

UPPLEVELSER AV AKTIVT PATIENTDELTAGANDE VID REHABILITERING HOS FYSIOTERAPEUT FÖR PERSONER MED REUMATISK SJUKDOM

[En kvalitativ intervjustudie]

TIM OLSSON

SIMON LOFVARIS

Huvudområde: Fysioterapi
Nivå: Grundnivå
Högskolepoäng: 15 hp
Program: Fysioterapeutprogrammet
Kursnamn: Fysioterapi: Examensarbete med
inriktning mot beteendemedicin.
Kurskod: Fys063

Handledare: Åsa Revenäs
Examinator: Anne Söderlund
Seminariedatum: 2022-02-10
Betygsdatum: 2022-04-25

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Patientdelaktighet är ett koncept som används för att skapa patientcentrerad vård. Vid patientdelaktig rehabilitering ger fysioterapeuten patienten möjlighet att delta och engagera sig i sin egen rehabilitering genom att informeras om olika behandlingar och dess möjliga konsekvenser. Patienten får då chansen att göra val efter sina egna preferenser och villkor. Enligt self determination theory är det en persons egna val som gör människan tillfredsställd samt att det gör beteendeförändringar mer hållbara och långsiktiga. Reumatisk sjukdom är kronisk, därav bör rehabiliteringen eftersträva en beteendeförändring.

Syfte: Att beskriva upplevelserna av ett aktivt patientdeltagande vid besök hos fysioterapeut för personer med reumatisk sjukdom.

Metod: En kvalitativ intervjustudie, med deskriptiv design. Deltagare till studien rekryterades med ett ändamålsmässigt bekvämlighetsurval. Sex deltagare i studien intervjuades och hade en medelålder på 77 år. Intervjuerna analyserades med en induktiv ansats.

Resultat: Studien resulterade i 4 huvudkategorier: "Att göra egna val", "Att ta del av information", "Att ha gemensamma diskussioner" och "Att inte bestämma självständigt" med totalt 12 tillhörande underkategorier.

Slutsats: I studien visade det sig att respondenterna upplever aktivt patientdeltagande då respondenterna blev involverade i behandlingen genom att bli informerade och få göra egna val.

Nyckelord: fysioterapi, kvalitativ forskning, patientcentrerad vård, personlig autonomi, reumatism.

ABSTRACT

Background: Patient participation is used to create patient-centered care. In rehabilitation with patient participation the physiotherapist gives the patient the opportunity to participate and get involved in their own rehabilitation by being informed about different treatments and their consequences. According to self-determination theory, it is a person's own choice that makes the person satisfied and makes behavioral changes more sustainable. Rheumatic diseases are chronic, so rehabilitation should aim to long-term behavioral change.

Purpose: To describe the experience of active participation when visiting physiotherapist by persons with rheumatic disease.

Method: A qualitative interview study, with descriptive design was used. Participants in the study were recruited with a purposeful convenience selection. Six participants with a mean age of 77 were interviewed and analyzed with an inductive approach.

Results: The study resulted in 4 main categories: "Making your own choices", "Taking part in information", "Having discussions" and "Not deciding independently" and a total of 12 subcategories.

Conclusion: The respondents in this study experienced active patient participation when the respondents became involved in the treatment by being informed and allowed to make their own choices.

Keywords: physical therapy, qualitative research, patient-centered care, personal autonomy, rheumatism

INNEHÅLL

1. Bakgrund	3
1.1 Patientcentrerad vård	3
1.2 Patientdelaktighet	4
1.3 Reumatisk sjukdom	4
<i>1.3.1 Behandling vid reumatisk sjukdom</i>	<i>6</i>
1.4 Fysioterapi med en beteendemedicinsk inriktning	7
<i>1.4.1 Self determination theory</i>	<i>8</i>
2 PROBLEMFORMULERING	9
3 SYFTE	9
4 METOD OCH MATERIAL	10
4.1 Design	10
4.2 Urval	10
<i>4.2.1 Inklusionskriterier och exklusionskriterier</i>	<i>10</i>
4.3 Datainsamlingsmetod	10
4.4 Tillvägagångssätt	11
4.5 Dataanalys	1212
4.6 Etiska överväganden	13
5 RESULTAT	14
5.1 Att göra egna val	14
<i>5.1.1 Att få erbjudande</i>	<i>15</i>
<i>5.1.2 Avstå behandlingsalternativet</i>	<i>15</i>
5.2 Att ta del av information	15

5.2.1 Undersökningsfynd och patofysiologi.....	16
5.2.2 Behandlingar och dess syfte	16
5.2.3 Bristande kommunikation.....	16
5.3 Att ha gemensamma diskussioner	17
5.3.1 Att kunna ställa frågor och prata	17
5.3.2 Kom fram till det tillsammans	18
5.3.3 Att inte känna sig lyssnad på.....	18
5.4 Att inte bestämma självständigt	18
5.4.1 Krav på att delta på artrosskola för att få operation.....	19
5.4.2 Att inte vilja vara delaktig.....	19
5.4.3 Ordinerad behandling.....	19
5.4.4 Fysioterapeut erbjöd inte det jag ville ha	19
6 DISKUSSION	20
6.1 Resultatsammanfattning.....	20
6.2 Resultatdiskussion.....	20
6.3 Metoddiskussion	22
6.4 Etikdiskussion	25
7 SLUTSATS	25
8 STUDIENS BETYDELSE OCH VIDARE FORSKNING	26
Referenslista	28
Bilaga A	
Bilaga B	
Bilaga C	

1. BAKGRUND

1.1 Patientcentrerad vård

Patientcentrerad vård har utvecklats sedan 1969 och originalet definierades av Edith Balint som "the patient, in fact, has to be understood as a unique human-being..." (Balint, 1969, s. 1). Patientcentrerad vård har fortsatt att utvecklas och kan idag beskrivas som att en patient inte reduceras till dess diagnos (Fix et al., 2018). Patientcentrerad vård ska i stället ses som ett tillvägagångssätt som respekterar individens personlighet, etnicitet, värderingar, social bakgrund och information som patienterna är i behov av (Castro et al., 2016). Men ifall patienterna inte blir korrekt informerade om sina diagnoser och vilka möjliga behandlingsalternativ som finns är det en vanlig orsak till missnöje bland patienterna (Coulter et al., 2011).

Enligt Morgan och Yoder (2012) definieras den patientcentrerade vården av fyra egenskaper:

1. Sjukvården ska ta hänsyn till hur sjukdomen påverkar hela personen vilket innefattar biologiska, sociala och psykiska faktorer samt hur vården på bästa sätt kan individanpassas efter dessa faktorer.
2. Om sjukvården förstår personens livssituation samt uppmärksammar personens förmåga att fatta egna beslut om sitt liv och sin vård kommer personens specifika behov lättare tillgodoses. Enligt Deci och Ryan (1991) kan en person göra avsiktliga beslut av olika anledningar men att självbestämda beslut ger en känsla av frihet och sann känsla av valbarhet.
3. Patientcentrerad vård ska vara självstärkande då det uppmuntrar till självständighet och självförtroende vilket förstärker självbestämmanderätten och underlättar beslutsprocessen. För att uppnå detta behöver vårdpersonalen informera och stödja personen i sina individuella val och ha en effektiv kommunikation. Enligt Castro et al. (2016) kan vårdpersonal som får med sig patienter till delaktighet se det som en strategi för att uppnå patientcentrerad vård, vilket i sin tur stärker patienten och då underlättar patientens självbestämmande.
4. Personer som känner sig respekterade känner sig säkrare på att ta självständiga beslut om sin egen vård. Detta kan uppnås genom att patienterna får valmöjligheter att vara delaktiga i sin egen vård.

1.2 Patientdelaktighet

Patientdelaktighet är ett koncept som används för att skapa patientcentrerad vård. Individuell patientdelaktighet handlar om att ge patienten möjligheten att få delta och engagera sig i behandlingsplanen, vilket sker genom att patienten för en dialog med personalen att få vara med och planera om vilka behandlingar patienten ska få (Castro et al., 2016). Delat beslutsfattande, shared decision making (SDM) definieras som ett tillvägagångssätt där patient och vårdpersonal tar del av bästa möjliga evidens inför beslut och där personalen stöttar patienten i övervägandet av valmöjligheter för att få välinformerade patienter (Elwyn et al., 2012). Välinformerade patienter är en förutsättning för att få till ett aktivt patientdeltagande, därför ska patienter informeras på sådant språk som patienten förstår (Weymann et al., 2013) När SDM används upplever patienterna att de inte bara är en patient utan ses som en person, det gör också att patienterna vågar ställa frågor och att vårdpersonalen verkligen bryr sig om patienten. Patienterna säger att vårdpersonalen pratar och arbetar tillsammans med dem för att nå deras mål (Baca-Dietz et al., 2020). Vid patientdelaktighet behöver personal också ta vara på patientens kompetens och dra nytta av den som ett komplement till sin egen. Patientdelaktighet är en strategi för att uppnå en personcentrerad vård (Castro et al., 2016).

För att mäta hur delaktiga patienter får vara i vården kan de använda sig av en enkät där patienten själv får fylla i hur mycket de har fått vara delaktiga. Frågeformuläret om delat beslutsfattande (SDM-Q-9) är en enkät som patienten fyller i för att försäkra att inte vårdpersonal bestämmer vad som är bäst för patienten utifrån vårdpersonalens kunskap. Enkäten handlar om till vilken grad patienten känner sig informerad och tillfrågad gällande vilka beslut som behöver tas. Enkäten tar även upp hur väl patienten känner sig delaktig och informerad om vilka behandlingsalternativ det finns för patienten (Kriston et al., 2010).

Flera vårdgivare som infört patientdeltagande har fått en högre vårdkvalité och högre patientnöjdhet (Castro et al., 2016). Det är även tydligt att ett aktivt patientdeltagande är ett bra verktyg för att skapa beteendeförändringar. Ett aktivt patientdeltagande är trots detta inte alltid en etablerat och erkänd resurs. Ett problem för patientdeltagande verkar ofta bero på etablerade rutiner och kulturer, hos vårdpersonalen (Wiering et al., 2017).

Enligt svensk lag ska patienterna få information att denne har rätt till att bland annat välja behandlingsalternativ och få information om sitt hälsotillstånd. Informationen ska anpassas till patientens erfarenhet, ålder, språklig kunskap och andra förutsättningar. En patient ska också ha möjligt att vara delaktig i sin behandling efter sin egen förmåga och behandlingen ska utformas efter patientens önskemål och individuella förutsättningar (SFS 2014:821, 2014).

1.3 Reumatisk sjukdom

Reumatologi är läran om reumatiska sjukdomar, och är ett samlingsnamn för många kroniska sjukdomar som alla på ett eller annat sätt drabbar rörelseorganen. De flesta reumatiska sjukdomarna ger smärta och ömhet i leder eller närliggande struktur och beror

då på kronisk ledinflammation vilket benämns som artrit. I många fall ger det även upphov till destruktion av ben och ledbrosk, i synnerhet förr i tiden då sjukvården inte hade effektiv behandling. Det finns flera reumatiska sjukdomar som är inflammatoriska systemsjukdomar vilket gör att det även drabbar livsviktiga organ som hjärta och njurar. Andra symtom som uttalad trötthet är något gemensamt för många med reumatisk sjukdom som kommer tillsammans med den kroniska inflammationen som sjukdomen innebär. Den inflammationsrelaterade tröttheten är ofta en avgörande faktor för sänkt vigör och minskad livskvalitet. Reumatiska sjukdomar delas in i fem huvudgrupper och två av grupperna är artros och inflammatoriska ledsjukdomar (Klareskog et al. 2017).

Artros är en reumatisk ledsjukdom som kan drabba alla kroppens leder men som vanligtvis drabbar knän, höfter, de distala och proximala interfalanglederna. Artros skiljer sig från artrit och andra reumatiska systemsjukdomar då endast lokala inflammationstecken förekommer runt den drabbade leden. Tecken på artros är smärta från leden som ofta uppstår i perioder och direkt efter eller under belastning av leden. Likt andra reumatiska sjukdomar ger den även ibland stelhet i leden som lindras vid rörelse. Det som sker patofysiologiskt vid artros är att balansen mellan degeneration och nybildning av ledbrosk är patologiskt förändrat som inte är en del av det naturliga åldrandet. Artros är den absolut vanligaste ledsjukdomen men är svårt att säga någon exakt siffra om förekomst hos befolkningen då det varierar mellan olika leder och åldrar samt att diagnosen kan ställas på många olika sätt. I Nederländerna har de gjort undersökningar med radiologi och funnit att 10% av befolkningen hade höftledsartros och 20–30% hade knäledsartros i åldrarna 65–74 år. Artros i distala interphalangederna var det vanligaste stället då det visade sig vara 80% av kvinnorna i åldrarna 65–74 som hade det. Liknande siffror finns i Sverige, Norge, och England vilket innebär att förekomsten i Västeuropa är jämförlig med dessa siffror (Klareskog et al. 2017).

Reumatoid artrit (RA) tillhör gruppen inflammatoriska ledsjukdomar och är två till tre gånger vanligare hos kvinnor än hos män. Incidensen i Sverige ligger på 20–40/100 000 invånare och medianåldern för de som diagnosticeras med RA är runt 60 år. RA ger ledproblem med ömma och stela leder som symtomdebut. Ett vanligt förlopp är bilaterala ledproblem som startar i handled, knogar eller metatarsofalangeallederna i fötterna och som över tid sprider sig till andra leder i kroppen. Vid RA kan patienterna även få problem med fotlederna vilket nästan aldrig sker vid artros, det är inte heller ovanligt med symtom från andra organ men är sällan debutsymtomen. Den allmänna inflammationen i kroppen som artriten ger upphov till gör ofta att patienten får nedsatt allmäntillstånd där de blir trötta, hängiga och tappar aptiten. En sådan sjukdomsrelaterad trötthet kallas fatigue och går inte att vila sig ifrån dock finns det idag effektiv antiinflammatoriska läkemedel som botar dessa symtom, ungefär 20% får inte full effekt av dem och vissa symtom kvarstår. Behandlingen av dessa kvarstående problem som kan vara smärta och fatigue är inte lika väl utforskat som den antiinflammatoriska grundbehandlingen (Klareskog et al. 2017).

1.3.1 Behandling vid reumatisk sjukdom

Inom vårdens reumatologi-team är fysioterapin en viktig del av behandlingen, fysioterapeuter arbetar med att stärka patienters funktionsförmåga och bedöma hjälpmedelsbehov. Detta är viktiga insatser inom reumatologin eftersom många patienter har kvarstående besvär från rörelseapparaten trots att läkare ordinerat den mest effektiva medicineringen som finns att tillgå. Rehabiliteringen måste anpassas efter sjukdomen och patientens egna individuella önskemål. Rehabiliteringen fokuserar på att minimera funktionshinder genom att träna upp de funktioner som patienten behöver för att kunna leva som han eller hon önskar. Rehabiliteringen och målet med behandlingen skall utformas tillsammans med patienten (Klareskog et al., 2017). Exempel på sådan rehabilitering kan vara hydroterapi eller vattengymnastik som det också kallas. En studie där forskarna undersökte effekten av hydroterapi för patienter som var diagnostiserade med reumatoid artrit kunde de se sänkta inflammationsmarkörer med minskad CRP samt mindre svullna och ömma leder efter 12 veckors träningsprogram. Samtliga patienter i studien var diagnostiserade med reumatoid artrit och kontrollgruppen fick sin sedvanliga medicinering medan experimentgruppen fick utföra både hydroterapi och ta sin medicin (Mateen et al., 2018).

När forskarna gjorde en jämförelse mellan thai chi som behandlingsmetod eller fysioterapi med styrketräning inom smärtgränsen som behandling, fann de inga signifikanta skillnader mellan de olika metoderna för patienter med symtomatisk knäledsartros. Båda interventionerna var under 12 veckor, thai chi 2 gånger i veckan i 12 veckor i ena gruppen och 6 veckors fysioterapi 2 gånger i veckan följt av 6 veckor hemmaträningsprogram 4 gånger i veckan. Båda grupperna rapporterade kliniskt relevanta förbättringar i funktion, livskvalitet, minskad smärta och bättre psykiskt välmående. Thai chi gruppen hade bäst resultat när det gällde psykiskt välmående. Medelåldern på deltagarna var 60 år och 70% var kvinnor (Wang et al., 2016).

Vid knä och höftartros finns det idag ett program med artrosskola för artrospatienter. Det är ett nationellt program för att standardisera omhändertagandet av patienter med höft och knäledsartros med hjälp av fysioterapi, viktnedgång vid behov och information om sjukdomen. Innan artrosskola påbörjas görs en individuell utvärdering av patienten. På artrosskolan blir patienten utbildad om artros, symtom och vilka olika behandlingsalternativ som finns att tillgå. Patienten bör få veta vad varje behandlingsform innebär för att patienten ska kunna bilda sig en förståelse och vad som förväntas av dem. Det är viktigt med ett bra omhändertagande och att inkludera patienterna i deras egen rehabiliteringsplan som exempelvis rörelseträning i tidigt skede med funktionsträning eller till exempel hydroterapi. Behandlingen bör påbörjas i ett tidigt skede eftersom det är då patienten har som störst möjlighet att uppnå ett bra resultat (Karlsson et al., 2018).

1.4 Fysioterapi med en beteendemedicinsk inriktning

Beteendemedicin definieras som ett tvärvetenskapligt område och baseras på den biopsykosociala modellen där psykosociala, beteendemässiga och biomedicinska kunskaper integreras som kan vara relevanta för hälsa och sjukdom, som tillämpas vid rehabilitering och behandling (international Society of Behavioral Medicine, 2014). Enligt Engel (1997) fokuserar den biopsykosociala modellen på att de biologiska, psykologiska och sociala faktorerna samverkar i sjukdomsutvecklingen och behöver vid utredning samt behandling bejakas för att ge betydande effekt.

Fysioterapi är en profession och vetenskap med fysiska, psykiska och sociala perspektiv på människans hälsa. I första hand är det kunskap om kroppen och rörelsens funktion för hälsa och livskvalitet. Fysioterapeuten använder sig främst av rörelse som medel för att påverka människans egen hälsa och återvinna optimal rörelseförmåga. Exempel på detta är att bedöma och rehabilitera olika typer av skador och sjukdomar. Fysioterapeuten startar en utredning för att sätta en diagnos genom intervju, standardiserade observationer och mätmetoder. Detta bildar en grund för att gemensamt med patienten komma fram till ett mål som patient och fysioterapeut har att arbeta mot vid rehabiliteringen. Rehabiliteringen kan bestå av individanpassad träning, hjälpmedelsförsörjning och att träna på vardagsaktiviteter. Vad det blir för rehabiliteringsinsatser beslutas tillsammans med patienten. Under rehabiliteringens gång utvärderas resultaten av behandlingen med hjälp av testerna och målen som sattes upp innan behandlingen startade. Utvärderingen används för beslut om vidare behandling, avslut eller eventuellt hänvisa vidare till annan vårdspecialist (Broberg & Lenné., 2017).

Fysioterapi med beteendemedicinsk inriktning innebär i den kliniska verksamheten att integrera biomedicinska, psykologiska och sociala faktorer i interventionen genom att optimera patientens förmåga, motivation och möjlighet vilket har god effekt på lång sikt. (Söderlund et al., 2020). En viktig faktor i detta arbete är att låta patienten vara självständig i sina beslut eftersom det leder till mer långsiktiga beteendeförändringar och bättre psykiskt mående. En patient med bättre psykiskt mående har troligen även större chanser att lyckas med en beteendeförändring (Ng et al., 2002). Detta är relevant vid reumatisk sjukdom eftersom Vriezolk et al. (2010) beskriver att 60–70% av personer med reumatisk sjukdom har någon form av psykisk ohälsa. När fysioterapeuter pratar om fysioterapeutiska beteendeförändringstekniker bygger dessa på att fysioterapeuterna får med sig patienten att vara delaktig i sin rehabilitering (Denison & Åsenlöf, 2012).

Engagerade patienter är avgörande vid ett rehabiliteringsprogram, då en låg nivå av patientdeltagande är associerad med sämre rehabilitering. När patienten är delaktiga och väljer själv vilka mål som är meningsfulla och viktiga att uppnå resulterar det i bra följsamhet genom att patienten och fysioterapeuten arbetar tillsammans mot att uppnå rehabiliteringsmålet (Bland et al., 2016). Mer uppmärksamhet inom vården går till att försöka få med sig patienter med reumatisk sjukdom till att själv ta kontrollen över sin sjukdom. För att det ska fungera behöver vården gå ifrån ett äldre synsätt där vårdpersonal är experter till att vårdpersonal och patient blir mer jämlika för att kunna arbeta med ett delat beslutsfattande. Det är då viktigt att patienten själv kan styra sitt beteende och övervaka

sin sjukdomsaktivitet för att sedan diskutera detta tillsammans med sin vårdgivare (Van Riel et al., 2019). Självmonitorera kan patienten exempelvis göra genom att föra en dagbok, vilket kan ge information som både patient och fysioterapeut kan ha nytta av. Informationen kan handla om fysiska och sociala faktorer, vad patienten tänker och känner under vissa beteenden samt vad det får för konsekvenser för patienten (Denison & Åsenlöf, 2012).

1.4.1 Self determination theory

Self determination theory (SDT) definieras av en persons egen förmåga att kontrollera sig själv, ta egna beslut och tänka självständigt (Deci, 1971). Teorin fokuserar huvudsakligen på personens egen inre motivation "intrinsic motivation" som innefattar att lära sig att bli mer självständig och viljan att förbättra sig själv. Vilket får hälsosamma beteenden att bli mer bestående och ihållande. Om patienten inte ges valmöjlighet utan i stället får direktiv vad hen borde göra kallas det enligt SDT för en yttre faktor eller yttre motivation. Detta medför att personerna inte blir lika motiverade vilket kan göra att hälsosamma beteenden blir kortvarigare (Deci, 1971).

Vidare beskriver Deci och Ryan (1990) att människor drivs av tre psykologiska fundamentala behov för personligt välbefinnande: kompetens, tillhörighet och autonomi som är förmågan att kontrollera sitt eget mål och beteende vilket förstärks om personen får göra sina egna val. I denna studie, skulle detta till exempel kunna innebära att patienten får göra egna val när fysioterapeuten ger förslag på olika behandlingsalternativ i stället för att bara säga åt patienten vad den bör göra. Ett exempel på att känna sig kompetent i detta sammanhang skulle kunna vara då fysioterapeuten erbjuder lagom svåra rehabiliteringsövningar som patienten lyckas med och på det sättet känner sig kompetent. Känslan av tillhörighet kan patienten få i gruppträning som ofta erbjuds vid fysioterapeutisk rehabilitering av patienter med reumatisk sjukdom ex. bassängträning eller gruppträning med artrosskola. Den känslan skulle också kunna underlättas hos patienten om fysioterapeuten bjuder in och låter patienten vara med och diskutera behandlingsupplägget. När dessa tre fundamentala psykologiska behov är uppfyllda leder det till en förbättrad mental och fysisk hälsa samt ökad fysisk aktivitet (Ryan et al., 2008).

Den autonoma motivationen kan ökas genom att uppfylla autonomi, kompetens och samhörighet genom ett par grundprinciper till exempel:

- Bjuda in personerna till problemlösning samt ställa öppna frågor.
- Aktivt lyssna och visa empati samt förståelse.
- Erbjud val med information om ansvar.
- Framföra icke dömande och positiv feedback som tar hänsyn till initiativtagande.
- Minska den totala kontrollen och jämförelse mellan andra.
- Dela kunskap och information för att förstärka autonomi och kompetens

(Stone et al., 2009).

För att implementera SDT i praktiken behöver vårdgivaren ge patienten möjlighet att göra egna val vilket ger en känsla av att kunna lyckas, vårdgivaren måste även genuint stötta patienten i beteendeförändringen. Här är målet att patienten själv ska känna sig som initiativtagare till beteendeförändringen. Beteendeförändringen uppmuntras av vårdpersonal men ansvaret är på patienten och på patientens villkor för att beteendeförändringen ska kunna vara realistisk (Miller, 2016). Beteendeförändringen underlättas av en ökning av autonoma motivationen då beteendeförändringen blir mer effektiv och har en större varaktighet (Ng et al., 2002). Att få vara delaktig och göra egna val som patient är en av grundpelarna i patientcentrerad vård och flera studier visar att patienter med problem från rörelse och stödjeorganen har en önskan att få delta i de kliniska beslut som rör patienten (Samsson et al., 2016).

2 PROBLEMFORMULERING

Enligt svensk lag ska patienterna få möjlighet att vara delaktig i sin egen vård, detta efterföljs dock inte alltid inom vården vilket bryter mot hälso- och sjukvårdslagen och patientens rätt till delaktighet och autonomi. Det finns även vetenskapligt stöd för att ett aktivt patientdeltagande är en viktig komponent för att ha en hög kvalitet på vården, då det engagerar patienterna och främjar beteendeförändringar. Patienter som däremot inte är delaktiga i sin rehabilitering blir mindre engagerade och riskerar att få kvarstående besvär och sämre följsamhet för beteendeförändringar. Vårdutövaren går även miste om patientens kompetens och den inre motivationen som enligt SDT är den största drivkraften för våra beteenden. Det finns ingen tidigare forskning utav vad författarna har hittat om upplevelser av aktivt patientdeltagande hos fysioterapeut för personer med reumatisk sjukdom. Därför vill författarna med denna studie undersöka detta område för att få en bredare förståelse som kan leda till en grund för vidare forskning.

3 SYFTE

Syftet var att beskriva hur personer med reumatisk sjukdom upplever ett aktivt patientdeltagande, vid besök hos fysioterapeut.

4 METOD OCH MATERIAL

4.1 Design

I denna studie valdes en kvalitativ deskriptiv intervjustudie då studien syftade till att få fram respondentens subjektiva upplevelser av aktivt patientdeltagande. För detta är kvalitativ ansats bättre då personer har lättare att beskriva sina erfarenheter och upplevelser som baseras på deras världsbild (Austin & Sutton, 2014). Kvalitativ ansats kan också lättare fånga upp komplexiteten och kontexten hos respondenterna (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

4.2 Urval

Deltagare till studien rekryterades med ett ändamålsmässigt bekvämlighetsurval via medlemmar i föreningar inom Pro i Västmanlands län samt Reumatikerförbundet i Västmanland. Reumatikerförbundet hade dock inga medlemmar som ville medverka i studien vilket innebär att samtliga sex respondenter i denna studie kommer ifrån PRO.

Ett ändamålsmässigt bekvämlighetsurval valdes då författarna valde respondenter utifrån urvalskriterierna och syftet med studien, eftersom tiden var begränsade innebar det att respondenterna valdes närmast till hands (Denscombe, 2014).

Urvalet bestod av sex kvinnor i åldrarna 66 - 85 år med en medelålder på 77 år. Samtliga hade varit patient hos fysioterapeut minst en gång och en majoritet hade erfarenhet av att ha varit patient flera gånger och hos olika fysioterapeuter. Samtliga besökte fysioterapeut på grund av reumatisk sjukdom, fem var där för artros och den sista för reumatoid artrit.

4.2.1 Inklusionskriterier och exklusionskriterier

Inklusionskriterierna till att delta i studien var att deltagarna skulle ha erfarenhet av att ha varit patient hos fysioterapeut på grund utav reumatiska besvär. Ytterligare kriterier var att kunna behärska svenska språket i tal och skrift samt, vara över 18 år.

Exklusionskriterierna var att om respondenterna inte kunnat lämna informerat samtycke till att delta i studien på grund utav oförmåga att tillgodogöra sig informationsbrevet.

4.3 Datainsamlingsmetod

En semistrukturerad intervjuguide med målinriktade öppna frågor samt följdfrågor användes för att samla in material till datainsamlingen (se bilaga A). Sex personer intervjuades enskilt och fick beskriva sin upplevelse av aktivt patientdeltagande.

Vid utformandet av intervjuguide togs inspiration av två enkätformulär Shared Decision Modell (SDM-Q-9) och kvalitet ur patients perspektiv (KUPP) som behandlar patientdelaktighet och patientcentrerad vård. Intervjuguiden ska formuleras på sådant sätt att den underlättar svar på studiens syfte samt att intervjuguiden ska ha ett anpassat språkbruk till respondenten vilket möjliggör att de förstår frågorna (Bryman, 2018). De första fyra frågorna i intervjuguiden (se bilaga A) behandlade intervjupersonernas generella bakgrundsinformation och var slutna i karaktären medan de övriga 9 frågorna var av öppen karaktär och syftade till att besvara studiens syfte. Det tillkom även förberedda följdfrågor vid behov samt oförberedda följdfrågor som exempelvis ”kan du utveckla”, ”hur menar du då” för att fördjupa svaren.

För att testa intervjuguiden genomförde en av författarna först en pilotintervju med en nära anhörig med tidigare erfarenhet av att vara patient hos fysioterapeut på grund utav knäledsartros, med syftet att identifiera svårigheter och problem med intervjuguiden. Denna intervju genomfördes via ett videosamtal i hemmamiljö både för studieförfattaren som var intervjuare och anhörig som agerade respondent. Efter intervjun byttes det plats på några frågor i ordningen för att nästkommande intervju skulle kännas mer naturlig. Inget av detta spelades in eller togs med vidare till analysen, utan var endast för att se till att syftet kunde besvaras med intervjun.

4.4 Tillvägagångssätt

Kontakt togs med reumatikerförbundet via telefon, e-post och deras Facebook sida. Dessvärre tackade medlemmarna nej till att delta i studien. Det togs även kontakt med ordförande från alla PRO föreningar i Västmanland via telefon. Endast medlemmar ur två olika PRO-föreningar valde att delta i studien. Ordföranden för en av PRO föreningarna som valde att delta i studien berättade i telefon att föreningen snart skulle ha ett årsmöte varpå författarna bestämde tillsammans med ordförande att informationsbladet (bilaga B) och samtyckesblanketten (bilaga C) skulle delas ut till alla som ville delta i studien. Detta resulterade i att utav 80–100 personer som deltog i mötet var det fem personer som mötte urvalskriterierna och ville delta i studien. Författarna till studien planerade sedan tillsammans med ordförande in en dag där dessa fem respondenter skulle intervjuas i föreningens lokaler med cirka 45 minuters mellanrum.

Under tiden författarna kontrollerade att informanterna läst informationsbrevet och samlade in det ifyllda samtyckesformuläret bjöds det på fika. Författarna till studien alternerade att påbörja varje intervju och när ena författaren kände sig klar tog den andra författaren över och ställde de följdfrågor som den hade skrivit upp under intervjun.

Utöver dessa fem respondenter kontaktades en respondent direkt via telefon som fanns i författarnas kontaktnät som var medlem i PRO, där bestämdes det att intervjun skulle ske i respondentens hem två dagar senare. Respondenten fick informationsbrevet (bilaga B) och samtyckesblanketten (bilaga C) skickat till sig via e-post innan intervjun.

Intervjuerna pågick cirka 20 – 30 minuter och dessa sex intervjuer tog totalt 2 timmar, 21 minuter och 13 sekunder. Materialet spelades in via diktafon och överfördes direkt efter avslutad intervju till lösenordskyddad dator där materialet transkriberades, datan tas bort efter avslutad och slutligt bedömd studie. Intervjuerna spelades in och transkriberas då det bidrar till att stärka författarnas minne, underlättar att analysera samtalet och författarna kan gå igenom respondentens svar flera gånger (Bryman, 2018).

4.5 Dataanalys

Efter att alla intervjuer utförts delades intervjumaterialet upp mellan författarna och på det viset kunde materialet istället transkriberas på olika håll när det passade varje författare, detta för att effektivisera och underlätta arbetet med transkriberingen. Vid analysprocessen användes kvalitativ innehållsanalys då fokuset var att identifiera likheter och skillnader i den transkriberade texten. Det användes även en induktiv ansats då texten förutsättningslöst analyserades baserat på respondenternas upplevelser (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Det användes inte heller några förbestämda kategorier i analysprocessen utan dessa tillkom efter vägens gång (Nielsen & Granskär, 2017).

Den transkriberade texten användes för att plocka ut meningsbärande enheter som kunde svara på studiens syfte. De meningsbärande enheterna som togs ut skulle vara lagom långa för att förstå innebörden av meningarna men inte för långa att de riskerar att ha flera innebörder. De meningsbärande enheterna får inte heller vara för korta då innehållet kan riskera att bli fragmenterat (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). När vissa meningar var svåra att förstå när de blev ryckta ur sitt sammanhang redovisades även frågorna som var ställda till respondenterna eller andra förtydliganden in i texten inom parentestecken.

För att underlätta analysen förkortades texten med en kondensering för att göra texten lättare att hantera. Den kondenserade texten skulle förkortas men samtidigt behålla alla centrala delar, därför togs alla ord bort som var överflödiga, utan att förlora innebörden av meningen. Sedan skapades koder som väldigt kort skildrar vad som sägs i den meningsbärande enheten. När alla koder var skrivna sorterades dessa och förde samman de med liknande innehåll för att sedan bestämma olika kategorier för dessa (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Det resulterade i totalt fyra huvudkategorier och tolv underkategorier av allt material se tabell 1 nedan för exempel.

Tabell 1: Exempel på analysprocessen där meningsbärande enheter går till kondenserad text till kod. Exempel är tagna från huvudkategorierna.

Meningsbärande enhet	Kondenserad text	Kod	Underkategorier	Kategori
Ja, jag tyckte det, men jag vet inte jag hade ju aldrig gjort det	Jag tyckte pulsen var för hög så det måste jag fråga om tänkte jag,	Måste fråga om pulsen var för hög	Att kunna ställa frågor och prata	Att ha gemensamma diskussioner

någon gång förut så jag tyckte att det var så högt, så det tänkte jag att det här måste jag fråga om så jag inte svimmar på den här	så jag inte svimmar här.			
Det är jag som bestämmer om jag vill gå eller ej, det är ju jag, hon frågade ju mig och ja sa jag jag vill gå, det var jag som bestämde att jag ville.	Det är jag som bestämmer om jag vill gå eller ej. Hon frågade mig och jag sa ja.	Det är jag som bestämmer, hon frågar.	Att få erbjudande	Att göra egna val

4.6 Etiska överväganden

Studien utgick från Helsingforsdeklarationen World Medical Association (2008) och de grundläggande etiska principerna självbestämmande-, göra gott-, inte skada- och nytta-principen (Världsläkarförbundet, 2016; Vetenskapsrådet, 2016). Ett informationsbrev (se bilaga B) lämnades ut innan intervjuerna där respondenterna informerades om studiens metod, vad syfte var, vad det innebar att vara med i studien, vilka risker det innebär, vilka som var ansvariga, samt att deltagande är frivilligt och de kan när som helst avbryta sitt deltagande. Detta gjordes för att säkerhetsställa att respondenten hade ett tillräckligt underlag för att kunna lämna ett informerat samtycke det vill säga ett godkännande att delta i studien som grundar sig på utförlig och tydliga information vad ett deltagande innebär (Etikprovningsmyndigheten, 2022). Deltagare som är under 18 år, eller av annan anledning gör att de själva inte kan tillgodogöra sig information för att lämna ett informerat samtycke utesluts från studien.

Datamaterialet från studien har sparats på en lösenordskyddad dator som har förvarats hos studieförfattarna för att efterfölja konfidentialitetskravet. Allt material från studien har avidentifierats för att eller annan information som skulle kunna göra att respondentens identitet avslöjas och efter studien har blivit godkänd raderas allt datamaterial (World Medical Association, 2008).

En risk med denna studie är att respondenterna kan uppleva det integritetskränkande att behöva svara på frågor om sin personliga upplevelse, samt att frågorna under intervjun kan påminna respondenterna om negativa upplevelser vilket kan framkalla negativa känslor. Författarna hade därför förståelse över att respondenterna berättade vad denna var bekväm med då studien skall göra mera nytta en skada, vilket är viktigare än vetenskapliga intressen (Världsläkarförbundet, 2016; Vetenskapsrådet, 2016).

Nyttan med studien på kort sikt är att respondenterna får gehör för sina åsikter om upplevelsen av aktivt patientdeltagande, medan på lång sikt förväntas studien kunna stödja fortsatt forskning i ämnet vilket kan uppmärksamma fysioterapeuter om fördelarna med aktiv patientdelaktighet.

5 RESULTAT

Resultatet av intervjuer från respondenterna om upplevelsen av ett aktivt patientdeltagande vid rehabilitering hos fysioterapeut beskrivs i tabell 2 med 4 huvudkategorier, ”Att göra egna val”, ”Att ta del av information”, ”att ha gemensamma diskussioner” och ”Att inte bestämma självständigt”. Huvudkategorierna sorterades in i totalt 12 underkategorier, 2–4 per huvudkategori som kan ses i tabell 2.

Tabell 2: Kategori och underkategori som sammanställer respondenternas olika upplevelser av aktivt patientdeltagande hos fysioterapeut.

Kategori	Underkategori
Att göra egna val	Att få erbjudande Avstå behandlingsalternativet
Att ta del av information	Undersökningsfynd och patofysiologi Behandlingar och dess syfte Bristande kommunikation
Att ha gemensamma diskussioner	Att kunna ställa frågor och prata Kom fram till det tillsammans Att inte känna sig lyssnad på
Att inte bestämma självständigt	Krav på att delta på artrosskola för att få operation Att inte vilja vara delaktig Ordinerad behandling Fysioterapeut erbjöd inte det jag ville ha

5.1 Att göra egna val

Respondenterna beskrev att de fick vara med och göra egna val genom att de blev erbjudna olika behandlingar i stället för att bli ordinerad behandling och kunde därför tacka ja eller

nej. Det framkom att de hade provat på vissa behandlingar men sedan kunnat säga nej då de inte tyckt om behandlingsalternativen de provat på. Författarna i studien tolkade det som att respondenterna fick en bra upplevelse och ett gott bemötande hos fysioterapeuterna där de fick chansen att göra egna val.

5.1.1 Att få erbjudande

Respondenterna anger att de kan göra egna val då fysioterapeuten erbjuder olika alternativ. Respondenterna förklarar att fysioterapeuten har frågat om de vill prova behandlingar eller till exempel artrosskola och att det är de som bestämmer om de vill göra det eller inte.

”Jag tyckte när jag kom dit, redan första gången redan att dom var intresserade och erbjöd mig att påbörja på det här, (höll i träningsschema) och sen erbjöd dom mig och fråga om jag ville gå på artrosskola.” (Respondent 1)

5.1.2 Avstå behandlingsalternativet

Respondenterna har vid vissa tillfällen kunnat säga ifrån när de inte tyckt att behandlingen varit bra. Respondenterna har provat en eller några gånger och sagt att det inte är någon idé att fortsätta med behandlingen. Ibland har de inte gillat det alls och sagt nej direkt och då inte behövt testa det.. Under intervjuerna framkom det även att respondenterna tyckt att vissa övningar varit för svåra, då har de sagt till sin fysioterapeut och kommit fram till att de ska prova någon annan gång längre fram i rehabiliteringen.

” Jag tyckte att det bara var...eh, jag vet inte jag gillade den (TENS) inte iallafall så då tänkte jag att jag kanske inte behövde ha den heller... å då slapp jag ju den då... jag tyckte det räckte med dem här rörelserna som jag gjorde i bassängen va.” (Respondent 1)

”Nej gud men jag sa det jag kan inte du ser väl hur de vinglar sa jag... Nej sa hon bara såhär bry dig inte om den då sa hon den kan vi ta sen då eller nått”. (Respondent 3)

5.2 Att ta del av information

Det framkom att respondenterna upplevde att de dels fått bra information om vad fysioterapeuten undersöker efter och vad de hittar. Respondenter har fått information om fynd och patofysiologi som varit viktig för dem. Respondenterna säger också att de inte fått lika mycket information och ibland är det för att de inte själva vet vad de ska fråga efter. Fysioterapeuter har också förklarat och gett information för respondenterna varför de ska göra vissa saker under rehabiliteringen.

5.2.1 Undersökningsfynd och patofysiologi

Under intervjuerna berättade respondenterna hur fysioterapeuten har förklarat hur leden rör sig och vad som händer i leden när de har artros. Respondenterna talade om för oss att det gjorde att de visste hur de skulle bete sig för att hantera sin sjukdom. Respondenterna berättar också att de fått sådan information via broschyrer och liknande. De berättade att de hade god erfarenhet av artrosskolan också, där de fick lära sig mer ingående om sjukdomen. Det framkom att respondenterna tyckte det var positivt att få information och att det hörde ihop med ett bra bemötande från fysioterapeuten.

”Hon förklarar jättebra och visar mig en massa... hon berättar hur det funkar, hur knät funkar visar hon... visa och prata om det här hur det går i så här o lederna o att det blir utnött och lite så där... hon va jätteduktig på att förklara! Jo men då vet man ju hur man ska gå och röra sig.” (Respondent 3)

”Ja han undersökte mig och han visade och förklarade och sa att... ja jag vet inte hur jag ska förklara det men jag fick väldigt positivt så då går man ju dit när man blir väl bemött”. (Respondent 1)

5.2.2 Behandlingar och dess syfte

Under intervjuerna talar respondenterna om för oss att de fick bra information om behandlingen. De fick veta att det var viktigt med att hålla musklerna i trim vid artros då det kunde avlasta leden. Bland annat bidrog det till att de förstod varför de skulle göra övningarna och att de inte lika lätt tröttnade på att göra övningarna. Respondenterna berättade också att det gjorde att de lyssnade och gjorde vad fysioterapeuten sa. En respondent berättade att hon inte gått artrosskola än men såg fram emot detta eftersom det skulle bli intressant att få ta del av mer information om artros och vad hon kan göra åt det.

”Det är ju bra att få den där informationen hon tala om vad jag skulle göra, om vad jag ska vara försiktig med å med knä o gör si o så o sen kör dem här övningarna och framför allt sitt inte still så mycket för då är det värre och det märker man ju.” (Respondent 4)

”Ja det gjorde han för att det är viktigt när man har artros att man håller musklerna i trim alltså att musklerna är starka i knät då avlastar de ju själva o det är väl de som är lite sämre nu så att...” (Respondent 6)

5.2.3 Bristande kommunikation

Det hade även hänt att respondenterna kände att de fick för lite information. Att inte bli informerad handlade om tillfällen då inte respondenterna fått någon information om hur träningen skall gå till. Respondenterna berättade också att fysioterapeuter instruerat träningen på olika sätt, detta tyckte respondenten var lite jobbigt eftersom respondenterna inte visste vem de skulle lyssna på. Under intervjuerna framkom det att respondenten förväntat sig få veta vad smärtan beror på men att hon ändå inte fått veta vad det kunde vara vilket hade gjort att respondenten sökte läkare och röntgen. Vid ett undersökningstillfälle

som en respondent berättade om låg hon i en position där att hon inte kunde se vad som hände. Det hade också uppstått någon situation då respondenten inte fått någon information om hur länge ett hjälpmedel skulle användas vilket hade medfört att det hade använts för länge.

”hon sa, här är uppe ska du vara så du kommer upp till munnen. (övning) Så då sa jag det, men vem ska jag rätta mig till, ska jag lyssna på dig eller ska jag lyssna på den andra? Det tyckte jag var lite jobbigt, för då visste man liksom inte...”
(Respondent 2)

”Nej det tycker jag inte att jag fick någon information om, det var mest såhär att nu har vi bandet här och nu ska vi träna sådär, det var ju väldigt populärt ett tag att alla skulle ha det så då att det var så säkert och så, det kanske är bra för många men för mig var det inte bra.” (Respondent 4)

5.3 Att ha gemensamma diskussioner

Att kunna diskutera med sin fysioterapeut berättade respondenterna att de hade gjort under sitt besök. Det fanns tillfällen då respondenterna var oroliga eller bara undrade saker som de kände att de kunde ta upp och prata om med fysioterapeuten. Genom att prata igenom saker med sin fysioterapeut kände respondenterna att de kom fram till saker tillsammans utan att bara fysioterapeuten bestämde. Det fanns även tillfällen då respondenterna inte kände sig lyssnade på när de försökte påpeka något eller ställa frågor.

5.3.1 Att kunna ställa frågor och prata

Respondenterna berättar att de har kunnat ställa frågor om saker de har haft funderingar över, ibland har de haft många olika frågor och ibland har det varit något specifikt de oroat sig över. Detta var till hjälp för respondenterna i deras rehab då de inte alltid visste hur de skulle göra annars. De känner att det funnits tid till att prata och att fysioterapeuten har haft tid till att lyssna på dem samt att de känner sig tagna på allvar. Det framkom under intervjuerna att respondenterna kände att fysioterapeuten var intresserade av dem när de fick frågor tillbaka och att det bidrog till ett bra möte. Något som respondenterna också nämnde var viktigt för dem var att det fanns tillräckligt med tid till patientmötet för att de då hade tid prata ordentligt med fysioterapeuten.

”Det tycker jag, jag tycker det... att man måste bry sig, och hon brydde sig om patienten tycker jag... hon stressade inte på iallafall absolut inte, det gick jättebra att prata med henne jättebra...” (Respondent 3)

“Ja för då när jag stod där tyckte jag att det gick upp så högt (puls) så jag vart ju så nervös så jag måste ju stanna annars svimmar jag ju av, men det var det ju inte så. Jag fick ju mycket hjälp med det jag undrade över.” (Respondent 1)

5.3.2 Kom fram till det tillsammans

Genom diskussion med respondenterna har fysioterapeuter kommit fram till olika behandlingsalternativ som varit lämpliga för respondenten. Fysioterapeuterna har pratat med respondenterna hur träningsprogrammet ha fungerat och då anpassat detta över tid. Respondenterna har blivit tillfrågade vad de föredrar och därefter föreslagit träningsprogram.

”Vi diskuterade kanske kring det här, och jag har alltid tyckt om att bada och simma och sånt. det gjorde jag mycket förr, gick på badhuset en gång i veckan... så då, ja genom diskussion kom vi nog fram till att det kunde nog vara bra för mig också eftersom jag tyckte så mycket om att vara i vatten.” (Respondent 1)

”Det var väl att skadan satt i axeln du kan få se, (visar bild) vi kom fram till övningarna tillsammans...” (Respondent 5)

5.3.3 Att inte känna sig lyssnad på

Respondenterna har ibland haft frågor till sin fysioterapeut där de inte har fått något svar av dem. Vid mötet med fysioterapeut har det funnits förväntningar om att få reda på vad smärtan beror på men att fysioterapeuten inte kunnat ge något svar på det och viftat bort det genom att skylla på hög ålder. Det var också tillfällen då respondenterna varit orolig över hur träningen har känts och påverkat kroppen men inte fått något gehör av sin fysioterapeut.

”Jo jag sa det, för en gång var mitt knä var mitt knä så här tjockt och då sa jag till henne varför måste du köra så hårt titta hur mitt knä ser ut... men hon svara liksom ingenting på det.” (Respondent 2).

”Ja alltså förväntningarna var första gången var att jag skulle komma på vad det var det som gjorde så ont och värk och jag tyckte inte att jag fick det. Utan fick det hör väl till åldern eller nått sånt å vifta bort det.” (Respondent 5)

5.4 Att inte bestämma självständigt

Det förekom tillfällen då respondenterna inte kunde vara med och styra sin rehabilitering hos fysioterapeut. Det var tillfällen då respondenterna inte kunde påverka men också tillfällen där de inte ville vara med och delta i besluten. Det framkom att respondenterna har efterfrågat behandling som inte kunnat erbjudas av fysioterapeut. Respondenterna berättar i intervjun att för att bli opererad är det ett kriterium att ha gått artrosskola först.

5.4.1 Krav på att delta på artrosskola för att få operation

Respondenterna berättar under intervjun att de behöver gå artroskolan för att kunna få erbjudande om operativ behandling. Att det var ett krav att gå artroskolan var en av flera faktorer som hade gjort att inte operationen blivit av för respondenten.

”Dom säger ju det om man ska genomgå en knäoperation då ska man ju ha gått artrosskolan... det är tydligen kravet.” (Respondent 6)

5.4.2 Att inte vilja vara delaktig

Det fanns också tillfällen då respondenterna talade om att de inte ville vara speciellt delaktiga. Det berodde på att de som patient kände att fysioterapeuten visste mer än dem och att de fick göra valen åt dem. Att ta del av undersökningsfynd var heller inget som intresserade respondenterna i dessa fall eftersom de inte var intresserade eller insatta men var nöjda med besöket ändå eftersom de ville ha det på det sättet.

”Nej det tror jag inte nej man litar ju på att dom vet mera än vad en annan gör om man säger så... jag litar väl på att det han visar mig att det skulle vara okej...” (respondent 6)

5.4.3 Ordinerad behandling

Respondenterna uppger att de ibland inte kunnat påverka behandlingen. Det har varit tillfällen då de fått färdiga träningsprogram och inte blivit tillfrågad innan. Respondenterna berättar också att de varit på olika gruppträningar där fysioterapeuterna har pushat dem hårdare än vad de känner att de klarar av.

”Å så sa hon till mig kör hårdare och hårdare alltså man blev ju tvärslut... Men hon sa “kөөr hårt көor hårt... ännu hårdare!” Men jag tänkte det nej...” (Respondent 2)

”Jag fick något papper att jag skulle gå på rörelser då på gymnastiken och då fick jag med mig ett sånt här papper med rörelser som skulle vara med.” (Respondent 4)

5.4.4 Fysioterapeut erbjöd inte det jag ville ha

Respondenterna talar om att de har efterfrågat behandling som varit positivt för dem som de fått av tidigare fysioterapeuter. När de har frågat sin nya fysioterapeut har de fått svaret att det inte är vetenskapligt bevisat och kunde därför inte erbjuda behandlingen.

”Då säger han bara nej det finns ingen vetenskaplig bevisning så det vet dom inte om det blir att det är det dom blir bättre utav. Men det visste ju jag, att det var det som gjorde mig bättre.” (Respondent 4)

6 DISKUSSION

6.1 Resultatsammanfattning

Syftet med den här studien är att beskriva hur personer med reumatisk sjukdoms upplever av ett aktivt patientdeltagande, vid besök hos fysioterapeut. Resultatet från intervjuerna presenterades i fyra huvudkategorier och totalt 12 underkategorier.

Det som kom fram under intervjuerna var att respondenterna kände sig delaktiga när de kunde vara med och styra behandlingen. Genom att de fick erbjudanden kunde de på det sättet göra egna val. Det fanns också utrymme för respondenterna att säga nej när inte behandlingen var passande för dem. De säger att det blev ett bra besök när de kände sig lyssnade på eftersom det gjorde att fysioterapeuterna upplevdes som väldigt engagerade. Att kunna diskutera och prata med sin fysioterapeut var något som gjorde att respondenterna kände att de kom fram till saker tillsammans.

Under intervjuerna kom det också fram berättelser där respondenterna inte alls känt sig lyssnade på eller delaktiga. Det var tillfällen där respondenterna nästan känt sig tvingade till att göra det fysioterapeuten sa, detta kunde resultera i att de körde alldeles för hårt för respondenterna och därav fått ont eller blivit helt slutkörd. De kände sig då varken lyssnade på eller informerade, de kände sig heller inte tillfrågade om vad de föredrog för behandling.

En annan sak som uppdagades under intervjuerna var att det fanns tillfällen då respondenten beskrev att hon inte ville vara delaktig i några beslut. Att inte vilja vara delaktig var då för att respondenten litade på att fysioterapeuten kunde mer än henne som inte hade dessa kunskaper och då lät fysioterapeuten göra valen åt henne.

6.2 Resultatdiskussion

Enligt Castro et al. (2016) gör ett aktivt patientdeltagande att patienterna känner sig nöjdare med sin behandling. Detta stämmer överens med denna studie då respondenterna som känt att de kan vara delaktiga och få göra fria val också har tyckt att besöket varit bra med engagerade fysioterapeuter som gav dem ett gott bemötande. De respondenter som har fått erbjudande om olika behandlingar har också känt sig delaktiga i de besluten då de har varit med och beslutat om vilka övningar och behandlingar som de själva vill göra. Detta är enligt Baca-Dietz et al. (2020) SDM och skapar en patientcentrerad vård. Likt den aktuella studien berättar patienter att vårdpersonal som använt sig av SDM genuint har lyssnat på vad de har att säga. Patienterna har vid den studien berättat att de har känt sig betydelsefulla och att de verkligen uppskattat när vårdpersonalen har ställt frågor och lyssnat.

När respondenterna fick göra egna val är det den inre motivationen som det kallas enligt SDT som har styrt respondenternas val. Även enligt Deci (1971) tidiga forskning visar att något

som är självvalt som har styrts av inre motivation också är starkare än yttre. En självvald aktivitet ägnar sig personen åt längre stunder då den också gör människan mer tillfredsställda. Det är något som också framkommer under intervjuerna till den aktuella studien att respondenterna som också kunnat göra egna val också upplever ett bättre patientmöte och på det sättet är mer tillfredsställda. Om deras beteendeförändring blev mer bestående än de som inte varit delaktiga framkommer dessvärre inte av studiens resultat.

Elwyn et al. (2012) skriver att patienter behöver information från vårdpersonal för att kunna vara delaktiga och göra egna beslut. Enligt denna studie har respondenterna som fått vara delaktiga även fått mycket information från fysioterapeuterna. Respondenterna har dock inte uttryckt att det är informationen som har gjort att de har kunnat vara delaktiga. Kanske är det en slump att samma respondenter som varit delaktiga i sin behandling är samma respondenter som också fått mycket information, eller kan informationen vara en antecedent till delaktigheten. Detta vet vi inte eftersom respondenterna inte själva kunde göra denna koppling, därför går kausalitet inte att svara på. Men eftersom det finns studier som tar upp information som en viktig del i patientdelaktighet anser vi inte att det bara beror på slumpen (Castro et al., 2016; Weymann et al., 2013). Fysioterapeuterna som jobbar med patientdelaktighet kanske också vet om att information är viktigt för att patienter ska kunna vara med och vara delaktiga utan att respondenterna själva reflekterar över detta.

Många respondenter i denna studie har fått den information som de själva är nöjda med, denna information har också varit väldigt viktig för respondenterna. Att ha blivit välinformerad har gjort att respondenterna fått förtroende för terapeuten och att de gärna utför rehabiliteringen när de har förståelse för hur saker och ting fungerar och på det sättet blir delaktig i sin rehabilitering. Enligt Chou et al. (2018) systematiska översikt med 30 både kvantitativa och kvalitativa studier från 1990 till 2016 kommer fram till att patienter generellt vill ha mer information än vad de får om sin artros. Det handlar om information om sjukdomens patofysiologi, sjukdomens prognos och hur patienterna bäst kan hantera sin artros, både från läkare, sjuksköterskor och fysioterapeuter. Patienterna vill ha information av vårdpersonal på ett sätt som de själva förstår. Vilket liknar resultatet i denna studie då respondenterna som gått artrosskola har tyckt det varit väldigt viktigt att få veta mer om själva sjukdomen och hur de ska göra. Respondenterna som inte gått artrosskola tyckte att det skulle bli intressant och såg fram emot att få ta del av mer information om artros och dess behandlingsalternativ.

Det framkom under intervjuerna och som presenteras under avsnitt 5.4.3 ordinerad behandling utan att få bestämma själv att de respondenterna som inte känt sig delaktiga på grund utav att de inte haft någon valmöjlighet utan bara fått direktiv om hur de ska träna. Det blev ganska tydligt under intervjuerna att dessa respondenter som fått direktiv i stället för valmöjlighet också är väldigt otillfredsställda med sin rehabilitering. Enligt Deci och Ryan, (1990) kallas detta yttre motivation och enligt SDT gör det människor mindre tillfredsställda. Detta stämde väl överens med våra respondenters erfarenhet av att inte få bestämma självständigt.

I denna studie har respondenter antingen varit på artrosskola, skulle gå på artrosskola eller inte gått på artrosskola. Det var respondenter som pratade gott om artrosskola och de som

hade höga förväntningar om det. Det var också en respondent som inte hade gått på artrosskola och som berättade att det var ett krav att gå det för att få operation. Det är självklart många faktorer som spelar in, men något som kan förklaras enligt Deci (1971) med SDT är att de som var förväntningsfulla eller nöjda med artrosskolan valt detta själva genom sin inre motivation. Det kan då också förklara deras positiva inställning till detta då deras inre motivation har styrt deras val. En förklaring till att respondenten som berättade att det var ett krav att gå artrosskolan för att få operation men trots detta inte hade deltagit på artrosskola är en yttre motivator när det är ett krav för operation och är då inte lika tillfredställande att följa enligt SDT (Deci, 1971).

Vad som också framkom i studien var att en äldre respondent inte ville vara delaktig i sin egen behandling utan litade på att fysioterapeuten hade mer kunskap än vad hon själva hade och ville därför inte bestämma val av behandling. Enligt Baca-Dietz et al. (2020) kvalitativa studie intervjuades vårdpersonal som berättade att vissa patienter inte vill vara med och delta i sin egen vård, då de hellre vill att någon ska säga åt dem vad de bör göra. Vidare beskriver studien att vissa patienter inte vill ta något stort ansvar för sin egen hälsa och överlåter den biten till vårdpersonalen. I studien var det framför allt äldre patienter som hade dessa attityder i likhet med denna studie.

6.3 Metoddiskussion

Olika metoder har olika epistemologisk grund, det vill säga läran om vad forskarna kan veta och hur de uppnår kunskapen. Kvantitativ ansats respektive kvalitativ ansats skiljer sig åt genom graden av närhet eller distans som hålls till studieobjektet, i kvantitativ ansats håller forskaren ett större avstånd och betraktar studieobjektet i omvärlden medan i kvalitativ ansats växlar forskaren mellan närhet och distans till studieobjektet och därmed påverkas forskningsprocessen i större utsträckning (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Då författarna är delaktiga i intervjuerna och därmed medskapare till texten behöver författarna distansera sig i analysprocessen från materialet för att kunna tolka mönster i den transkriberade texten. Det vill säga att författarna behöver neutralt tolka den transkriberade texten och inte blanda in egna värderingar och upplevelser i analysprocessen då det är respondentens röst som ska redovisas (Nielsen & Granskär, 2017). Detta försöktes motverkas i denna studie genom att studenter och lärare utan koppling till studien men införstådda i ämnet läste igenom kategorierna, subkategorierna, koderna och jämförde dessa med de meningsbärande enheterna för att bedömde rimligheten av analysprocessen, vilket medverkar till att öka trovärdighet för studien (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

Ett ändamålsmässigt bekvämlighetsurval användes vilket syftar till att respondenterna valdes i den följd de varit tillgängliga och avslutas när samtliga deltagare har rekryterats till studien. Detta har sina för och nackdelar där nackdelarna är att respondenterna inte representerar hela målpopulationen vilket vanligtvis gör att resultat inte är överförbart. Fördelarna är minskad tid på att planera och eliminerar logistiska problem. (Martínez-Mesa et al., 2016).

Bekvämlighetsurvalet kombinerades med ändmålsmässigt urval då författarna ville få respondenter utifrån urvalskriterierna och syftet med studien (Denscombe, 2014).

I denna studie användes kvalitativ ansats med intervjuer då det ger en djupare förståelse eftersom respondenterna kan tala mera fritt om sitt perspektiv (Holme & Solvang, 1991). Det krävs även ett mindre antal respondenter vilket gör att rekryteringen kan ske snabbare samt att vid kvalitativ ansats ökar chansen att få in ett bredare patientperspektiv. Nackdelar med kvalitativ ansats är att mängden data minskar vilket gör det svårare att generalisera resultatet till andra situationer eller grupper.

I denna studie har deltagarna varit nöjda som fått information och erbjudande som gjort att de själva kan vara med och styra behandlingen. Alla deltagare i studien kunde förstå och göra sig förstådd i det svenska språket. Eftersom information är en viktig del i att vara delaktig i sin rehabilitering blir troligen överförbarheten låg till de grupper som inte är lika bra på att prata och förstå svenska språket. I den här studien rekryterades endast kvinnor över 66 år med reumatisk sjukdom, då inga manliga respondenter ville delta i studien. Detta skulle kunna påverka överförbarheten till manliga grupper och andra sjukdomar försvåras, då studiens tillförlitlighet bör beaktas vid överförbarheten av resultatet. Dock är rehabilitering av reumatisk sjukdom väldigt lik annan rehabilitering hos fysioterapeut vilket borde göra att överförbarheten av resultat bör kunna överföras till andra patientgrupper i likande åldersspann vid besök hos fysioterapeut (Nielsen & Granskär, 2017). Det är läsaren i slutändan som bestämmer om resultat går att överföra till andra patientgrupper (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

Semistrukturerade intervjuer användes i denna studie då författarna hade en lista på specifika frågor som skulle beröras men ville även att respondenten skulle ha frihet att utforma sina egna svar, samt att författarna skulle ha möjlighet att ställa frågor som inte ingår i intervjuguiden om det anknyter till något respondenten sagt (Bryman, 2018). Det finns även en risk med att intervjua patienter då det är svårare att vara helt anonyma även för oss, vilket är en nackdel utifrån ett etiskt perspektiv. Det finns det även en risk att deltagaren ger vad han eller hon tror är socialt accepterade svar (Carter & Lubinsky, 2016). Detta försökte författaren att motverka i studien genom att tydligt understryka att det inte fanns några rätta svar och att studiens resultat redovisas anonym vilket gör att ingen får reda på vad respondenterna sagt under intervjun.

Vid intervju två till sex alternerade författarna roller som intervjuare medan den andra ställde följdfrågor som uppkommit under intervjun vilket kan fånga upp större variationer av respondenternas upplevelser då olika uppföljningsfrågor kan förekomma. (Nielsen & Granskär, 2017). Intervjuerna skedde på plats i PRO:s lokaler vilket upplevdes som positivt då det var lättare att läsa av kroppsspråk och ha ögonkontakt med respondenten jämfört med om intervjuerna skulle ägt rum digitalt, vilket kan bidra till en god relation. Det var även lokaler som var bekanta för respondenterna vilket kan ha bidragit till ett ökat lugn och avslappning under intervjun. Vid intervju ett medverkade endast den ena författaren där intervjun hölls i respondentens hem vilket kan ha bidragit till ökat lugn och avslappning under intervjun. Då författarna genomförde merparten av intervjuerna tillsammans bidrar

till en ökad tillförlitlig data, då tillförlitlighet syftar till att säkerhetsställa hela analysprocessen. (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

Vid datainsamlingen försökte författarna uppnå en god giltighet det vill säga ett resultat är giltigt om studien lyfter fram vad som anses att beskrivas. Detta efterföljdes genom att ha tydliga strategier för val av respondenterna till studien genom inklusion, exklusionskriterier och ha respondenter med erfarenheter utifrån att ha varit patient hos en fysioterapeut, samt att studien innehöll sex respondenter för att få betydelsefulla variationer av interljudfrågorna (Nielsen & Granskär, 2017).

Dataanalysen genomfördes genom att intervjuerna sparades under kodnamn och sparades på författarnas lösenordskyddad datorer där ljudfilerna transkriberades av författarna. Den transkriberade texten lästes igenom och analyserades med en induktiv ansats genom kvalitativ innehållsanalys där induktiv ansats syftar till en opartisk analys av det transkriberande intervjumaterialet och kan vara baserad på exempelvis människors subjektiva upplevelser. Medan den kvalitativ innehållsanalys används för att hitta variationer gällande likheter och skillnader i den transkriberade texten. Författarna arbetade med tillförlitligheten genom hela analysprocessen genom att diskutera och reflektera över de olika tolkningar av den transkriberade texten som hade delats upp mellan författarna. Vid kategoriseringen av meningsbärande enheterna arbetade båda författarna tillsammans för att uppnå god tillförlitlighet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

Det kan diskuteras om författarna har påverkat resultatet och hur neutralt. Eftersom författarna har en viss förkunskap om ämnet samt att författarna söker aktivt efter vissa svar finns det risk att resultatets tillförlitlighet kan ha påverkats. För att motverka detta har författarna hela tiden försökt hålla sig neutrala och ha öppna frågor. Det är dock svårt då författarna är ute och letar vissa specifika svar, vilket kan ha medfört att författarna varit mer positiva när svaren liknat de författarna är ute efter vilket kan ha påverkat respondenten. Dock är det endast respondenternas svar som har analyserats och redovisats, samt att deras egna citat har redovisats helt utan tolkning och där även läsarna själva kan göra sin egen tolkning. Hur neutralt ett resultat är handlar om hur mycket forskaren kan ha påverkat studiens resultat, mindre påverkan leder till ett mer neutralt resultat (Nielsen & Granskär, 2017).

En pilotintervju genomfördes med en nära anhörig, detta gjorde att författarna blev säkrare på att syftet med studien kunde besvaras. En tydlig begränsning var dock att båda författarna saknade tidigare erfarenheter av att intervjua vilket medförde att vissa frågor ”vandrade i väg” från ämnet som inte var relevant för studiens syfte vilket eventuellt kan påverkat resultatet då fler relevanta svar hade kunnat lämnats om intervjun hade utförts av någon med erfarenhet att intervjua. Då intervjuer är något som tar lång tid att bemästra och bli riktigt bra på (Carter & Lubinsky, 2016).

En styrka var dock att i denna studie har korsvalidering använts det vill säga under studiens gång har lärare och studenter granskat innehållet. Detta har medfört att studiens tillförlitlighet har kunnat upprätthållas (Nielsen & Granskär, 2017).

Författarna anser även att en styrka i studien är att deltagare har kontaktats privat utan att ha kontaktats i egenskap av patienter på en klinik. Hade deltagare kontaktats via klinik skulle det varit svårt att göra detta utan att fysioterapeuterna som arbetar där inte blir medvetna om studien. Om fysioterapeuter skulle varit medvetna om att det genomförs en studie anser författarna att det skulle kunna påverkat deras sätt att arbeta, medvetet eller omedvetet.

6.4 Etikdiskussion

Respondenterna som var intresserade att medverka i studien fick informationsbrevet utdelat av föreningens ordförande att läsa innan intervjutillfället. I brevet klargjordes hantering av data samt konfidentialitet samt att medverkan i studien är helt frivillig och kan avbrytas utan förklaring. Innan intervjun hölls klargjordes det dels muntligt att respondenten hade förstått informationen, dels skriftlig genom att de fyllt i samtyckes formuläret att medverka i studien som de lämnade in innan intervjuns start.

All kontakt skedde via ordförande och inte direkt mot medlemmarna för att värna om sekretessen, författarna fick inte heller reda på fullständiga namn på respondenterna. Vid intervjuerna informerades respondenterna att inte uppge namn under intervjutillfället. Intervjuerna sparades sedan på en lösenordskyddad dator och togs bort vid färdig transkribering, för att det inte skulle gå att spåra tillbaka till den enskilda respondenten.

All information som delgavs i intervjuerna av respondenterna och som inte var relevant för studies syfte utslöts. Detta medför ett etiskt dilemma att respondenten har avsatt tid för intervjuerna och förväntar sig att dennes upplevelser ska ha en betydelse för studien. Denna information kunde framkommit tydligare till respondenten genom exempelvis muntlig information innan intervjuns start.

7 SLUTSATS

Resultatet från denna intervjustudie visar på att flera faktorer påverkat respondenternas upplevelse av aktiv patientdelaktighet vid besök hos fysioterapeut. Faktorerna som låg till grund för att respondenterna kände sig delaktiga var dels att de upplevde att de fick ta del av information rörande behandling och undersökningsfynd vilket bidrog till att respondenterna förstod övningar och hur reumatiska sjukdomen påverkade deras kropp. Detta skulle kunna vara en faktor till att respondenterna kände självständighet och att självförtroendet ökade i enlighet med patientcentrerad vård. En till viktig faktor var att respondenterna hade gemensamma diskussioner med sin fysioterapeut vilket gjorde att de kunde komma fram till upplägget av behandlingen tillsammans. Detta var en positiv upplevelse för respondenterna

då de kände att de kunde vara med och göra egna val, vilket enligt SDT är en viktig faktor för att känna sig tillfredsställd.

Att ha gemensamma diskussioner medförde också att respondenterna kände sig lyssnade på och att de fick svar på frågor och funderingar vilket enligt respondenterna hjälpte till i deras rehabilitering. Detta skulle kunna indikera på att respondenterna kände en ökad säkerhet att ta självständiga beslut då de känner sig respekterade och får en valmöjlighet att vara delaktiga i sin egen vård i enlighet med patientcentrerad vård.

Faktorerna som låg till grund till att respondenterna inte upplevde patientdelaktighet var att de inte fick bestämma självständigt då respondenterna upplevde att det var krav på att göra en viss behandling eller att respondenterna fick ett färdigt träningsprogram utan möjlighet att påverka. Det resulterade i att respondenter kände ett missnöje och resulterade i vissa fall att respondenten slutade besöka sin fysioterapeut. Detta kan indikera på att den autonoma motivationen minskade hos respondenterna till följd av att de inte fick göra egna val i enlighet med SDT. Dock framkom ett undantag då en av respondenterna inte ville vara delaktig i sin rehabilitering utan ville istället att fysioterapeuten skulle bestämma behandling, eftersom respondenten litade på att fysioterapeuten hade bättre kunskap.

Denna kvalitativa studie bygger på sex deltagares subjektiva upplevelser vilket försvårar att dra några generella slutsatser av resultatet. Detta innebär att överförbarheten är begränsad, inte minst på grund av det är en smal målgrupp bestående av endast kvinnor över 66 år där fem har artros och endast en har RA. Denna studie ger dock en intressant inblick om patienters perspektiv med reumatisk sjukdom och deras upplevelser av delaktighet hos fysioterapeut.

8 STUDIENS BETYDELSE OCH VIDARE FORSKNING

Denna studie bidrar till att uppmärksamma hur personer med reumatisk sjukdom upplever ett aktivt patientdeltagande hos fysioterapeut. Genom att belysa respondenternas upplevelser hoppas författarna att det kan hjälpa fysioterapeuter att se de positiva aspekterna av ett aktivt patientdeltagande för patienter med reumatisk sjukdom. Anledningen till det är att det framkom i studien att alla fysioterapeuter inte låter patienterna vara delaktiga i sin rehabilitering. Av den anledningen vill författarna se vidare forskning från fysioterapeutens perspektiv på patientdelaktighet. Detta skulle exempelvis kunna genomföras genom en stor enkätstudie där enkäterna skickas till fysioterapeuter som får delge sitt perspektiv på patientdelaktighet och på så sätt ta reda på eventuella hinder och möjligheter till patientdelaktighet. Att ta reda på hinder och möjligheter skulle då kunna användas som grund till förbättringsarbetet inom fysioterapi och delaktighet.

Det skulle även vara intressant att undersöka ett bredare urval då det hölls begränsat till sex respondenter. Den huvudsakliga anledningen till det begränsade antalet i detta fall är att det är en uppsats på kandidatnivå. Det saknas även manliga respondenter i studien vilket

innebar att deras upplevelse inte representeras. Därför skulle framtida studier kunna utvidgas för att få med ytterligare könsvariationer bland respondenterna.

REFERENSLISTA

- Austin, Z., & Sutton, J. (2014). Qualitative research: getting started. *The Canadian journal of hospital pharmacy*, 67(6), 436–440. [Doi.org/10.4212/cjhp.v67i6.1406](https://doi.org/10.4212/cjhp.v67i6.1406)
- Balint, E (1969) The possibilities of patient-centered medicine. *J. Roy. Coll. Gen. Practit.*, 1969, 17, 269
- Baca-Dietz, D., Wojnar, D. M., & Espina, C. R. (2020). The shared decision-making model: Providers' and patients' knowledge and understanding in clinical practice. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 33(7), 529–536. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1097/JXX.0000000000000401>
- Broberg, C. & Tyni-Lenné, R. (2017). *Fysioterapi: profession och vetenskap* : antogs av Fysioterapeuternas förbundsstyrelse 14 december 2016. Stockholm: Fysioterapeuterna.
- Bland, M. D., Birkenmeier, R. L., Barco, P., Lenard, E., Lang, C. E., & Lenze, E. J. (2016). Enhanced Medical Rehabilitation: Effectiveness of a clinical training model. *NeuroRehabilitation*, 39(4), 481–498. <https://doi.org/10.3233/NRE-161380>
- Bryman, A. (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder* (3 uppl.). Liber
- Castro, E. M., Van Regenmortel, T., Vanhaecht, K., Sermeus, W., & Van Hecke, A. (2016). Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient education and counseling*, 99(12), 1923–1939. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.02>. Coulter, A.,
- Chou, L., Ellis, L., Papandony, M., Seneviwickrama, K., Cicuttini, F. M., Sullivan, K., Teichtahl, A. J., Wang, Y., Briggs, A. M., & Wluka, A. E. (2018). Patients' perceived needs of osteoarthritis health information: A systematic scoping review. *PLoS one*, 13(4), e0195489. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1371/journal.pone.0195489>
- Cui, A., Li, H., Wang, D., Zhong, J., Chen, Y., & Lu, H. (2020). Global, regional prevalence, incidence and risk factors of knee osteoarthritis in population-based studies. *EClinicalMedicine*, 29-30, 100587. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100587>
- Denison, E. & Åsenlöf, P. (2012). *Beteendemedicinska tillämpningar i sjukgymnastik*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Denscombe, M. (2014). *The good research guide: for small-scale social research projects*. (5th ed.) Maidenhead, England: McGraw-Hill/Open University Press.
- Deci, E. L. (1971). Effects of externally mediated rewards on intrinsic motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 18(1), 105–115.

- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1990). A motivational approach to self: integration in personality. Nebraska Symposium on Motivation. *Nebraska Symposium on Motivation*, 38, 237–288.
- Edwards, A., Elwyn, G., & Thomson, R. (2011). Implementing shared decision making in the UK. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 105(4), 300–304. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2011.04.014>
- Etikprovningsmyndigheten. (2022). *Forskningsperson*. Hämtad 29 januari, 2022 från <https://etikprovningsmyndigheten.se/for-forskningsperson/#fl-main-content>
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., & Barry, M. (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of general internal medicine*, 27(10), 1361–1367. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>
- Engel, G. (n.d.). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Fix, G. M., VanDeusen Lukas, C., Bolton, R. E., Hill, J. N., Mueller, N., LaVela, S. L., & Bokhour, B. G. (2018). Patient-centred care is a way of doing things: How healthcare employees conceptualize patient-centred care. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 21(1), 300–307. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1111/hex.12615>
- Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.) (2018). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Johanneshov: MTM.
- Hagevi, M. & Viscovi, D. (2016). Enkäter: att formulera frågor och svar. (1 uppl.) Lund: Studentlitteratur. Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2003:460). 2008:192. Om etikprovning av forskning som avser människor. Stockholm: Utbildningsdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460
- Hälso- och sjukvårdslag (SFS 1998:204). Personuppgiftslag. Stockholm: Justitiedepartementet L6. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204
- Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2014:821). Patientlag. Stockholm: Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821
- International Society of Behavioral Medicine 2014 About ISBM. <http://www.isbm.info/about-isbm/charter/>
- Karlsson, M., Karlsson, J. & Roos, H. (2018). *Ortopedi: patofysiologi, sjukdomar och trauma hos barn och vuxna*. (Upplaga 1). Lund: Studentlitteratur.

- Lunds universitet. (2007) Lathund för etikprövning. Lund: Lunds universitet.9
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2008). *Kvalitativ innehållsanalys. I Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (1 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Martínez-Mesa, J., González-Chica, D. A., Duquia, R. P., Bonamigo, R. R., & Bastos, J. L. (2016). Sampling: how to select participants in my research study?. *Anais brasileiros de dermatologia*, *91*(3), 326–330. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20165254>
- Mateen, S., Moin, S., Khan, A. Q., Zafar, A., Fatima, N., & Shahzad, S. (2018). Role of hydrotherapy in the amelioration of oxidant-antioxidant status in rheumatoid arthritis patients. *International journal of rheumatic diseases*, *21*(10), 1822–1830. <https://doi.org/10.1111/1756-185X.13118>
- Miller K. L. (2016). Patient centered care: A path to better health outcomes through engagement and activation. *NeuroRehabilitation*, *39*(4), 465–470. <https://doi.org/10.3233/NRE-161378>
- Morgan, S., & Yoder, L. H. (2012). A concept analysis of person-centered care. *Journal of holistic nursing : official journal of the American Holistic Nurses' Association*, *30*(1), 6–15. <https://doi.org/10.1177/0898010111412189>
- Ng, J. Y., Ntoumanis, N., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E. L., Ryan, R. M., Duda, J. L., & Williams, G. C. (2012). Self-Determination Theory Applied to Health Contexts: A Meta-Analysis. *Perspectives on psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*, *7*(4), 325–340. <https://doi.org/10.1177/1745691612447309>
- Peat, G., Bergknut, C., Frobell, R., Jöud, A., & Englund, M. (2014). Population-wide incidence estimates for soft tissue knee injuries presenting to healthcare in southern Sweden: data from the Skåne Healthcare Register. *Arthritis research & therapy*, *16*(4), R162. <https://doi.org/10.1186/ar4678>
- Region västmanland. (2020). *Program nära vård*. Västerås: Region västmanland Hämtad den 18 november 2020 från <https://regionvastmanland.se/globalassets/vardgivare-och-samarbetspartners/avtal-och-samverkan/nara-varld/program-nara-varld-2020-11-18.pdf>
- Rencz, F., Tamási, B., Brodszky, V., Gulácsi, L., Weszl, M., & Péntek, M. (2019). Validity and reliability of the 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9) in a national survey in Hungary. *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care*, *20*(Suppl 1), 43–55. <https://doi.org/10.1007/s10198-019-01061-2>
- Ryan, R. M., Patrick, H., Deci, E. L., & Williams, G. C. (2008). Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on self-determination theory. *European Health Psychologist*, *10*, 2–5.
- Samsson, K. S., Bernhardsson, S., & Larsson, M. E. (2016). Perceived quality of physiotherapist-led orthopaedic triage compared with standard practice in primary

- care: a randomised controlled trial. *BMC musculoskeletal disorders*, 17, 257. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1186/s12891-016-1112-x>
- Stone, D. N., Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2009). Beyond Talk: Creating Autonomous Motivation through Self-Determination Theory. *Journal of General Management*, 34(3), 75–91. <https://doi.org/10.1177/030630700903400305>
- Söderlund, A., Elvén, M., Sandborgh, M., & Fritz, J. (2020). Implementing a behavioral medicine approach in physiotherapy for patients with musculoskeletal pain: a scoping review. *Pain reports*, 5(5), e844. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000844>
- van Riel, P., Zuidema, R. M., Vogel, C., & Rongen-van Dartel, S. (2019). Patient Self-Management and Tracking: A European Experience. *Rheumatic diseases clinics of North America*, 45(2), 187–195. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1016/j.rdc.2019.01.008>
- Vetenskapsrådet (2016). Forskningsetiska principer inom humanistisksamhällsvetenskaplig forskning. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Vetenskapsrådet (2002). Forskningsetiska principer inom humanistisksamhällsvetenskaplig forskning. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Vriesekolk, J., Eijsbouts, A., Evers, A., Stenger, A., Van Den Hoogen, F., & van Lankveld, W. (2010). Poor psychological health status among patients with inflammatory rheumatic diseases and osteoarthritis in multidisciplinary rehabilitation: need for a routine psychological assessment. *Disability and rehabilitation*, 32(10), 836–844. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.3109/09638280903323250>
- Vårdfokus. (2000). Kvalitetsmätning med KUPP-instrumentet. Vårdfokus. Hämtad 2021-06-03 från <https://www.vardfokus.se/nyheter/kvalitetsmatning-med-kupp-instrumentet/>
- Wang, C., Schmid, C. H., Iversen, M. D., Harvey, W. F., Fielding, R. A., Driban, J. B., Price, L. L., Wong, J. B., Reid, K. F., Rones, R., & McAlindon, T. (2016). Comparative Effectiveness of Tai Chi Versus Physical Therapy for Knee Osteoarthritis: A Randomized Trial. *Annals of internal medicine*, 165(2), 77–86. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.7326/M15-2143>
- Watt, S. Simpson, C. McKillop, C & Nunn, V. (2002). Electronic Course Surveys: Does automating feedback and reporting give better results?. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 27:4, 325-337, <https://doi.org/10.1080/0260293022000001346>
- Weymann, N., Härter, M., Petrak, F., & Dirmaier, J. (2013). Health information, behavior change, and decision support for patients with type 2 diabetes: development of a tailored, preference-sensitive health communication application. *Patient preference and adherence*, 7, 1091–1099. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.2147/PPA.S46924>
- Wiering, B., de Boer, D., & Delnoij, D. (2017). Patient involvement in the development of patient-reported outcome measures: a scoping review. *Health expectations : an*

international journal of public participation in health care and health policy, 20(1), 11–23. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1111/hex.12442>

Wilde, B., Larsson, G., Larsson, M., & Starrin, B. (1998). Patienten värderar vården en vägledning till frågeformuläret KUPP. Kvalitet ur Patientens Perspektiv. (3 uppl.) Vårdförbundet.

Wilde Larsson, B., & Larsson, G. (2002). Development of a short form of the Quality from the Patient's Perspective (QPP) questionnaire. *Journal of clinical nursing*, 11(5), 681–687. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2002.00640.x>

World Confederation for Physical Therapy 2019 Description of physical therapy. Policy statement. Hämtad 27 Maj, 2021 från <https://world.physio/sites/default/files/2020-07/PS-2019-Description-of-physical-therapy.pdf>

World Medical Association. (2018). WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Hämtad 29 Januari, 2022, från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

BILAGA A

INTERVJUGUIDE

Bakgrundsinformation

1. Ålder/kön
2. Vad har du för diagnos och hur länge har du haft den?
3. Hur kommer det sig att du har besökt fysioterapeut?
4. Vilka förväntningar hade du inför besöket?

Huvudfrågor och följdfrågor

1. Hur har du upplevt fysioterapeuten/fysioterapeuterna
 - Engagerad? Empatisk? Lyssnade och tog hänsyn till dina behov?
2. Hur skulle du förklara delaktighet? Vad är delaktighet för dig?
3. Hur har du känt dig delaktig i dina möten med fysioterapeut?
 - Hur delaktig har du varit? Var det tillräckligt?
4. Är det betydelsefullt för dig att få vara delaktig i mötet med fysioterapeut?
5. Vad fick du för information om undersökningen fysioterapeuten gjorde?
 - Hur kändes det att du? Fick så lite information... fick så bra information
6. Var det tillräcklig med information för att kunna delta?
7. Hur kom ni fram till hur ni skulle lägga upp behandling?
 - Vems beslut var det?
 - Vad fick du för information om behandlingen och alternativ till behandlingen?
 - Fick du själv sätta egna mål för behandlingen?
 - Vad motiverade dig till att genomföra den behandlingen?
8. Finns det något annat om patientdelaktighet du tycker vi missat och vill ta upp?

BILAGA B

INFORMATIONSBREV

Information om deltagande i studie: PATIENTCENTRERAD VÅRD OCH ETT AKTIVT PATIENTDELTAGANDE FÖR PATIENTER MED REUMATISK SJUKDOM VID BESÖK HOS FYSIOTERAPEUT.

Hej!

Detta är en förfrågan om deltagande i en studie som utförs av två studenter på Fysioterapeutprogrammet på Mälardalens högskola och som blir till grund för ett examensarbete.

Bakgrund och syfte

Syftet är att undersöka om patienter reumatisk sjukdom upplever en patientcentrerad vård med aktivt patientdeltagande, vid besök hos fysioterapeut.

Förfrågan om deltagande

Du tillfrågas om du vill delta eftersom du i botten har en reumatisk sjukdom och har erfarenhet av att vara patient hos en fysioterapeut, är 18 år eller äldre, förstår svenskt tal och skrift.

Studiens genomförande

Studien genomförs genom att du får besvara ett antal frågor via intervju om ditt perspektiv på om att fått vara delaktig, fått information och fått ett bra bemötande av vårdpersonalen. Intervjun spelas in och sparas endast under arbetets gång och därefter raderas ljudfilerna.

Fördelar med att delta i studien

Studien inhämtar viktig information om hur du upplever delaktighet i vården vilket ger oss kunskap som kan användas till att utöka förståelsen om ämnen som berör delaktighet och ger ett resultat som kan användas för att lägga en grund för att utveckla denna och andra fysioterapeutiska mottagningar.

Finns det några risker

Det bedöms inte finnas några risker med projektet. Ditt deltagande i studien är helt frivilligt. Svaren hanteras och kommer att redovisas anonymt. Intervjun kommer att spelas in och förvaras så att utomstående part ej kan få tillgång till svaren.

Om du vill delta i studien

Så kan du kontakta oss så kan vi bestämma ett möte där vi genomför en intervju som handlar om du har varit delaktig, fått information och fått ett bra bemötande av fysioterapeut/sjukgymnast.

Du kommer få skriva på en samtyckesblankett som kommer förvaras så utomstående part inte kommer att få tillgång till dessa, blanketterna kommer att makuleras när studien är klar, vilket förväntas bli någon gång våren 2022.

Tack!

Ansvariga för studien

Tim Olsson, Fysioterapeutstudent, e-post: ton19004@studnet.mdh.se

Simon Lofvars, Fysioterapeutstudent, e-post: sls18002@student.mdh.se

Handledare: Åsa Revenäs, e-post: Asa.Revenas@regionvastmanland.se

Vid frågor och funderingar så är ni varmt välkomna att ställa de till oss.

Ta del av studiens resultat

Om du önskar ta del av studiens resultat så kan du gå in på webbadress: <https://mdh.diva-portal.org/smash/search.jsf?dswid=-4528> och söka efter studiens namn eller kontakta ansvarig för kursen.

BILAGA C

Samtyckesblankett

Samtycke till att delta i projektet

Jag har fått muntlig och/eller skriftlig information om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

Jag samtycker till att delta i projektet PATIENTERS UPPLEVELSE AV AKTIVT PATIENTDELTAGANDE VID REHABILITERING HOS FYSIOTERAPEUT VID REUMATISK SJUKDOM

- Jag samtycker till att mina data tillfälligt sparas på det sätt som beskrivs i informationen om projektet.

Plats och datum	Underskrift
	Namnförtydligande



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.mdu.se