuserad på det är, okej har du ont i knät och så tittar man bara på knät.” (informant 3)

“Utan det, det hänger väl ihop allting. Förr så särskilde man väl kropp och knopp i stort sett. Och vi skulle bara behandla en sak, var det en axel eller ett knä så var det det vi tittade på, men alltså det funkar ju inte.” (informant 5)

4.2.6 Samverkan mellan professioner

En annan framgångsrik strategi i bemötandet av patienter med muskuloskeletal smärta och ett rädsla-undvikande beteende som kom på tal var att ta hjälp och samverka med andra professioner för att kunna bemöta fler och mer komplexa faktorer hos dessa patienter. Ett exempel på det var att vid behov erbjuda en samtalskontakt:

“Alltså, jag sa, erbjöd den hjälp som fanns att jag kunde hjälpa till och förmedla kontakt med samtalskontakt om det behövdes i det psykosociala teamet och så då.” (informant 3)

4.3 Befintlig kunskap i att hantera denna patientgrupp

Kategorin befintlig kunskap i att hantera denna patientgrupp handlar om den kunskap informanterna uttryckt att de tycker är användbart eller som de saknar i bemötandet av patienter med muskuloskeletal smärta och rädsla-undvikande beteende.

4.3.1 Värdefull kunskap

Informanterna upplevde att en handledare hade varit önskvärt för att utöka kunskaperna i bemötandet av patienter med muskuloskeletal smärta och ett rädsla-undvikande beteende. De pratade även om att den kliniska erfarenheten av att träffa många patienter med besvär är det som har varit mest värdefullt för att identifiera och fånga upp ett rädsla-undvikande beteende enligt citat:

”Beprövad erfarenhet tycker jag nog egentligen är det som har hjälpt mig mest, alltså enklast att hitta och lite grann luska fram, nej men vänta nu det låter mer som att det är åt det här hållet.” (informant 4)

Informanter nämnde att kunskaper från externa kurser som exempelvis basal kroppskänedom och motiverande samtal (MI) var användbart. MI upplevdes kunna vara till hjälp under anamnesen i bemötandet av patienter med rädsla-undvikande beteende.

“Ehm MI, alltså motiverande samtal eh, att rulla med motstånd, alltså det finns ju en hel del begrepp i MI då men man kan inte kanske använda allt men, men en del alltså är användbart tycker ja.” (informant 2)

4.3.2 Brist i att kunna kommunicera viktig information

Kommunikationsbrister upplevdes av informanterna på olika sätt gällande denna patientgrupp. De upplevde en osäkerhet kring kommunikationen mellan fysioterapeut och patient, hur mycket patienten förstår och hur mycket patienten tar till sig av det som kommuniceras. Informanter tog även upp vikten av samspel mellan patient och fysioterapeut för att kunna få en tydlig kommunikation. Informanterna tog även upp tolkbesök som en faktor som försvårar kommunikationen ytterligare.

“Eh å många gånger har jag varit osäker på hur mycket som har nått fram liksom av vad patienten har tagit med sig ifrån besöket här.” (informant 2)

Ett annat tillfälle där informanterna upplevde kommunikationsbrister var när patienten blivit ordentligt undersökt av vården och det är uteslutet att problemet skulle grunda sig i något fysiskt. Informanterna beskrev att det fanns brister kring att kommunicera detta och att de behöver bli bättre på att förklara undersökningsfynden för patienten:

”Det är väl det som vi kanske i vården är jättedåliga på att säga ganska snabbt, nej men vi har kollat på dig och vi har undersökt och vi har gjort prover, det finns inga fysiska fel men vi hittar massa andra faktorer som det här kan bero på.” (informant 4)

Bristerna i kommunikationen angående att ge en förklaring av undersökningsfynden leder till att kommunikationen mellan fysioterapeut och patient inte är rak och tydlig. Detta upplevde informanter var viktigt för att förhindra missförstånd och för att patienterna ska känna sig sedda och delaktiga i sin behandling. Trots informanternas insikt i värdet av en rak och tydlig kommunikation upplevde informanter att det fanns brister i form av att patienterna inte

känner sig lyssnade på vilket är anledningen till att de fastnar inom vården och blir mycket vårdsökande.

”Mycket generellt handlar nog om att de inte blir lyssnade på, att de bollas runt mycket i vården och de tycker inte att de blir hörda så då söker de mycket vårdsökande för att de inte tycker att de får hjälp liksom.” (informant 1)

4.3.3 Osäkerhet vid komplexa patientfall

Informanterna nämnde en osäkerhet gällande tillvägagångssätt när patienterna uppvisade komplexa besvär. De upplevde till exempel att patienter ofta kunde ha psykologiska eller sociala besvär, som kräver en annan expertis. Informanterna upplevde att det fanns begränsningar i hur mycket som gick att behandla rent fysioterapeutiskt när patienter med muskuloskeletal smärta och rädsla-undvikande beteende även uppvisade mer komplexitet. Komplexiteten hos en patient som även har rädsla-undvikande beteende beskrivs enligt följande citat:

“Själv mordstankar, depression, posttraumatisk stress från krig, tortyr, alltså det kan vara allt möjligt och då når inte jag fram oavsett hur duktig sjukgymnast jag är.” (informant 1)

“Sen är det väl svårare med vissa patientgrupper eller vissa patienter så. Kan ju också vara svårt eftersom jag tycker att många av dem personer som kanske har den här problematiken kanske har posttraumatiska liksom besvär, kommer från ett annat land, flytt...” (informant 1)

4.4 Socioekonomiska skillnader

Att socioekonomiska faktorer har en stor betydelse var något som belystes av informanterna. Det beskrevs som tuffare att arbeta med patienter som hade en låg socioekonomisk status. Detta då det var många fler faktorer som påverkade patientens besvär. Informanter upplevde även att patienter med en sämre socioekonomisk bakgrund generellt hade mindre förståelse om kroppen vilket försvårar bemötandet ytterligare.

“Alltså, bara generellt sett så tycker jag de är ju de som har socioekonomisk bakgrund som kanske är tuffare än andra, alltså de som har sämre ställt liksom ekonomiskt, socialt och kanske utsatta, de har inget jobb, de har inga, ingen stor social familj som stöttar dem, eh ja, de kanske inte kan, har kanske ingen utbildning, ja, tränar inte, eh ja, och då kanske man hamnar i det här.” (informant 1)

Patienter med en sämre socioekonomisk situation upplevdes även svårare att uppnå goda behandlingsresultat och det var vanligare med långvarig smärta:

“Jag har jobbat på en del utsatta socioekonomiska områden och där blir det annorlunda. (...) Det blir mer långvariga smärtor och svårare att nå.” (informant 5).

5 DISKUSSION

5.1 Resultatsammanfattning

I resultatet framkom att informanterna upplevde att det var svårare att bemöta patienter med mer komplexa besvär. Enligt informanterna bestämdes komplexiteten ofta av hur kraftig påverkan de biopsykosociala faktorerna hade på patienterna, där desto fler faktorer som påverkade patienten ledde till att patientfallen blev svårare att behandla fysioterapeutiskt. De upplevde även att socioekonomiska faktorer kunde ha en påverkan på patienternas besvär och göra det svårare vid bemötandet. Informanterna poängterade vikten av att samverka mellan professioner för att effektivare kunna behandla helheten i de mer komplexa patientfallen.

Informanterna upplevde att denna patientgrupp hade utmärkande och igenkänningsbara beteenden som var till hjälp vid identifiering. De utmärkande beteendena omfattade i stora drag en ökad oro för smärtan och att de undvek vissa rörelser eller aktiviteter. Strategier som informanterna upplevde som framgångsrika i bemötandet av patienter med muskuloskeletal smärta och rädsla-undvikande beteende var framförallt patientutbildning, där de informerade om vad smärta är och att det inte är farligt för att klargöra detta för patienterna innan de gick vidare i behandlingen. De upplevde även att det var viktigt att anpassa träningen efter patientens tro på den egna förmågan för att uppnå lyckade behandlingsresultat.

5.2 Resultatdiskussion

Vlaeyen och Linton (2012) lyfter problemet att i praktiken kunna identifiera patienter med ett rädsla-undvikande beteende. Informanterna upplevde vid bemötande av patienter med muskuloskeletal smärta och rädsla-undvikande beteende att de identifierade patienterna utifrån deras tydliga undvikandebeteende som kunde ses vid observationer av patienternas rörelsemönster eller att patienterna berättade att de undviker att göra saker som de tidigare kunde utföra. Det upplevdes även att patienter med muskuloskeletal smärta och rädsla-undvikande beteende generellt är oroliga och har negativa förväntningar på behandlingen samt att deras uppfattning och hantering av smärta upplevdes bristfällig. Enligt Lethem et al. (1983) har patienter med ett rädsla-undvikande beteende en undvikande copingstil när det gäller hanteringen av smärta. Det informanterna upplevde går att jämföras med rädsla-undvikande modellen (Figur 1) som modifierats utifrån Vlaeyen och Linton (2000). Informanterna lyfte att det som avgör om patienter med muskuloskeletal smärta även har ett rädsla-undvikande beteende är hur de uppfattar och hanterar sin smärta. Informanterna upplevde att de patienter som hade en mer allvarlig smärtuppfattning och negativa förväntningar på behandling uttryckte rädsor i större grad, i form av katastroftankar. Vidare upplevde informanterna att detta ofta skapade en rörelserädsla och ett undvikandebeteende hos patienter med muskuloskeletal smärta, då patienterna på grund av rädslan för smärtan

slutade utföra rörelser och aktiviteter de tidigare kunde utföra. Vlaeyen och Linton (2000) beskriver vidare att katastroftankar som inkluderar en negativ syn på smärta kan förhöja rädslorna ännu mer. Katastroftankar om smärta kan leda till en ökad vaksamhet för smärta vilket eventuellt skulle kunna förklara varför informanterna kunde observera ett undvikandebeteende genom att titta på patienternas rörelsemönster. Det vaksamma beteendet där patienten ständigt söker efter kroppsliga tecken på smärta skulle också kunna förklara det faktum att informanterna upplevde att vissa patienter med rädsla-undvikande beteende skattade ovanligt högt på smärtskalor utan att till synes vara särskilt smärtpåverkade. Det fanns också upplevelser i undersökningssammanhang av många olika smärtsvar utan tydlig logisk förklaring. Eventuellt skulle ett vaksamt beteende på smärta kunna ge liknande smärtsvar. Enligt Vlaeyen och Linton (2000) hänger det vaksamma beteendet samman med depression och nedsatt funktion eftersom det ständiga sökandet efter kroppsliga tecken på smärta kan förhöja smärtupplevelsen ytterligare. Att informanterna upplevde att patienter med större komplexitet, däribland på grund av psykologiska faktorer som depression, var svårare att behandla som fysioterapeut skulle kunna bero på att ett rädsla-undvikande beteende har växt sig starkt och påverkat patienten på flera plan. Enligt rädsla-undvikande modellen (Figur 1) och utifrån beskrivningen av Vlaeyen och Linton (2000) har patienterna då hamnat i en ond cirkel och risken för utveckling av långvarig smärta ökar.

För att bemöta patienter med muskuloskeletal smärta och ett rädsla-undvikande beteende med framgång upplevde informanterna att det var av vikt att anpassa träningen efter patienternas individuella nivå och tro på egen förmåga. Bandura (1986) förklarar individens förutsättningar utifrån begreppet self-efficacy, vilket definieras som tron på den egna förmågan att utföra någonting i en specifik situation. Informanterna upplevde att det var lättare att lyckas med ett träningsupplägg om patienterna fick börja på en lägre nivå för att de själva skulle få se vad de klarade av att göra trots sin smärta. Därefter kunde belastning och svårighetsgraden ökas successivt. Informanterna upplevde att det var viktigt att patienterna kom igång och rörde på sig i form av någon typ av fysisk aktivitet. Detta klargjorde de via information om vikten av fysisk aktivitet. Informanterna upplevde att övervakad träning var viktigt i detta sammanhang, vilket även Lin et al. (2019) rekommenderade vid behandling av muskuloskeletal smärta. Behandlingstiden upplevdes av informanterna bli längre, med fler och tätare besök med patienter som har ett rädsla-undvikande beteende och muskuloskeletal smärta. Vlaeyen och Linton (2012) beskriver exponering som en effektiv metod för att minska rädsla-undvikande beteende och katastroftankar. Genom att patienterna ges möjlighet till övervakad träning tillsammans med en fysioterapeut kommer de förhoppningsvis bli exponerade för de rörelser de undviker och en ominläring kan ske exempelvis via operant inläring då konsekvenser styr beteendet. Utsätts patienterna för rörelser de är rädda för och som de undviker men sedan ser att det går bra att utföra, kommer en positiv förstärkning av beteendet att ske vilket skapar möjligheter för en ominläring av det tidigare undvikandebeteendet (Passer et al., 2009).

I anamnesen upplevdes kommunikation vara ett bra verktyg för att bekräfta och möta patienterna i deras rädslor, för att sedan i behandlingen använda sig av information för att utbilda patienterna om att smärtan inte var farlig, då allvarliga komplikationer redan

uteslutits. Babatunde et al. (2017) beskrev att det fanns starka rekommendationer för att patientutbildning ska ingå som en första behandling vid muskuloskeletal smärta. Tillvägagångssätt som inkluderar patientutbildning ihop med fysisk träning under en längre tid i en samordnad miljö liknar den multimodala rehabiliteringen. Patientutbildning tillsammans med fysisk träning anses ge bättre resultat på aktivitetsnivå än enbart fysisk träning (SBU, 2010). Trots upplevelsen av att kommunikation ansågs vara ett användbart verktyg framkom det osäkerhet kring kommunikation. Detta grundade sig i att informanter upplevde en osäkerhet kring hur mycket information som patienterna tog till sig. Overmeer och Boersma (2016) beskriver att patienter som har katastroftankar och nedstämdhet även tenderar till att ha ett selektivt lyssnande vilket påverkar hur de uppfattar vad fysioterapeuten kommunicerar och vill förmedla. Om patienten inte förstår det fysioterapeuten vill förmedla finns en risk att behandlingsresultatet påverkas negativt samt att nöjdheten av behandlingen minskar. Vidare beskriver Overmeer och Boersma (2016) vikten av att kontrollera att dessa patienter tolkar och uppfattar de biopsykosociala budskapen på rätt sätt. Detta skulle kunna vara en anledning till varför informanterna även tog upp att besök med tolk var en komponent som försvårade kommunikationen då det skulle kunna försvåra att rätt budskap når patienten. Det framkom av informanterna att det fanns kommunikationsbrister inom vården. Gentemot denna patientgrupp handlade dessa om att ge en förklaring kring undersökningsfynden och framföra att problemet inte grundar sig i något fysiskt. Detta kan leda till att kommunikationen inte blir rak och tydlig och lämnar öppet för tolkning där patienten redan tenderar att ha ett selektivt lyssnande.

Vid intervjuerna framkom det att informanterna ansåg att fokus på helheten var en framgångsrik strategi vid bemötandet av denna patientgrupp. Detta innebar att se patienten utifrån ett biopsykosocialt perspektiv, vilket även har visat sig vara användbart vid behandling (Holopainen et al., 2020). Wideman et al. (2009) redovisar att de som fick hjälp att minska katastroftankar också snabbare kom tillbaka till arbetslivet. Linton och Shaw (2011) har beskrivit att en mer inriktad behandling på psykologiska faktorer hos patienter med undvikandebeteende kan förhindra utveckling av långvarig smärta. Således är det av stor betydelse att involvera ett biopsykosocialt synsätt vid behandling av denna patientgrupp vilket även framkom av informanterna under intervjuerna.

Trots att informanterna i denna studie belyste vikten av att ha ett biopsykosocialt synsätt betydde det inte att de upplevde att de kunde hantera detta. Det har även visats i en liknande studie av Holopainen et al., (2020) som publicerades under tiden denna studie genomfördes. Informanterna upplevde en osäkerhet i att hantera mer komplexa patientfall där det förekom en komplexitet av både bio-, psyko- och sociala faktorer. Framförallt upplevde informanterna en osäkerhet när psykologiska besvär blev ett hinder för patienten, detta har även visat sig i en studie av Alexanders, Anderson och Henderson (2015) som beskriver att fysioterapeuter upplever en osäkerhet i form av kunskapsbrist i att använda sig av psykologiska interventioner. Det fanns även en osäkerhet hos fysioterapeuter kring bemötandet och tillämpning av psykosociala faktorer (Driver et al., 2019; Holopainen et al., 2020). En förklaring till varför informanterna i denna studie upplevde en osäkerhet kring att hantera och behandla patienter med komplexa biopsykosociala besvär skulle kunna härledas till en brist på utbildning inom området. Vid situationer där patientfallen blev för komplexa

använde sig informanterna av strategin att samverka med andra professioner genom att erbjuda en samtalskontakt som till exempel en psykolog eller kurator för att behandla de psykologiska besvären. Holopainen et al. (2020) och Driver et al. (2019) lyfte fram svårigheter av att kunna bedöma när fysioterapeutens kunskap var tillräcklig eller när patienten var i behov av hjälp från en annan profession. Informanternas strategi att samverka med andra professioner kan mycket väl vara befogad, samtidigt är frågan om hur mycket deras osäkerhet kring komplexa patientfall och osäkerheten kring psykologiska besvär leder till att de tar hjälp av en annan profession även om de själva, med rätt verktyg, skulle kunna bemöta även dessa delar.

Informanterna tog upp att patienter som hade det sämre ställt socioekonomiskt också upplevdes ha mer komplexa besvär och att det då fanns en osäkerhet kring bemötandet. Informanterna berättade att omgivningsfaktorer som arbetslöshet och låg utbildning kunde bidra till patienternas besvär. Van Hecke, Torrance och Smith (2013) visade att omgivningsfaktorer av detta slag kan påverka smärtupplevelsen hos patienter. Vidare beskrivs att patienter som har det sämre ställt socioekonomiskt upplever sin smärta både mer intensiv och allvarlig. Detta kan vara en faktor som påverkar och bidrar till att informanterna upplever en osäkerhet kring att bemöta dessa patienter.

5.3 Metoddiskussion

5.3.1 Design

En kvalitativ studie valdes i detta fall då syftet var att beskriva fysioterapeuters subjektiva upplevelser. Kvalitativa studier kan också användas med fördel att undersöka eller beskriva arbetet enligt den biopsykosociala modellen, eftersom de fångar upp modellens komplexitet och ger en ökad förståelse (Carter et al., 2011). Denna studie berör hur de biopsykosociala faktorerna samverkar i olika sammanhang, vilket är ett resultat av flera individers olika subjektiva upplevelser, som blir svårt att undersöka djupgående med en kvantitativ studie.

Eftersom kvalitativa studier endast beskriver några specifika individers subjektiva upplevelser minskar dock möjligheterna till överförbarhet av studieresultaten. Denna studie beskriver sex stycken fysioterapeuters olika upplevelser och tillvägagångssätt att bemöta patienter med muskuloskeletal smärta och rädsla-undvikande beteende. Genom att läsaren kan se igenkännande mönster från verkligheten som förankras i denna beskrivande studie samt annan litteratur kan en viss överförbarhet av resultatet ske. Dock går det inte att i kvalitativa studier bortse från att överförbarheten ofta sker med grund i läsarens egna tolkning av det redovisade resultatet (Larsson, 2009). Genom att istället välja en kvantitativ studie baserat på enkäter, skulle denna studie kunnat omfatta fler deltagare och resultatet skulle eventuellt kunna bli generaliserbart. Fördelen med en kvalitativ design är dock att denna design på ett mer fördelaktigt sätt kan fånga upp och beskriva enskilda individers upplevelser (Carter et al., 2011).

5.3.2 Urval

Studiens urval var ett ändamålsenligt urval. Detta för att studiens deltagare skulle uppfylla vissa kriterier. Eftersom intervjuerna skulle ske personligen på plats var ett inklusionskriterium att deltagarna i studien skulle befinna sig inom ett rimligt geografiskt avstånd från författarna. Detta av logistiska skäl, att det inte skulle bli för mycket restid och resekostnader för författarna. Att deltagarna skulle prata och förstå svenska var ett inklusionskriterium för att underlätta datainsamlingen som bestod av intervjuer.

Ytterligare ett deltagarkrav var att de skulle vara verksamma inom primärvården eftersom det ofta är den första instansen patienter med muskuloskeletal smärta uppsöker (Babatunde et al., 2017). Inom primärvården skulle det således finnas stor chans till flertalet upplevelser av patienter med muskuloskeletal smärta som även hade ett rädsla-undvikande beteende, vilket också bidrog till det ändamålsenliga urvalet. Att deltagarna på något sätt även skulle ha en beteendemedicinsk inriktning var ett krav för att säkerställa att de var bekanta med det biopsykosociala synsättet och även rädsla-undvikande beteende. Genom att tydligt beskriva inklusionskriterier så stärks studiens giltighet (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2017). Inga exklusionskriterier fanns på hur länge fysioterapeuterna skulle haft den beteendemedicinska inriktningen, detta för att eventuellt möjliggöra större variation av upplevelser. Detta kan vara något som påverkar studiens överförbarhet och giltighet. För att inte begränsa studiens innehåll och antal deltagare valdes inte enbart deltagare som har en utbildning med en beteendemedicinsk inriktning på sin kandidatexamen i fysioterapi. Ytterligare en anledning till detta var att minska risken till att kunna härleda deltagarnas identitet. Även deltagare som har kandidatexamen i fysioterapi från andra högskolor men har läst beteendemedicinska kurser på minst 7,5hp inkluderades i studien. En nackdel med att endast inkludera deltagare med en beteendemedicinsk inriktning kunde vara att det fanns risk för att den informationen skulle vara färgad av deras utbildning och då inte bli så nyanserad. Dock minimerades den risken i och med syftet var att ta reda på deltagarnas subjektiva upplevelser baserat även på klinisk erfarenhet och andra kurser och utbildningar, vilket också togs upp under bakgrundsfrågorna i intervjuguiden.

Ålder och kön var inte heller något som fanns med i inklusions- eller exklusionskriterierna. Dock blev åldersfördelningen och den kliniska erfarenheten på deltagarna i studien ändå varierad, vilket är något som stärker studiens giltighet. Genom att studiens deltagare arbetade på olika arbetsplatser ger det en variation på upplevelser vilket också kan stärka studiens giltighet. (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2017).

5.3.3 Datainsamling

I denna studie tillämpades en semistrukturerad intervjuguide för att alla intervjuer skulle vara så likvärdiga varandra som möjligt i uppbyggnad samt inte avvika från syftet. Dessutom är den semistrukturerade intervjuguiden användbar när tidigare forskning redan existerar eftersom syftet är att verifiera och fördjupa ytterligare kring den forskning som redan finns. Den semistrukturerade intervjuguiden tillåter också utveckling och uppföljning av oförutsedd

information från informanterna, vilket kan göra att intervjuerna blir mer djupgående. (Carter et al., 2011).

Den semistrukturerade intervjuguiden bygger på ett antal förvalda frågor för att informanten ska ges möjligheten att delge mer information kring det valda ämnet. Semistrukturerade intervjuer används framförallt i de fall där data inte samlas in för första gången (Carter et al., 2011). Denna studie syftade till att bygga vidare på tidigare forskning, där till exempel Driver et al. (2019) har identifierat en kunskapslucka. Studien skulle heller inte användas för att skapa nya teorier, vilket kan motivera varför en semistrukturerad intervju har använts (Carter et al., 2011).

Ett annat sätt att bygga upp intervjuer på är enligt en ostrukturerad intervjuguide. Den ostrukturerade intervjun innehåller inte förutbestämda frågor utan riktar sig endast kring huvudfrågan och syftets tema och gör intervjun mer öppen för åsikter och upplevelser. Samtidigt styrs intervjun av hur personen som intervjuar integrerar och knyter an med informanten. Dessutom kan uppbyggnaden av intervjun förändras över tid genom att intervjuarens insikt kring ämnet ökar (Carter et al., 2011). Då författarna delade upp intervjuerna mellan varandra skulle valet av en ostrukturerad intervjuguide kunna påverkat datainsamlingen för mycket, då stor del i denna struktur bygger på dynamiken mellan intervjuperson och informant. Personen som intervjuar kan därför vara avgörande för vilken och hur mycket information som delges. Därför valdes denna struktur bort eftersom skillnaderna på intervjuerna skulle kunna bli större genom att ha två olika personer som håller i intervjuerna.

5.3.4 Tillvägagångssätt

Författarna delade upp intervjuerna mellan sig för att båda skulle få möjlighet att intervju. Detta kan ha påverkat hur intervjuerna utfördes eftersom det finns en risk för variation i hur frågorna ställs, vilket även kan ha påverkat studiens tillförlitlighet. För att minska risken att intervjuerna utfördes på olika sätt användes en semistrukturerad intervjuguide samt att båda författarna var med vid alla intervjuer. Den som inte intervjuade var med som observatör, höll koll på tiden och flikade in vid behov. Informanterna informerades om att båda författarna skulle vara närvarande vid intervjun, detta skedde muntligt eller via mail i samband med att informanterna tog del av informationsbrevet (Bilaga B). För att förtydliga detta hade det även kunnat tas upp som en del av informationsbrevet. Att båda författarna var närvarande kunde leda till att fysioterapeuterna kände sig obekväma av att hamna i ett "2-mot-1" läge. För att minimera den risken höll sig den observerande författaren i bakgrunden. För att bidra till att de skulle känna sig mer trygga och bekväma utfördes intervjuerna på fysioterapeuternas egna arbetsplatser. Intervjuerna utfördes enskilt med fysioterapeuterna istället för i en fokusgruppintervju. Fördelen med en fokusgruppintervju hade varit att informanterna får stöd av varandra, vilket kan leda till att de blir mer talföra och att de kan fördjupa sig ytterligare kring ämnet tack vare den gemensamma diskussionen, som kan ge utrymme för nya infallsvinklar. Nackdelen med fokusgruppintervju är att det kan vara svårt logistiskt att hitta en tid och plats som passar alla deltagare samt att somliga kan bli blyga av att tala i grupp. Det skulle även finnas en risk att de skulle påverkas av varandras

åsikter. Backman (2008) beskriver att det ställs höga krav på intervjuaren vid kvalitativa studier eftersom intervjuerna utgör en stor del av forskningsinstrumentet. I och med att författarna inte utfört några forskningsintervjuer tidigare och var oerfarna inom området så kan detta ha påverkat hur intervjuerna utfördes och även studiens tillförlitlighet. På grund av författarnas oerfarenhet gällande intervjuer ansåg de att det var en fördel att intervjua informanterna en och en. Därav ansågs det även vara en fördel att båda författarna var närvarande vid intervjuerna för att kontrollera att den semistrukturerade frågeguiden följdes och att inget område blev bortglömt. En nackdel med att författarna var oerfarna intervjuare kan ha varit att viss information under samtalet inte följdes upp tillräckligt med följdfrågor som inte var nedskrivna i intervjuguiden. En risk med att författarna själva läser en utbildning med en beteendemedicinsk inriktning kan ha lett till att informanterna pratade om det dem tror att författarna var intresserade av att höra. Författarna var medvetna om detta och var även i detta fall noga med att poängtera innan intervjun startade att det var informanternas individuella upplevelser som var av intresse för studien, varav det inte föreligger några rätt eller fel. Trots det finns inga garantier på att inte författarnas roller skulle ha kunnat påverkat den information som informanterna delger. Intervjuerna utfördes i avskilda rum på arbetsplatserna för att minimera risken för avbrott. Vid två intervjuer knackade dock kollegor på dörren samt öppnade den, vid båda tillfällena stängde kollegorna dörren direkt och samtalet kunde snabbt återupptas.

5.3.5 Dataanalys

Vid en innehållsanalys av en kvalitativ studie finns framförallt två sätt att gå tillväga på, manifest eller latent analys. Problemet vid en analys av en kvalitativ studie är att den alltid kommer att tolkas på ett eller annat sätt av författarna. Vid en manifest analys är det framförallt i processen att plocka ut meningsbärande enheter det uppstår en tolkningsfråga medan vid en latent analys är det hela den bakomliggande meningen av informationen som kommer att tolkas av författarna (Graneheim & Lundman, 2004). Denna studie utgick från en manifest analys då det är en direkt översättning av intervjuerna från tal till text. Dock finns alltid en risk att författarna tolkar informationen när de meningsbärande enheterna väljs ut och kondenseras. Författarna var därför noga med att objektivt och kritiskt försöka läsa igenom och granska varandras analyser för att stärka studiens tillförlitlighet. Även handledaren fick granska den första analysen för att kontrollera ytterligare en gång att kondensering och kodning av materialet skett så objektivt som möjligt. Vid indelning i kategorier och underkategorier gick författarna hela tiden tillbaka till kodens ursprungliga citat för att säkerställa att den inte hade tagits ur sitt ursprungliga sammanhang. Handledare och studiekamrater granskade även indelningen av underkategorier och kategorier en extra gång och fick exempel på citat som hörde ihop med vardera underkategorin för att kontrollera att de inte tagits ur sitt sammanhang. Tillförlitligheten av analysen lär även stärkts genom en noga beskrivning av analysprocessen med exempel på tillvägagångssätt för kondensering.

5.4 Etikdiskussion

I enlighet med Helsingforsdeklarationen (2013) skyddades deltagarnas identitet och personuppgifter. I informationsbrevet framgick även att deltagandet var frivilligt och att de när som helst hade rätt att avbryta sitt deltagande. Allt datainsamlingsmaterial behandlades konfidentiellt, vilket innebar att ingen enskild individs svar kunde spåras i resultatredovisningen. Datamaterialet raderades efter att studien hade godkänts i form av uppsats på grundnivå. Troligtvis möjliggjorde detta att informanterna tordes berätta mer fritt om sina upplevelser.

Risken vid en intervjustudie med en enskild informant och två personer som intervjuar kunde bli att den enskilde automatiskt ställs i en beroendeställning. För att minimera den risken var endast en av studiens författare ansvarig för själva intervjun medan den andra endast satt med och såg till att tidsplan och frågeställningar följdes.

Ytterligare en risk som kunde uppstå hos informanterna var att de kunde känna sig granskade rent kunskapsmässigt samt i deras yrkesroll. För att förhindra detta lades stor vikt vid att förtydliga att studien enbart syftade till att beskriva fysioterapeuternas egna upplevelser, i vilket det inte föreligger några rätt eller fel. Författarpåret upplevde att informanterna delade med sig av sina upplevelser utan att känna sig granskade eller ifrågasatta. Inga övriga etiska risker bedömdes eller påträffades under studiens genomförande.

6 SLUTSATSER

Något som informanterna lyfte fram som viktigt var att bemöta patienterna med muskuloskeletal smärta och ett rädsla-undvikande beteende ur ett helhetsperspektiv. Informanterna uttryckte att de hade olika strategier och värdefull kunskap som hjälpte dem i bemötandet av denna patientgrupp. Det framkom dock från informanterna att en av de största svårigheterna vid bemötandet av denna patientgrupp var vid mer komplexa patientfall med gemensam påverkan från samtliga biopsykosociala faktorer, däribland socioekonomiska skillnader. Att det finns en osäkerhet vid bemötandet av denna patientgrupp har framkommit både i tidigare forskning och av informanterna i denna studie. Detta tyder på ett behov av fortsatt utbildning inom området för att fysioterapeuter ska känna sig säkra i hur de ska bemöta denna patientgrupp. Om resultatet i denna studie är överförbart till en annan grupp eller kontext är något som varje läsare enskilt får avgöra.

7 KLINISK BETYDELSE OCH VIDARE FORSKNING

Studien beskriver en grupp fysioterapeuters egna upplevelser av att bemöta rädsla- undvikande beteende hos patienter med muskuloskeletal smärta. Betydelsen av studien var att belysa den upplevda kunskapen hos fysioterapeuter med en beteendemedicinsk inriktning verksamma inom primärvården samt uppmärksamma eventuellt behov av vidare forskning för att bättre kunna bemöta denna patientgrupp. Studien kan även användas för att fysioterapeuter ska få ta del av andra fysioterapeuters upplevelser kring bemötandet av denna patientgrupp. Dels det som upplevdes värdefullt i bemötandet men också det som upplevdes svårt och mer utmanande. Tidigare forskning visar att implementering av ett biopsykosocialt synsätt kan vara till fördel vid behandling av denna patientgrupp. Därav är det av betydelse att fysioterapeuter upplever att de har kunskap i att kunna använda sig av ett biopsykosocialt synsätt vid bemötandet av dessa patienter. Denna studie kan bidra till att synliggöra behovet av ökad kunskap kring ett biopsykosocialt arbetssätt för att fysioterapeuter ska kunna känna sig säkrare vid bemötandet av denna patientgrupp. I denna kvalitativa studie berörs endast fysioterapeuters upplevelser kring ämnet bemötande. Även detta talar för ett behov av vidare forskning i form av andra professioners upplevelser, upplevelser ur patientens synvinkel och utförande av andra studiedesigner. Denna studie kan betraktas som en förstudie till fortsatt forskning, förslagsvis genom kvantitativ forskning för att öka överförbarheten.

REFERENSLISTA

- Alexanders, J., Anderson, A., & Henderson, S. (2015). Musculoskeletal physiotherapists' use of psychological interventions: a systematic review of therapists' perceptions and practice. *Physiotherapy*, *101*(2), 95-102. doi: 10.1016/j.physio.2014.03.008
- Babatunde, O., Jordan, J., Van der Windt, D., Hill, J., Foster, N., & Protheroe, J. (2017). Effective treatment options for musculoskeletal pain in primary care: A systematic overview of current evidence. *PLoS ONE*, *12*(6), e0178621. doi: 10.1371/journal.pone.0178621
- Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A Social Cognitive Theory. New Jersey, Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Carter, R. E., Lubinsky, J., & Domholdt, E. E. (2011). *Rehabilitation research: principles and applications* (4th ed.). Philadelphia: Saunders.
- Denison, E., & Åsenlöf, P. (2012). *Beteendemedicinska tillämpningar i sjukgymnastik*. Lund: Studentlitteratur.
- Driver, C., Lovell, G. P., & Oprescu, F. (2019). Physiotherapists' views, perceived knowledge, and reported use of psychosocial strategies in practice. *Physiotherapy Theory and Practice*, *1-14*. doi: 10.1080/09593985.2019.1587798
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, *62*(1), 107-115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, *196*(4286), 129-136. doi: 10.1126/science.847460
- George, S. Z., Fritz, J. M., Bialosky, J. E., & Donald, D. A. (2003). The effect of a fear-avoidance-based physical therapy intervention for patients with acute low back pain: results of a randomized clinical trial. *Spine*, *28*(23), 2551-2560. doi: 10.1097/01.brs.0000096677.84605.a2
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, *24*(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Helsingforsdeklarationen. (2013). *World Medical association declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 6 februari, 2020, från World Medical Association, https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/?fbclid=IwARoRJa01_bSFHYrdeCogxA6LCkPr8JQOovbai7FJvBU-p7JBJNggW7AZ5ko

- Holopainen, R., Simpson, P., Piirainen, A., Karppinen, J., Schütze, R., Smith, A., & Kent, P. (2020). Physiotherapists' perceptions of learning and implementing a biopsychosocial intervention to treat musculoskeletal pain conditions: a systematic review and metasynthesis of qualitative studies. *International Association for the Study of Pain*, 0(0), 1-19. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001809
- International Society of Behavioral Medicine. (u.å). Hämtad 17 februari, 2020, från International Society of Behavioral Medicine, <https://www.isbm.info/about-isbm/>
- Larsson, S. (2009). A pluralist view of generalization in qualitative research. *International Journal of Research & Method in Education*, 32(1), 25–38. doi: 10.1080/17437270902759931
- Lethem, J., Slade, P., Troup, J., & Bentley, G. (1983). Outline of a Fear-Avoidance Model of exaggerated pain perception--I. *Behaviour Research and Therapy*, 21(4), 401–408. doi: 10.1016/0005-7967(83)90009-8
- Linton, S. J., & Shaw, W. S. (2011). Impact of psychological factors in the experience of pain. *Physical therapy*, 91(5), s700-711. doi: 10.2522/ptj.20100330
- Lin, I., Wiles, L., Waller, R., Goucke, R., Nagree, Y., Gibberd, M., & O'Suivillan, P. P. B. (2019). What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 54(2), 79-86. doi: 10.1136/bjsports-2018-099878
- Lundeberg, T., & Norrbrink, C. (2014). Klassifikation av smärta. I C. Norrbrink & T. Lundeberg (Red.), *Om smärta: Ett fysiologiskt perspektiv* (s. 51-77). Lund: Studentlitteratur.
- Lundman, B., & Hällgren-Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I A. Granskär, M., & Höglund Nielsen, B. (red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 211-225). (3. Uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Norrbrink, C., & Lundeberg, T. (2014). Akut och långvarig smärta. I C. Norrbrink & T. Lundeberg (Red.), *Om smärta: Ett fysiologiskt perspektiv* (s. 79-93). Lund: Studentlitteratur.
- Norrbrink, C., & Lundeberg, T. (2014). Om smärta. I C. Norrbrink & T. Lundeberg (Red.), *Om smärta: Ett fysiologiskt perspektiv* (s. 11-14). Lund: Studentlitteratur.
- Overmeer, T., & Boersma, K. (2016). What messages do patients remember? Relationships among patients' perceptions of physical therapists' messages, patient characteristics, satisfaction, and outcome. *Physical Therapy*, 96(3), 275–283. doi: 10.2522/ptj.20140557
- Passer, M., Smith, R., Holt, N., Bremner, A., Sutherland, E., & Vliek, M. L. W. (2009). *Psychology: The science of mind and behavior*. McGraw-Hill Education: Maidenhead.

- SFS 2018:218. *Med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning*. Stockholm: Justitiedepartementet.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). (2006). *Metoder för behandling av långvarig smärta: En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Från https://www.sbu.se/contentassets/81ea041f1bc2441aa09868a4f29d3f1a/smarta_fulltext.pdf
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). (2010). *Metoder för behandling av långvarig smärta: En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Från https://www.sbu.se/contentassets/fof1e57fb7b14f1fbdd18382eeda7abo/rehab_smart_a_2010_fulltext.pdf
- Van Hecke, O., Torrance, N., & Smith, B. H. (2013). Chronic pain epidemiology – where do lifestyle factors fit in? *British journal of pain*, 7(4), 209-217. doi: 10.1177/2049463713493264
- Vlaeyen, W., & Linton, J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85(3), 317–332. doi: 10.1016/S0304-3959(99)00242-0
- Vlaeyen, W., & Linton, J. (2012). Fear-avoidance model of chronic musculoskeletal pain: 12 years on. *Pain*, 153(6), 1144–1147. doi: 10.1016/j.pain.2011.12.009
- Wideman, T. H., Adams, J., & Sullivan, M. J. L. (2009). A prospective sequential analysis of the fear-avoidance model of pain. *Pain*, 145(1-2), 45–51. doi: 10.1016/j.pain.2009.04.022
- World Medical Association. *Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*, adopted by the 18th WMA General Assembly, Helsinki, Finland, June 1964, latest revision by the WMA General Assembly, Fortaleza 2013.

BILAGA A

Semistrukturerad intervjuguide

Bakgrundsfrågor:

- Ålder?
- Hur länge har du varit verksam som fysioterapeut?
- Hur länge har du varit verksam inom primärvården?
- Har du några andra fysioterapeutiska erfarenheter eller utbildningar/kurser? Vilka?

Intervjufrågor:

Vad innebär ett rädsla-undvikande beteende vid muskuloskeletal smärta för dig?

Följdfråga: Hur ofta träffar du patienter med muskuloskeletal smärta och rädsla-undvikande beteende?

Hur identifierar du att en patient med muskuloskeletal smärta även har ett rädsla-undvikande beteende?

Följdfråga: Ge exempel.

Följdfråga: Hur säker känner du dig på att identifiera ett rädsla-undvikande beteende hos patienter med muskuloskeletal smärta?

Hur bemöter du en patient med muskuloskeletal smärta som du upplever har ett rädsla-undvikande beteende?

Följdfråga: Vad är skillnaden från ett patientbemötande utan rädsla-undvikande beteende?

Följdfråga: Ge exempel.

Vilken kunskap upplever du att du har för ditt bemötande av patienter med muskuloskeletal smärta och ett rädsla-undvikande beteende?

Följdfråga: Vad är det som gör att du känner så? Vad upplever du att du eventuellt saknar?

Hur påverkar ett rädsla-undvikande beteende hos en patient med muskuloskeletal smärta, ditt upplägg av behandlingen?

Följdfråga: Ge exempel på något som har fungerat bra.

Följdfråga: Ge exempel från något som inte har fungerat lika bra.

Vad anser du att biologiska, psykologiska och sociala faktorer har för påverkan hos patienter med rädsla-undvikande beteende?

Följdfråga: Vilken faktor upplever du mer central hos patienter med ett rädsla-undvikande beteende? Varför?

Följdfråga: Hur upplever du i din roll som fysioterapeut kunna behandla biopsykosociala faktorer?

BILAGA B

Informationsbrev till studiens deltagare.

Bakgrund och syfte

Den biopsykosociala modellen har fått ett större inflytande inom vården. Det finns olika strategier för att involvera biopsykosociala modellen i sitt arbete, varav en är rädsla-undvikande modellen. Patienter som söker vård för smärta har många gånger inte endast problem med biologiska faktorer utan behöver ofta även bli bemötta utifrån de psykosociala faktorerna. Forskning visar att det idag finns begränsningar avseende att identifiera dessa patienter. Syftet med studien är således att undersöka fysioterapeuters egna upplevelser av att bemöta patienter med muskuloskeletal smärta och ett rädsla-undvikande beteende.

Förfrågan om deltagande.

Vi tillfrågar dig om att deltagande i denna studie då urvalet är fysioterapeuter med beteendemedicinsk inriktning som arbetar inom primärvården. Dina kontaktuppgifter har vi tagit del av via kontakt med verksamhetschef/ansvarig, som även har godkänt genomförandet av studien.

Studiens praktiska genomförande

Datansamling sker i form av intervjuer som kommer att spelas in. Intervjun sker vid ett tillfälle utifrån en semistrukturerad intervjuguide. Intervjun beräknas ta ca 30-45 minuter. Tid och plats för intervjutillfället bestäms tillsammans med dig.

Konfidentialitet

Insamlad data kommer endast vara tillgänglig för studiens författare. Dina svar kommer således att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem och ingen information kommer att kunna härledas till dig personligen. Intervjumaterialet kommer att spelas in på en diktafon och därefter lagras på ett USB-minne. Efter avslutat examensarbete kommer all data att raderas.

Presentation av studiens resultat

Studien kommer att presenteras i form av en uppsats vid Mälardalens högskola tillgänglig för allmänheten att ta del av.

Frivillighet

Ditt deltagande i forskningsstudien är helt frivilligt och du som informant har rätt att när som helst avbryta din medverkan i studien utan att behöva ange skäl för detta.

Ansvariga

Vid frågor eller behov av ytterligare information kontakta nedanstående ansvariga för studien.

Madeleine Arrenius mas17003@student.mdh.se

Elin Löfving elg17008@student.mdh.se

Handledare Anna Ullenhag, lektor vid Fysioterapeutprogrammet MDH

anna.ullenhag@mdh.se



MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS

Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016-15 36 00
E-post: info@mdh.se **Webb:** www.mdh.se