

# ERFARENHETER AV ATT INTEGRERA ETT BETEENDEMEDICINSKT ARBETSSÄTT FÖR ATT STÖTTA PATIENTER

En kvalitativ intervjustudie

**JOHAN LARSSON**

**LINUS AGEBORG**

*Huvudområde: Fysioterapi*

*Nivå: Grundnivå*

*Högskolepoäng: 15 hp*

*Program: Fysioterapeutprogrammet*

*Kursnamn: Fysioterapi: Examensarbete  
med inriktning mot beteendemedicin*

*Kurskod: FYSo63*

*Handledare: Anna Karin Andersson*

*Examinator: Anne Söderlund*

*Seminariedatum: 2023-10-25*

*Betygsdatum: 2023-11-07*

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Beteendeförändringar är komplexa och kan vara svåra att få till i klinik. Det beteendemedicinska arbetet har många fördelar i patientarbete och underlättar för beteendeförändring. Däremot finns det hinder som gör det svårt att integrera det beteendemedicinska arbetet. Det har framkommit att nyexaminerade fysioterapeuter har vissa svagheter gentemot mer erfarna fysioterapeuter när det kommer till olika yrkesmässiga färdigheter. Det saknas dock evidens för hur nyexaminerade fysioterapeuter upplever integrering av beteendemedicin i början av arbetslivet.

**Syfte:** Att undersöka fysioterapeuters erfarenheter av att integrera beteendemedicinskt arbetssätt för att stötta patienter i beteendeförändring.

**Metod:** Kvalitativ design med en kvalitativ innehållsanalys och induktiv ansats. Sju fysioterapeuter intervjuades enligt en semistrukturerad intervjuguide.

**Resultat:** Dataanalysen resulterade i fem kategorier: *Det gynnar patienten, Viktiga egenskaper hos fysioterapeut, Hinder, Olika metoder för integrering och Förmågan har utvecklats*. Nio underkategorier identifierades.

**Slutsats:** Studien har tydliggjort hur deltagarna upplevde att patienterna gynnas av ett beteendemedicinskt arbetssätt. Vidare beskrevs vilka viktiga egenskaper hos fysioterapeut som möjliggör en beteendeförändring hos patienten där en tydlig anknytning till socialkognitiv teori finns. Resultatet ger även insikt i vad som kan hindra integrering av arbetssättet. Ofta sker integrationen av beteendemedicin omedvetet från deltagarnas sida, utan reflektion och aktivt tänkande.

**Nyckelord:** Beteendeförändring, Beteendemedicin, Fysioterapi, Nyexaminerade, Socialkognitiv teori

## ABSTRACT

**Background:** Behavioral Changes are complex and can be difficult to implement in clinical practice. Behavioral medicine has many uses in working with patients and facilitates behavioral change in patients. There are obstacles to integration of behavioral medicine. Newly graduated physiotherapists have certain professional weaknesses compared to more experienced physiotherapists. Although there is a lack of evidence of how newly graduated physiotherapists perceive the integration of behavioral medicine in the early stages of work.

**Aim:** To investigate physiotherapists' experiences of integrating behavioral medicine to support patients in behavioral change.

**Method:** A qualitative design was used with an inductive content analysis. Seven physiotherapists were interviewed with a semi structured interview guide.

**Result:** Data analysis resulted in five categories: *Benefits to the patient, Important physiotherapist qualities, Obstacles, Various integration methods* and *Ability development*. Nine subcategories were identified.

**Conclusion:** This study has clarified how participants experienced patients benefiting from behavioral medicine. Further important physiotherapist qualities were described to make a behavioral change possible. This has a connection to the social cognitive theory. The result also gives insight into obstacles that hinder integration of behavioral medicine. The integration of behavioral medicine occurs without reflection from the participants.

**Keywords:** Behavioral Medicine, Behavior Change, Entry-level, Physiotherapy, Social Cognitive Theory

# INNEHÅLL

<b>1</b>	<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
1.1	<b>Beteendemedicin</b>	<b>1</b>
1.1.1	<i>Beteendeförändring</i>	1
1.2	<b>Beteendemedicin inom fysioterapi</b>	<b>3</b>
1.2.1	<i>Effekter av beteendemedicinsk arbetssätt</i>	3
1.2.2	<i>Hinder för beteendemedicinskt arbetssätt</i>	4
1.2.3	<i>Främjar beteendemedicinskt arbetssätt</i>	5
1.3	<b>Beredskap hos nyexaminerade fysioterapeuter</b>	<b>5</b>
1.4	<b>Socialkognitiv teori</b>	<b>6</b>
1.5	<b>Problemformulering</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>SYFTE</b>	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>METOD</b>	<b>7</b>
3.1	<b>Design</b>	<b>7</b>
3.2	<b>Urval</b>	<b>8</b>
3.3	<b>Datainsamling</b>	<b>9</b>
3.4	<b>Tillvägagångsätt</b>	<b>9</b>
3.4.1	<i>Rekrytering</i>	9
3.4.2	<i>Datainsamling</i>	10
3.5	<b>Dataanalys</b>	<b>10</b>
3.6	<b>Etiska Överväganden</b>	<b>11</b>
<b>4</b>	<b>RESULTAT</b>	<b>12</b>
4.1	<b>Det gynnar patienten</b>	<b>13</b>
4.1.1	<i>Arbeta biopsykosocialt</i>	13
4.1.2	<i>Positiva utfall hos patienten</i>	14
4.2	<b>Viktiga egenskaper hos fysioterapeut</b>	<b>14</b>
4.2.1	<i>Professionella attribut</i>	14
4.2.2	<i>Fysioterapeutens personlighet</i>	14

<b>4.3 Hinder .....</b>	<b>15</b>
4.3.1 <i>Fysioterapeuten utgör ett hinder .....</i>	15
4.3.2 <i>Patienten utgör ett hinder.....</i>	15
4.3.3 <i>Tidsbrist.....</i>	15
<b>4.4 Olika metoder för integrering.....</b>	<b>16</b>
4.4.1 <i>Omedvetna processer .....</i>	16
4.4.2 <i>Användbara strategier och mindre användbara strategier .....</i>	16
<b>4.5 Förmågan har utvecklats .....</b>	<b>17</b>
<b>5 DISKUSSION .....</b>	<b>18</b>
<b>5.1 Resultatdiskussion.....</b>	<b>18</b>
<b>5.2 Metoddiskussion .....</b>	<b>21</b>
<b>5.3 Etikdiskussion .....</b>	<b>24</b>
<b>6 SLUTSATS.....</b>	<b>24</b>
<b>7 KLINISK BETYDELSE OCH VIDARE FORSKNING.....</b>	<b>25</b>
<b>REFERENSLISTA .....</b>	<b>26</b>
<b>BILAGA A – INTERVJUGUIDE</b>	
<b>BILAGA B – INFORMATIONSBREV</b>	
<b>BILAGA C – SAMTYCKESBLANKETT</b>	

# 1 BAKGRUND

## 1.1 Beteendemedicin

Beteendemedicin (BM) definieras som ett “interdisciplinärt område där utveckling och integrering av sociokulturella, psykosociala, beteendemässiga och biomedicinska kunskaper av relevans för hälsa och sjukdom står i fokus” (Denison & Åsenlöf, 2012, s.12).

Grundprincipen i BM består av samband mellan beteendefaktorer och biomedicinska faktorer och hur de påverkar patientens utveckling av en sjukdom. BM riktar in sig på att behandla genom att fysioterapeuten ger patienten verktyg att utföra och bibehålla olika beteenden, att beteendeförändra. Dessa beteenden undersöks på olika sätt där observationer, tester och dagböcker kan komma till användning för att beteendet ska kunna kartläggas (Denison & Åsenlöf, 2012). Behovet av BM uppkom delvis som en reaktion på den dualistiska synen på psykosomatisk medicin, samspelet mellan själen och kroppen, som fanns mot slutet av 70-talet. Detta nya beteendemedicinska synsätt beskrev Schwartz & Weiss (1978) som en fundamental förändring i medicinsk orientering. På längre sikt skulle detta ha betydelsefulla konsekvenser för alla aspekter av teori, forskning och tillämpning som involverar hälso- och sjukvård.

En beteendemedicinsk behandling fokuserar på den biopsykosociala modellen som kan förklara beteendet och dess utveckling. Modellen kan ligga till grund för förebyggande åtgärder, diagnossättning, behandling och rehabilitering (Denison & Åsenlöf, 2012). Ett tankesätt där man tar i beaktning de biomedicinska, psykologiska och de sociala aspekterna hos patienter beskrevs som en modell av Engel redan 1977. Artikeln förespråkar främst den biopsykosociala modellen inom psykiatri och att arbetssättet där man enbart uppmärksammar de biomedicinska områdena och exkluderar de psykosociala aspekterna har en ogynnsam effekt på vården (Engel, 1977). Numera är den biopsykosociala modellen generellt accepterad som en förklaringsmodell till sjukdom och hälsa inom hela sjukvården (Wade & Halligan, 2017). The International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) godkändes 2001 av World Health Organization (WHO). Det används för att klassificera, beskriva, kartlägga och mäta funktion samt begränsning i vardagen genom ett ramverk baserat på den biopsykosociala modellen (World Health Organization [WHO], u.å.; Leonardi et al., 2022).

### 1.1.1 Beteendeförändring

Det vi tänker, känner, säger och gör utgör ett beteende. Däremot är ett beteende inte en sjukdom, personlighet eller resultatet av ett utfört beteende. Svar på yttre eller inre händelser utgör hur beteendet utspelar sig (Denison & Åsenlöf, 2012). Beteendet är fysiska händelser

som sker kroppsligt och kontrolleras av hjärnan (Kwasnicka et al., 2016). Beteenden kopplas till specifika situationer och för att förstå beteenden krävs kunskap om hur beteendet utvecklas och bibehålls. Beteendeförändring ses som en påföljd av samspelet mellan faktorerna där omgivning, person och beteende är beroende av varandra. Beteendet drivs av de föreställningar om konsekvenser patienten har av beteendet. Alltså behöver inte de verkliga konsekvenserna av beteendet styra beteendet (Denison & Åsenlöf, 2012). För att genomföra en beteendeförändring krävs ett tydligt målbeteende, vilket sammanhang beteendet utförs i och de föreställda konsekvenserna av beteendet. Med det i åtanke är det möjligt att göra en funktionell beteendeanalys (FBA), som förklarar vilka aspekter som påverkar de fysioterapeutiska behandlingsmetoderna. För att patienten ska genomföra en beteendeförändring krävs det att patienten aktivt medverkar i beteendeförändringsprocessen och det skulle kunna vara genom att utföra beteendet i den vardagliga miljön (Denison & Åsenlöf, 2012).

Att åstadkomma en beteendeförändring är komplext och innefattar många olika komponenter. Det gör det utmanande att undersöka och implementera i den kliniska praktiken. En taxonomi har tagits fram av 14 experter i en delphi-studie som ska fungera som en mall i beteendeförändringsarbete för att få en bättre förståelse för strategierna som används. Taxonomin är hierarkiskt strukturerad och delar upp beteendeförändringsstrategier i 16 olika kategorier och definierar vad de innebär samt ger exempel på hur de kan användas i praktiken. Exempelvis är *1. Mål och planering* en kategori där beteendeförändringstekniken *1.1 Målsättning* ingår som definieras som att sätta eller komma överens om ett mål skapat utifrån beteendet som ska uppnås. *1.2 Problemlösning* definieras som att analysera eller uppmana patienten att analysera de faktorer som påverkar beteendet och välja strategier som övervinner hindret av beteendet (Michie et al., 2013).

I en explorativ och undersökande studie där tolv svenska fysioterapeuter deltog undersöktes bedömningar av röda och gula flaggor, kliniska problem och användande av beteendeförändringstekniker för att hantera smärta. Fysioterapeuterna i studien använde sig av en beteendemedicinsk intervention där behandling av patienter studerades via videospelningar. Resultatet visade att samtliga fysioterapeuter använde sig av beteendeförändringsstrategier för att främja fysisk aktivitet hos patienten. Många olika strategier användes men den vanligaste var *information om konsekvenser av beteende* som innebär att ge skriftlig, visuell eller muntlig information om hälsokonsekvenser av beteendet. *Instruktion i hur beteendet utförs* som innebär att ge råd eller bekräfta att ett beteende utförs på rätt sätt är också vanliga beteendeförändringsstrategier. Tekniker som ingår i självreglering, som innebär att kontrollera sig själv genom självmonitorering, målsättning, feedback, självbelöning, självinstruktion och socialt stöd var ovanligare (McAlister, et al., 2008). Vidare visar det sig att fysioterapeuterna använder de tekniker de känner sig säkra på och bekväma med. De kom även fram till att det kan vara utmanande att använda sig av fynd från FBA för målsättningen och behandlingsplanen (Emilsson et al., 2016).

## 1.2 Beteendemedicin inom fysioterapi

Avsikten med fysioterapi är att minska lidande, främja hälsa och bibehålla eller återskapa den optimala rörelseförmågan och beteendet. Inte minst när det gäller en försämring av en patients delaktighetsförmåga och funktion på grund av en skada, sjukdom, fysiska förmåga eller psykosociala omgivningsfaktorer (Broberg & Lenné, 2019). Den fysioterapeutiska rehabiliteringen har traditionellt sett utgått från ett biomedicinskt perspektiv där det har handlat om att åtgärda patientens kroppsliga besvär. Nu har fysioterapin gått från detta biomedicinska fokus och vårdgivarcentrerad vård till ett mer biopsykosocialt fokus och patientcentrerad vård (Elvén et al., 2022). Trots det har fysioterapeuter fortfarande biomedicinska preferenser och ibland svårigheter att integrera den psykosociala delen i sitt arbete då det har bekräftats att det traditionella biomedicinska fokuset inom fysioterapi fortfarande dominerar (Emilson et al., 2016). Den biopsykosociala modellen är central inom BM, men förväntas inte ersätta den biomedicinska modellen utan integreras med fokus på beteendet (Denison & Åsenlöf, 2012). Att implementera ett beteendemedicinskt arbetssätt för fysioterapeuter anses rekommenderat av Emilson et al. (2016) i studien. De menar att implementering av BM inom fysioterapin kräver färdigheter inom funktionella beteendeanalyser utifrån ett biopsykosocialt arbetssätt.

Genom en integrativ studie har Kleiner et al. (2021) undersökt vilka egenskaper hos fysioterapeuter som både patienten och fysioterapeuten själv anser vara viktiga. I sin slutsats belyser författarna vikten av att fläta ihop den tekniska kompetensen och den mänskliga interaktionen mellan terapeut och patient. Att vara en bra lyssnare, uppmuntra frågor, ge tydliga svar och att ha empati för patienterna ansågs vara direkt korrelerat med en positiv terapeutisk interaktion och ökar patienternas delaktighet i vården. Fysioterapeuter bör se patienter som en person, inte bara ett objekt. Vidare kan man främja patienternas känsla av kontroll och egenmakt av sin vård genom att överge det paternalistiska arbetssättet, där fysioterapeuten är överordnad patienten (Kleiner et al. 2021). För att åstadkomma en beteendeförändring och fodra god medicinsk vård är det betydelsefullt att som vårdgivare bemästra färdigheten *att lyssna*. En viktig del i att lyssna förutsätter ett empatiskt intresse av patienten (Rollnick et al., 2009). Rollnick et al. (2009) menar också att vårdgivare som använder en överdriven styrande kommunikationsstil där man tar rollen som expert och ledare lätt kan missa viktiga aspekter av patientens problematik. Den styrande kommunikationsstilen genomsyrar hälso- och sjukvården där man ofta förbiser vikten av att ta en mer passiv roll i samtalen med patienterna.

### 1.2.1 Effekter av beteendemedicinsk arbetssätt

En konsekvent implementering av BM med integrering av den biopsykosociala modellen kan minska smärta i vardagliga aktiviteter, minska smärtintensitet, förbättra smärthantering och minska undvikandebeteenden. Behandling som är individanpassad efter prioriterade vardagliga aktiviteter hos patienten är fördelaktigt för att uppfylla förväntningar av behandling och förbereda individer för självhantering av smärta i jämförelse med det traditionella biomedicinska arbetssättet (Åsenlöf, 2005).



Psykosociala faktorer, såsom kognitiva, emotionella, beteendemässiga och sociala faktorer påverkar kronisk muskuloskeletal smärta. Ett biopsykosocialt arbetssätt hos fysioterapeuter i denna patientgrupp uppmuntras därför för att få grundlig insikt i patientens problematik, kunna förstå dem och behandla på ett adekvat sätt (van Dijk et al., 2023). Genom interventioner utförda av fysioterapeuter som har utgångspunkt i den biopsykosociala modellen konstaterades det även i en metaanalys av Miki et al. (2023) att patienter med ryggradssjukdomar kände mindre smärtintensitet och upplevde bättre funktion. Ett mångfasetterat arbetssätt hos fysioterapeuten som tar i beaktning de biologiska, psykologiska och de sociala aspekterna hos patienterna har visat sig ge effektiv behandling av kvinnor och män med sexuell dysfunktion, speciellt smärtrelaterad sådan (Stein et al., 2019). En annan studie av Åsenlöf et al. (2005) undersökte effekten av beteendemedicinsk intervention på patienter med muskuloskeletal smärta. Resultaten talade för ökad aktivitetsnivå, smärthantering och minskad smärtintensitet hos patienterna i interventionsgruppen jämfört med gruppen som bara fick träningschema, vilket tyder på att beteendemedicinska interventioner är relevanta i praktiken.

I en studie av Emilson et al. (2016) beskrivs det att en biopsykosocial modell används till fördel i behandlingen av muskuloskeletal smärta. Den funktionella beteendeanalysen används för att få långvariga effekter på att lindra symtom. Ett beteendemedicinskt arbetssätt användes i behandlingen av alla fysioterapeuter som deltog för att uppmuntra till fysisk aktivitet, till exempel träning i hemmet. Söderlund & Lagerlöf (2016) genomförde en fallstudie med två patienter som undersökte effekten av FBA hos kvinnor med spänningshuvudvärk. En beteendemedicinsk behandling som är individanpassad och baseras på FBA användes. En av patienterna upplevde minskad smärta. Self efficacy för att hantera smärtan ökade markant för båda patienterna.

### **1.2.2 Hinder för beteendemedicinskt arbetssätt**

Det biomedicinska tankesättet kan bli svårt att utmana (Foster et al., 2011; van Dijk et al., 2023). Detta påvisas i en studie på ländryggssmärta där det visar sig att det finns många utmaningar till att integrera ett psykosocialt perspektiv under behandlingen (Foster et al., 2011). Integrering av BM i praktiken kan också vara utmanande (Fritz et al. 2019). Detta beror på faktorer från ledningen, fysioterapeuten och patienten som utgör barriärer. Faktorerna från ledningen handlar bland annat om att de ansåg att det fanns otillräckligt med tid för att genomföra beteendemedicinska samtal. De fysioterapeutrelaterade barriärerna var kopplade till ett fokus på det biomedicinska förhållningssättet som ansågs komplicera integrationen av BM. En annan barriär var att fysioterapeuterna som intervjuades upplevde det som genant att fråga patienten om psykosociala faktorer som hemsituation, känslor och tankar. De kände att de behövde bygga en relation med patienten. Från patienternas intervjuer framgick det att de förväntade sig ett biomedicinskt bemötande, vilket stämmer överens med översiktsstudien av van Dijk (2023) där patienters förväntningar av vården visar sig vara biomedicinska. Fritz et al. (2019) reflekterade över att integration av psykosociala faktorer för en fysioterapeut med vana att använda ett biomedicinskt behandlingssätt komplicerar den kliniska praktiken. Ett beteendemedicinskt arbetssätt bidrar därför till komplexiteten för integration av BM hos dessa fysioterapeuter (Fritz et al.,

2019; van Dijk et al., 2023). De såg också att om patienterna uppfattade att skadan förklarades av fysiska besvär kan det bli svårt för dem att förstå det biopsykosociala budskapet (Fritz et al., 2019). Om en patient inte förstår sig på budskapet kan det påverka resultatet av behandlingen och hur nöjd patienten blir av behandlingen (Overmeer & Boersma, 2016).

### **1.2.3 Främjar beteendemedicinskt arbetssätt**

Brist på tid har kommit upp som en hindrande faktor för integration av ett beteendemedicinskt arbetssätt då nya arbetssätt som vanligen inte används förväntas ta längre tid än traditionella arbetssätt där det redan finns vana inom sjukvården (Emilsson et al., 2016). Däremot har deltagare i studien upplevt att det tog kortare tid att behandla patienten utifrån den biopsykosociala modellen som grundprincip. Tidsåtgången för biopsykosociala behandlingen halverades jämfört med den tid det tog att utföra en behandling utan den biopsykosociala modellen som ramverk även fast fysioterapeuterna var välutbildade och erfarna. Det tyder på att tid egentligen inte behöver vara ett hinder till integration av den biopsykosociala modellen som är central inom BM, utan snarare en möjliggörande faktor (Emilsson et al., 2016). Detta stärks av van Dijk et al. (2023) där integrering av den biopsykosociala modellen visar sig vara mer tidseffektiv genom ett fokus på self efficacy och att minska långvarig smärta.

Fysioterapeuter upplever att interventioner med biopsykosocial träning leder till ökad förståelse för betydelsen av patienters psykosociala faktorer i behandling. Vidare visar det sig att dessa interventioner samt tidigare erfarenheter av att använda biopsykosocialt arbetssätt underlättar fortsatt biopsykosocialt arbete hos fysioterapeuterna (Gervais-Hupé et al., 2022; Simpson et al., 2021).

## **1.3 Beredskap hos nyexaminerade fysioterapeuter**

I en studie av Wells et al. (2021) visade resultatet att arbetsgivare ansåg att nyexaminerade fysioterapeuter var kliniskt kompetenta men att de saknade professionalism och självförtroende. De nyexaminerade fysioterapeuterna beskrev sina styrkor som entusiasm och en vilja att lära sig. Upplevda svagheter hos fysioterapeuterna var lägre vårdkvalitet, färre patientbesök, stress och utmattning. Den fysioterapeutiska kompetensen utvecklas i hög grad efter utbildningen är avklarad (Black et al., 2010; Wells et al., 2021). Det första året av yrkesverksamhet var en givande tid för de nyexaminerade fysioterapeuter som deltog i Black et al. (2010) kvalitativa longitudinella studie. De fortsatte att utvecklas både som personer och i sina yrkesroller även efter utbildningen var avklarad. Självförtroendet som fysioterapeuter ökade i takt med att de fick bättre kommunikationsfärdigheter. Detta inkluderade bland annat att prata med patienter, att lyssna, tolka samt förstå vad som sades.

Elvén et al. (2022) testade fysioterapeutstudenters uppfattning av hur säkra de var inför olika fysioterapeutiska moment. Det som undersöktes var hur studenter som fått en utbildning med beteendemedicinskt fokus (BMCC) skiljde sig från studenter som fått en utbildning utan

BMCC. Genom studien kom författarna fram till att studenterna utan BMCC kände mindre beredskap kring de kliniska resonemangen för beteendeförändring. Däremot kände studenterna utan BMCC-utbildning att de var mer förberedda inför de biomedicinska momenten än studenterna med BMCC-utbildning. Studentgrupperna uppvisade varierande beredskap kring olika moment. I studien lyfts beredskapen inför beteendemedicinska moment som viktiga för att säkerhetsställa bra utfall med patienter.

Bristande patientsäkerhet har länge varit ett problem inom sjukvården och kan ge förödande konsekvenser (Murray et al., 2018). Patientsäkerhet syftar till prevention av misstag och ogynnsamma effekter för patienten kopplat till sjukvård (World Health Organization [WHO], 2022). Ansvar för patientsäkerheten borde vara ett ansvar för alla inom hälso- och sjukvård. Brister inom säkerheten syns särskilt hos nya yrkesutövare (Murray et al., 2018).

## 1.4 Socialkognitiv teori

Albert Bandura är en av världens mest inflytelserika psykologer genom tiderna. Hans Socialkognitiva teori (SCT) om hur människan fungerar med betoning på självutveckling, anpassning och förändring har revolutionerat teorier om beteendeförändring (Ozer, 2022). Socialkognitiv teori fokuserar på individ-, omgivning- och beteendefaktorer samt hur de samspelar med varandra. Centralt i teorin är att dessa tre faktorer påverkar varandra på många olika sätt (Bandura, 2004). Dessa faktorer förenas i en beteendeförändringsprocess där det utgår från kognitiva principer för beteende och självreglering. Personens förväntningar om konsekvenser av ett visst beteende och hur viktigt det är för personen att nå resultatet styr beteendet. Avgörande för om patienten genomför det fysioterapeuten föreslår är self efficacy. Det definieras som "tilltron till att kunna utföra ett specifikt beteende i en specifik situation, det vill säga det beteende som ska leda till det förväntade resultatet" (Denison & Åsenlöf, 2012, s. 28). Self efficacy är direkt kopplat till en individs beteende och nivån av self efficacy avgör graden av motivation till att utföra ett beteende (Conner & Norman, 2005). Socialt stöd är ett annat begrepp som används inom SCT som beskrivs som en social omgivningsfaktor för patienten. Detta kan stödja patienten i beteendeförändringen (Bandura, 2004). För att patienten ska få vara självständig är det viktigt att fysioterapeuten är med och vägleder patienten i rätt riktning. Fysioterapeuter arbetar kontinuerligt med att informera patienter om att fysisk aktivitet kommer ge förbättrad aktivitetsförmåga i förhållande till ett visst beteende (Denison & Åsenlöf, 2012). Facilitering är ett viktigt begrepp inom SCT som beskriver när omgivningen bidrar med resurser för att främja ett beteende. Det är även av stor vikt att identifiera barriärer för ett visst beteende för att kunna göra något åt dem (McAlister et al., 2008).

## 1.5 Problemformulering

BM innebär användande av biomedicinska, psykosociala och beteendemässiga kunskaper för att främja hälsa och har visats ha goda effekter på patientens problematik och beteendeförändring. Det finns hindrande och främjande faktorer som behöver beaktas när

detta arbetssätt tillämpas i klinik. Fysioterapeuter utgör ett socialt stöd för patienten enligt SCT och kan därför bli en positiv omgivningsfaktor för patientens beteendeförändring. Vägledning från fysioterapeut är avgörande för att patienten ska få möjlighet att vara självständig.

Nyexaminerade fysioterapeuter anses vara kliniskt kompetenta men saknar professionalism och självförtroende, vilket påverkar vårdkvaliteten. Under första året som nyexaminerad fysioterapeut utvecklas självförtroendet och den fysioterapeutiska kompetensen ökar. Enligt författarnas vetskap saknas det studier om hur nyexaminerade fysioterapeuter upplever integrering av BM under början av arbetslivet. Otillräcklig beredskap inför sin profession inom hälso- och sjukvården kan ha negativa konsekvenser på vården som erbjuds patienten. Därför är det viktigt att få en djupare inblick inom detta område.

## **2 SYFTE**

Studiens syfte är att undersöka fysioterapeuters erfarenheter av att integrera ett beteendemedicinskt arbetssätt för att stötta patienter i beteendeförändring.

## **3 METOD**

### **3.1 Design**

En deskriptiv kvalitativ design användes i studien. Fokuset i den kvalitativa designen är individinriktat och tar hänsyn till individens upplevelser och deras subjektiva verklighet (Backman, 2016). Med kvalitativt beskrivande design undersöktes vad fysioterapeuters erfarenheter är av att integrera ett beteendemedicinskt arbetssätt för att stötta patienter i beteendeförändring. I analysen användes en induktiv ansats då det gav möjlighet att se mönster i deltagarnas upplevelser och erfarenheter genom att materialet kunde analyseras objektivt då syftet inte var att analysera från en förbestämd teori (Lundman & Graneheim, 2017).

## 3.2 Urval

I studien användes ett ändamålsenligt bekvämlighetsurval genom rekrytering av deltagare som kunde bidra med kunskap inom området som undersöks och var lättillgängliga för författarna (Carter & Lubinsky 2016).

Inklusionkriterierna för deltagande var att examen måste ha tagits från fysioterapeutprogrammet på ett lärosäte med beteendemedicinsk inriktning och ha arbetat som fysioterapeut mellan två månader och ett år. Högst ett år fick ha passerat efter examen för att deltagarna fortfarande skulle vara nya i professionen. En geografisk avgränsning tillämpades för att möjliggöra rekrytering av relevanta fysioterapeuter från universitetet vi valde att rekrytera från. För att undvika att deltagarna skulle påverka varandras uppfattning prioriterades de som inte arbetade på samma avdelning i första hand (Yuan et al., 2017).

Sju fysioterapeuter mellan 23–38 år inkluderades i studien varav två var män och fem var kvinnor. Alla hade tagit fysioterapeutexamen med beteendemedicinsk inriktning från samma universitet i Mellansverige. Tre deltagare tog examen i juni 2022 och fyra deltagare tog examen i januari 2023. Fem av deltagarna arbetade inom slutenvården på olika avdelningar, en deltagare inom primärvården och en arbetade kommunalt. Alla arbetade heltid och hade arbetat mellan 2,5 månader och elva månader (Tabell 1). Deltagarna intervjuades med två månaders mellanrum mellan första och sista intervjun. De hade därför olika antal yrkesverksamma månader vid intervjutillfället trots att alla började arbeta direkt. Tre av deltagarna hade vidareutbildat sig.

Tabell 1: Deltagarnas yrkesverksamma tid

Deltagare	Yrkesverksamma månader	Vidareutbildning
A	10	Handledarkurs
B	10	
C	2,5	
D	2,5	
E	3	
F	10	Mekanisk diagnostik och terapi A & B
G	11	Demens ABC

### **3.3 Datainsamling**

Insamling av data skedde via individuella semistrukturerade kvalitativa intervjuer med öppna frågor utformade i en intervjuguide (Bilaga A). Semistrukturerade intervjuer är baserade på förbestämda frågor men formatet tillåter intervjuaren att klargöra frågorna och hjälpa deltagarna att delge mer information under intervjun genom att ställa följdfrågor (Carter & Lubinsky, 2016). För att säkra inklusionskriterierna och få in bakgrundsinformation om deltagarna ställdes sex bakgrundsfrågor (Bilaga A) innan intervjuerna påbörjades. Detta samlade in information om deltagarnas egenskaper och för att skapa en relation mellan intervjuare och deltagare (Carter & Lubinsky, 2016). Huvudfrågorna syftade till att samla in data av området som skulle undersökas. Exempel: Hur upplever du din förmåga att arbeta beteendemedicinskt med patienter? Avslutningsvis tillfrågades alla deltagare om de hade något ytterligare att tillägga för att få en sista möjlighet att komplettera informationen. Två testintervjuer genomfördes för att se om intervjuguiden behövde ändras. Vid dessa intervjuer framgick det att frågorna gav möjlighet för deltagarna att svara på syftet. Intervjuguiden behövde därför inte ändras inför kommande intervjuer och testintervjuerna inkluderades i dataanalysen.

Deltagarna hade valet att utföra intervjuerna med författarna i person eller över videokonferensverktyget Zoom för att underlätta genomförande av intervju. De som valde att utföra sin intervju över Zoom fick information om att en länk till det digitala rummet skulle skickas ut en kvart innan intervjutillfället. Webbkamera användes under alla zoom-intervjuer för att få en djupare förståelse av deltagarnas erfarenheter genom att observera kroppsspråk och minspel (Carter & Lubinsky, 2016). För att kunna lyssna och analysera samtalen i efterhand användes en diktafon som inspelningsinstrument.

### **3.4 Tillvägagångsätt**

#### **3.4.1 Rekrytering**

Deltagare rekryterades genom att författarna kontaktade 21 verksamheter på mail eller telefon. Verksamheter hittades genom internetsökning av fysioterapeutiska arbetsplatser med geografiskt närområde till universitet där deltagarna skulle ha tagit sin examen. Informationsbrev (bilaga B) skickades ut via mail till verksamhetscheferna. Efter skriftligt godkännande från verksamhetscheferna vidarebefordrade de sedan informationsbrev och samtyckesblankett (bilaga C) till fysioterapeuter som uppfyllde inklusionskriterierna för deltagande på samma arbetsplats. Vid intresse att delta i studien kontaktades författarna av fysioterapeuterna för att bestämma lämplig tid och plats för intervju. Fyra av deltagarna arbetade på samma arbetsplats men på olika avdelningar. Deras intervjuer kunde därför ske under samma dag på deras arbetsplats. Resterande intervjuer skedde på olika dagar på separata arbetsplatser. Rekryteringen avslutades efter sju intervjuer.

### **3.4.2 Datainsamling**

Sju intervjuer genomfördes under en tvåmånadersperiod. Deltagarna intervjuades en i taget. Intervjuerna genomfördes i enskilt rum för att undvika störmoment. Båda författarna var med vid varje intervjutillfälle och ställde frågor under intervjuerna. Muntligt samtycke gavs av deltagarna varpå diktafonen startades och intervjun startade. Författarna ställde varannan fråga för att använda samma intervjumetod vid varje intervjutillfälle. Följdfrågor ställdes vid behov av någon av författarna för att få mer information kring området. Samtliga sju intervjuer varade mellan 20–30 minuter och hade ett genomsnitt på 25 minuter. Fyra intervjuer gjordes ute på fysioterapeuternas arbetsplats och tre intervjuer gjordes via Zoom. Samtyckesblanketten för alla deltagare togs emot via mail eller på plats. Intervjumaterialet skyddades på en lösenordslåst dator under studiens gång och raderades efter godkänt examensarbete.

## **3.5 Dataanalys**

Efter intervjutillfällena transkriberades samtlig insamlade data ord för ord i ett gemensamt dokument. Alla intervjuer lästes igenom flera gånger av båda författarna för att få en tydligare bild av innehållet. Den första intervjun transkriberade författarna tillsammans, därefter transkriberades tre intervjuer var. Vid transkribering tilldelades varje intervju en bokstav (A-F) för att de inte skulle kunna identifieras. Vidare uteslöts annan information som skulle kunna avslöja deltagare.

Data analyseras därefter utifrån induktiv ansats med en manifest tolkning (Graneheim & Lundman, 2004). Meningar som gav information som var relevant för syftet togs fram och bildade meningsbärande enheter som skrevs in i en tabell i ett separat dokument för att få översikt av materialet. Omgivande text fanns med i de meningsbärande enheterna för att ge en bild av sammanhanget. För att tydligare se det relevanta innehållet kondenserades meningsenheterna till kortare stycken med samma innebörd. Därefter tilldelades de kondenserade meningarna koder som kortfattat beskrev meningsenheternas innehåll (Lundman & Graneheim, 2017). Varje deltagare fick en egen färg för att lätt kunna hålla isär koderna. De första tre intervjuerna kodade författarna tillsammans för att säkerhetsställa liknande arbetssätt. Följande intervjuer delades upp mellan författarna och kodades enskilt. När kodningen var klar gick båda författarna tillsammans igenom alla koder och delade in koder med likartad information under samma kolumn. Dessa kolumner namngavs därefter och utformade olika kategorier (Lundman & Graneheim, 2017). Detta gjordes i en ny tabell. Tabellen hade sex kolumner i sidled för att underlätta översikten och omplacering av koderna. För att specificera ytterligare skapades även underkategorier där det ansågs lämpligt. Kategorier och underkategorier lästes igenom flera gånger för att ge en försäkran om att alla koder hamnat rätt. Under arbetets gång ändrades kategorier och underkategorier upprepade gånger i samråd med handledare och kursare. Fem kategorier och nio underkategorier identifierades slutligen.

Tabell 2: Exempel på kondensering, kodning och kategorisering

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
“Det gäller att samtala och försöka hitta varför det här är viktigt för just den här personen så att man hittar någon inre motivation till att röra på sig och sådär. Men absolut, vissa är ju svårare än andra.”	Samtala och hitta vad som är viktigt för just den personen så man hittar inre motivation till att röra på sig. Vissa är svårare än andra.	Hitta inre motivation hos patienterna viktigt	Positiva utfall hos patienten	Det gynnar patienten
Oftast så har ju vi ett underskottsbetende som vi får jobba med, alltså våra äldre blir ganska inaktiva. De blir sittande och vi gör mycket för att liksom främja fysisk aktivitet.	Oftast så har vi ett underskottsbetende som vi jobbar med. Våra äldre blir inaktiva. Vi gör mycket för att främja fysisk aktivitet.	Främjar fysisk aktivitet hos de inaktiva	Positiva utfall hos patienten	Det gynnar patienten

### 3.6 Etiska Överväganden

The World Medical Association (WMA) har utvecklat Helsingforsdeklarationen. Den innehåller sammanställningar om etiska principer för medicinsk forskning som involverar mänskligt deltagande. Detta följdes under studiens gång (Helsingforsdeklarationen, 2022).

Information om studien gavs ut genom ett informationsbrev till chefer och deltagare. Deltagande i studien var frivilligt och deltagarna gav muntligt och skriftligt samtycke till att



delta innan intervjuerna började. Deltagaren informerades om rätten till att avbryta deltagandet utan negativa följder.

Diktafon användes för att spela in intervjuerna. Materialet raderades efter godkänt examensarbete, fram till dess lagrades det på en lösenordskyddad dator. Insamlade data hanterades utifrån General Data Protection Regulation (GDPR) (Integritetsskyddmyndigheten, 2021). Inga uppgifter, enskilt eller i kombination med andra uppgifter som kunde kopplas till en person, redovisades i studien för att skydda deltagarnas identitet.

Deltagare förväntades reflektera över och förklara sina erfarenheter av att integrera BM i behandling. Detta är för vissa ett känsligt område då det kan upplevas som att författarna ifrågasätter deras arbetssätt. Avsikten med intervjuerna var inte att ifrågasätta, utan att undersöka. Därför liknade intervjuerna mer en diskussion där deltagarens uppfattningar uppmuntrades. Allt material och information som utbyttes under intervjuerna var konfidentiellt för att utomstående inte ska kunna identifiera deltagarna. Det var bara författarna som hade tillgång till personlig information. Det var bara författarna och handledare som fick ta del av intervjun i sin helhet.

## **4 RESULTAT**

I resultatet beskrivs sju fysioterapeuters erfarenheter av att integrera ett beteendemedicinskt arbetssätt för att stötta patienter i beteendeförändring där fem kategorier och nio underkategorier togs ut från analyserat material. Kategorierna som identifierades var: Det gynnar patienten, Viktiga egenskaper hos fysioterapeut, Hinder, Olika metoder för integrering och Förmågan har utvecklats (tabell 3).

Tabell 3: Kategorier och underkategorier

Kategorier	Underkategorier
Det gynnar patienten	Arbeta biopsykosocialt Positiva utfall hos patienten
Viktiga egenskaper hos fysioterapeut	Professionella attribut Fysioterapeutens personlighet
Hinder	Fysioterapeuten utgör ett hinder Patientens tillstånd utgör ett hinder Tidsbrist
Olika metoder för integrering	Omedvetna processer Användbara strategier och mindre användbara strategier
Förmågan har utvecklats	

## 4.1 Det gynnar patienten

Deltagarna upplevde att patienterna gynnas av ett beteendemedicinskt arbetssätt. Det ansågs vara nödvändigt att tillämpa ett biopsykosocialt perspektiv för att se till helheten hos patienterna och främja deras beteendeförändring. Arbetssättet upplevdes även ge flera positiva utfall för patienterna.

### 4.1.1 Arbeta biopsykosocialt

Deltagarna berättade att ett biopsykosocialt perspektiv är centralt inom BM, att de jobbar med det fysiska men utgår från helheten. Ett bredare arbetssätt som ser till hela människan och inte bara sjukdomen eller skadan. De psykiska och sociala faktorerna har också ofta stor påverkan för att genomgå en beteendeförändring. Det framgår även att sjukdomen påverkar vardagen och att det fanns ett stort fokus på att förstå patienters beteenden i det beteendemedicinska arbetet. Det ansågs vara lättare och mindre abstrakt att få in de biopsykosociala delarna i praktiken än under utbildningen och kan ske naturligt i ett patientmöte.

*“För mig innebär BM att ha en helhetssyn på varje patient, men också i mitt arbete som fysioterapeut att både få in den fysiska, psykiska och sociala omgivningen. Att kunna*

*koppla ihop det och se vad varje individ behöver utifrån min profession och min kompetens. Ja, helhetssyn skulle jag väl sammanfatta det som.” (Deltagare B)*

#### **4.1.2 Positiva utfall hos patienten**

Patienterna får en ökad autonomi, följsamhet och blir motiverade till en beteendeförändring genom det beteendemedicinska arbetssättet. Ur intervjuer framkom det att BM behövs för att stötta vissa patienter då patienterna själva inte har tillräcklig motivation för att utföra ett specifikt beteende. I arbete med patienter med långvarig smärta och inaktivitet upplevdes BM vara användbart.

*“Oftast så har ju vi ett underskotts beteende som vi får jobba med, alltså våra äldre blir ganska inaktiva. De blir sittande och vi gör mycket för att liksom främja fysisk aktivitet.” (Deltagare G)*

## **4.2 Viktiga egenskaper hos fysioterapeut**

I rollen som fysioterapeut ansåg deltagarna att det finns viktiga egenskaper för att på bästa sätt möjliggöra patienters beteendeförändring. Egenskaperna som uppdagades handlade om diverse professionella attribut samt om hur deras personlighet inverkar.

### **4.2.1 Professionella attribut**

Att vara lyhörd, bekräfta patienterna och utmana deras rädslor ansågs vara viktigt hos fysioterapeuten för att kunna åstadkomma beteendeförändringar. Det är avgörande att ha verktyg till att kunna anpassa patientens fysiska omgivning för genomförande och anpassning av ett beteende.

*“Jag arbetar främst genom att vara lyhörd och att försöka förstärka patienten i den mån jag klarar av” (Deltagare A)*

### **4.2.2 Fysioterapeutens personlighet**

Det krävs tid för att bygga upp och möjliggöra en personlig relation med patienterna. Om fysioterapeuten tycker att det beteendemedicinska arbetssättet är roligt kommer det underlätta genomförandet och i sin tur främja patientens beteendeförändring.

*“...tror jag kanske att man har lättare att arbeta beteendemedicinskt... också om man tycker det är roligt.” (Deltagare F)*

### 4.3 Hinder

Deltagarna uttrycker att det finns hinder för att integrera ett beteendemedicinskt arbetssätt för att stötta patienter i beteendeförändring. De beskriver att fysioterapeuten kan vara en hindrande faktor på olika sätt men även att patienten själv kan utgöra ett hinder för sin beteendeförändring. Tidsbristen ses som ett hinder för integrering av ett beteendemedicinskt arbetssätt.

#### 4.3.1 *Fysioterapeuten utgör ett hinder*

Det upplevdes utmanande att integrera BM till verklighet jämfört med hur det framställdes under utbildningen. De psykosociala bitarna från fiktiva patientfall som deltagarna fick under utbildningen upplevdes inte kunna spegla verkligheten på ett övertygande sätt. Att integrera BM blev därför svårt att genomföra på ett naturligt sätt och upplevdes i vissa fall krystat i patientmöten. Deltagarna ansåg att okunskap till följd av brist på träning och repetition av BM arbetssätt under yrkeslivet ledde till ett hinder för integrering av arbetssättet. Stress hos fysioterapeuten kunde leda till att helhetsperspektivet glömdes bort. De kände att avsaknad av intresse för ett beteendemedicinskt arbetssätt utgjorde ett hinder då det bortprioriterades. Vana och lathet hos deltagarna uppfattades som ett hinder då patienters beteendeförändringar kan påverkas negativt av detta.

*“Förmågan finns nog men jag tycker inte det känns naturligt att få in det (beteendemedicinskt arbetssätt), alltid.” (Deltagare E)*

#### 4.3.2 *Patienten utgör ett hinder*

Patienters förväntningar på vården stämmer inte alltid överens med ett beteendemedicinskt arbetssätt. De vill ha strikt biomedicinsk vård och förstår sig därför inte på varför frågor ställs som de gör, menar deltagarna. Rörelserädsla och stress hos patienten kan försvåra integrering av BM samt beteendeförändringar. Även brist på tålamod och fysisk utmattning hos patienten var enligt deltagarna ett problem. Deltagarna berättar att när patienterna är trötta och inte orkar prata uppstår ett hinder då det blir svårt att nå fram till patienten. Omgivningen kan också hindra det beteendemedicinska arbetet för patienten. Miljön kan påverka patienter genom att de delar rum med andra patienter som resulterar i störande moment.

*“Man hinner inte stå och prata med en patient hur länge som helst och de kanske inte orkar det heller.” (Deltagare D)*

*“Jag upplever att de kommer hit för att de vill veta vad de har för fel och vad de kan göra. Och ja. De vill väl egentligen ha en diagnos. De vill ha mer av det kroppsliga.” (Deltagare F)*

#### 4.3.3 *Tidsbrist*

Tidsbristen utgör en faktor för deltagarna som försvårar integrering av BM i arbetet. Korta vårdtider, korta patientbesök och patienter som tar tid från varandra påverkar det

beteendemedicinska arbetssättet negativt, som skulle kunna användas mer om det fanns mer tid.

*“Det är säkert flera gånger som jag skulle ha använt det som jag inte gjort det kan jag tänka mig. Bara för att det är brist på tid och det är oftast snabba puckar där uppe liksom. Man hinner inte stå och prata med en patient hur länge som helst” (Deltagare D)*

#### **4.4 Olika metoder för integrering**

Deltagarna delade sina erfarenheter av de olika metoderna de använder för att integrera ett beteendemedicinskt arbetssätt med patienter. Det var vanligt att integrering av metoderna skedde omedvetet utan reflektion från deltagarnas sida. Metoder för integrering av BM bestod av flera olika strategier kopplade till beteendemedicinska teorier. Vissa var mer användbara, andra var mindre användbara. Det framkom i vilken omfattning de användes, vad som var mest effektivt och vad som var minst effektivt.

##### **4.4.1 Omedvetna processer**

Deltagarna beskriver att BM används omedvetet utan reflektion eller resonemang från deras sida. De upplever att de inte behöver tänka aktivt på det för att kunna åstadkomma en beteendeförändring hos patienten. Integreringen sker naturligt utan ett djupare fokus på de olika teorierna bakom BM. Det är svårt att sätta ord på vad som görs. Det upplevs vara svårt att skilja på när det beteendemedicinska arbetssättet används och när det inte används då det på ett eller annat sätt alltid integreras och finns med in bakhuvudet.

*“Integrerar BM utan att man tänker mer ingående på begreppen. Det kommer mer naturligt” (Deltagare D)*

##### **4.4.2 Användbara strategier och mindre användbara strategier**

Det framkom under intervjuerna att deltagarna använder beteendeförändringstrategier såsom positiv förstärkning, graderad aktivering, informera patienten om fysiologi och anatomi, informera om smärta, hantera smärta på skala under 5, smärtskattning, jämföra med andra, modellinlärning, berömma sig själv, grundläggande och färdighetsträning, skatta self efficacy och utfallsförväntningar, SMART mål, SIRK, hitta inre motivation, träningsdagbok, motiverande samtal, modellinlärning, förklara om konsekvenser, uppföljning och verbal feedback. Deltagarna berättade även om vilka strategier som var mest effektiva för dem. Graderad aktivering, positiv förstärkning, höja self efficacy, målsättning, hitta inre motivation, anpassa miljön och hitta socialt stöd var strategier som nämndes. Det är antingen ändamålet eller patienten som avgör vilken effekt dessa strategier har. Det är viktigt att möta patienterna där de är. Det nämns även att de strategier som används fortsätter att användas.

*“Ja, ehm, förstärkning är ett begrepp jag gillar att använda iallafall. Och graderad aktivering. Det är ju främst det jag försöker uppnå nåstans, att jag lägger träning eller åtgärder på en nivå som de känner att de ska klara av för att det ska kunna progresseras och så vidare.” (Deltagare A)*

*“Det (den mest effektiva strategin) är nog att bekräfta patienten så de höjer sin Self efficacy. Det är viktigt för att utan den har man ingen tro till sig själv och då blir det väldigt svårt att motivera någon till det vi vill att dem ska göra. De måste ha en tilltro till sig själv för att nåstans vill vi att de ska klara sig själva” (Deltagare B)*

Det är inte alltid relevant med alla strategier tycker deltagarna. Ibland funkar inte strategier på alla patienter i alla situationer. SIRK upplevs vara överflödigt och som väldigt sällan kommer till användning. Ett annat exempel på ett ineffektivt verktyg i en specifik grupp är modellinläring hos patienter med demenssjukdom. Strategier som deltagarna berättade att de inte har så stor användning för är fading, shaping, beteendegeneralisering, träningsdagböcker, SIRK, SMART-mål, modellinläring.

*“...svårt att vara konkret där nu då men fading och shaping, beteendegeneralisering, träningsdagböcker använder jag ju inte kanske så mycket. Men jag har koll på det men sen hur det ter sig i praxis kan variera.” (Deltagare A)*

*“...SIRK och lite sådana. De tar ju lite längre tid och det är mycket mer att man måste gå igenom mer grundligt med patienten och där kan jag känna att man inte alltid har möjlighet till att göra det heller” (Deltagare C)*

#### **4.5 Förmågan har utvecklats**

Det framkom att deltagarna kände att de hade en bra förmåga att integrera ett beteendemedicinskt arbetssätt i början av yrkeslivet på grund av hur färsk teorierna från utbildningen var i huvudet. Det framkom också att de upplevde att de hade en sämre förmåga, speciellt när det kom till kommunikation och kontakt med patienterna.

*“Men ja, men alltså jag när jag precis var klar så var jag ju ganska oförberedd alltså. Även fast man har jobbat och man har haft praktik och så... Man känner sig inte klar, så klart inte. Det är ju ett nytt jobb och det är en helt ny roll man har... ..Så att jag kände mig ganska oförberedd.” (Deltagare C)*

Det skedde stor utveckling under den första tiden av yrkeslivet. Utvecklingen av förmågan att integrera BM har skett i olika riktningar där stagnering, förbättring och försämring förekom. Efter ett tag hade de teoretiska begreppen från utbildningen till viss del glömts bort men deltagarna hade fått en ökad förståelse för patienterna. Deltagarna hade vid intervjutillfället bättre koll på vilka patienter som behöver tid för BM och på vilka sätt man kan integrera det på jämfört med när de började arbeta. Det framkom att den nuvarande förmågan att utföra en beteendeförändring på en patient var god.

“...Vad kaxigt att svara asbra. (skratt) Men jag tycker faktiskt att jag är jättebra (på att utföra beteendeförändring). (skratt)” (Deltagare G)

## 5 DISKUSSION

Studiens syfte var att undersöka fysioterapeuters erfarenheter av att integrera ett beteendemedicinskt arbetssätt för att stötta patienter i beteendeförändring. Resultatet av studien visade att ett beteendemedicinskt arbetssätt gynnar patienterna. Detta uppnås av att arbeta utifrån ett biopsykosocialt perspektiv som främjar positiva utfall hos patienterna. För att på bästa sätt möjliggöra patienternas beteendeförändring identifierades egenskaper hos fysioterapeuten som främjar detta av deltagarna. Hinder uppdagades genom intervjuerna där fysioterapeuten, patienten och tid kan utgöra hinder för integrering av ett beteendemedicinskt arbetssätt. Deltagarna använde olika metoder för att integrera beteendemedicin i arbetssättet. Ofta skedde integreringen omedvetet utan att tänka på teorier och teoretiska begrepp. Begreppen användes i varierande omfattning. Slutligen visade det sig att deltagarnas förmåga att integrera beteendemedicin utvecklades under början av yrkeslivet och att patientkontakten blev bättre med tiden.

### 5.1 Resultatdiskussion

Deltagarna hade en uppfattning av att ett beteendemedicinskt arbetssätt *gynnar patienterna* i en beteendeförändring. Arbetssättet ska vidare komma till nytta hos patienter som är inaktiva och har långvarig smärta. Hos patienter med långvarig smärta anses den mest effektiva behandlingen innefatta de fysiska-, psykiska- och sociala faktorerna för att minska smärta (Booth et al., 2017; Gatchel et al., 2007), vilket talar för att det beteendemedicinska arbetssättet är viktigt i denna patientgrupp. Deltagarna i denna studie betonar vikten av att patienterna ska få känna autonomi och att de blir motiverade av det beteendemedicinska arbetssättet. BM ansågs vara nödvändigt hos de patienter som inte har tillräckligt med motivation för att utföra en beteendeförändring. I Fritz et al. (2019) kvalitativa studie anser patienterna att de behöver få motivation från sin fysioterapeut för att vara fysiskt aktiva. God nivå av self efficacy är nödvändigt för att patienten ska känna sig motiverad nog att kunna genomföra en beteendeförändring. Detta bekräftas av den SCT där self efficacy är direkt kopplat till en patients beteende (Conner & Norman, 2005). Då self efficacy spelar en viktig roll i beteendeförändring hos patienter bör arbete som främjar self efficacy prioriteras för att gynna patientens beteendeförändring.

Deltagarnas erfarenheter av att integrera BM i behandling innebar att *arbeta biopsykosocialt*. Helhetsperspektivet var av stor vikt, att de biologiska, psykologiska och sociala faktorerna hos patienten påverkar behandlingen. En beteendemedicinskt behandling förutsätter ett biopsykosocialt tankesätt för att kunna förstå patientens beteende (Denison &

Åsenlöf, 2012). Enligt denna studies deltagare är det viktigt att förstå patientens beteende för att kunna genomföra en beteendeförändring. För att förstå beteenden krävs vetskap om hur beteendet utvecklas och bibehålls (Denison & Åsenlöf, 2012). Detta talar för att fysioterapeuter borde besitta god kännedom om patienters beteenden för att kunna påverka både patienterna och deras beteenden på ett effektivt sätt.

Det framgick från deltagarna att det fanns flera olika *viktiga egenskaper hos fysioterapeuten* som möjliggör patienters beteendeförändring. I det fysioterapeutiska arbetet upplever deltagarna att det är viktigt att vara lyhörd, bra på att bekräfta patienterna och kunna utmana patienternas rädslor. Med dessa egenskaper skulle de kunna bidra till en positiv social omgivningsfaktor som fysioterapeuten kan utgöra i det beteendemedicinska arbetet. Utifrån SCT är det sociala stödet en viktig omgivningsfaktor för patienten för att kunna påverka patientens beteende (Bandura, 2004). Deltagarna såg dessutom vikten av att anpassa den fysiska omgivningen, vilket påverkar beteendeförändringar hos patienterna. Alla dessa egenskaper hos fysioterapeuter som deltagarna i studien ansåg vara viktiga kan kopplas till SCT genom begreppet *facilitering*. Inom SCT används *facilitering* för att beskriva när omgivningen bidrar med resurser för att främja ett beteende hos patienten (McAlister et al., 2008). Kunskap om dessa *facilitatorer* skulle eventuellt kunna bidra med ändrat förhållningssätt hos verksamma fysioterapeuter för att gynna patienter.

Av deltagarna framkom inte bara viktiga egenskaper hos fysioterapeuter som kan främja patienters beteendeförändring. Det uppdagades även ett antal hinder för att integrera det beteendemedicinska arbetssättet. Enligt SCT är det av stor vikt att kunna identifiera hinder för ett beteende för att sedan kunna åtgärda det (McAlister et al., 2008). Resultatet av genomförd studie skulle därför kunna användas i kliniskt arbete för att åtgärda eller undvika dessa hinder i framtiden. För att vidare öka förståelsen för beteendeförändringsarbete skulle eventuellt djupare insikt behövas inom vad som kan utgöra hinder. Stress var en faktor hos deltagarna som utgjorde ett hinder för integrering av ett beteendemedicinskt arbetssätt då deltagarna upplevde att detta ledde till att helhetsperspektivet glömdes bort, som ansågs vara nödvändigt för att genomföra en ordentlig behandling. När nyexaminerade fysioterapeuter intervjuades i studien av Wells et al. (2021) framkom också stress som en svaghet bland fysioterapeuterna. Detta tyder på att stress återfinns på flera håll inom fysioterapeutyrket. Om så är fallet kan mer resurser behövas läggas på att åtgärda det som orsakar stressen hos yrkesutövarna för inte gå miste om helhetsperspektivet i arbete med patienterna.

Patienter har ofta en biomedicinsk förväntan på vården (Fritz et al., 2019; Foster et al., 2011). Detta kan i sin tur leda till att fysioterapeuter avstår från att använda ett helhetsperspektiv där de psykosociala bitarna ingår (Fritz et al., 2019). Deltagarna i genomförd studie upplevde också att patienternas förväntningar på ett fysiskt fokus på vården utgör ett hinder för att integrera ett beteendemedicinskt arbetssätt. Att patienterna inte förstår sig på åtgärderna uttrycker deltagarna som ett hinder för BM. Brist på förståelse av åtgärder skulle kunna påverka resultatet av behandlingen samt hur nöjd patienten blir av vården (Overmeer & Boersma, 2016). Med patienters biomedicinska förväntningar på vården skulle det kunna leda till att de själva blir en faktor som påverkar åtgärderna negativt. Om de hade insett vikten av helhetsperspektivet hade fysioterapeuter troligen varit mer benägna att arbeta på ett sätt som tar i beaktning de biomedicinska såväl som de psykosociala delarna, vilket i sin



tur sannolikt hade påverkat resultatet av behandling positivt och patienterna hade kunnat bli mer tillfredsställda.

Det framkommer att en barriär för integrering av psykosocialt arbetssätt beror på en brist av förberedande universitetsutbildning (Alexanders & Douglas, 2017; Driver et al., 2020). Utbildningarna bör utvecklas för att tillgodose behovet av det psykosociala tankesättet (Driver et al., 2020). Studierna av Alexander & Douglas (2017) och Driver et al. (2020) är gjorda i Australien respektive Storbritannien. Deras slutsatser talar därför för att bristande universitetsutbildning finns i länder som inte är Sverige, där denna studies deltagare har studerat. Relevansen till denna studie anses komma från deras koppling mellan problem att integrera det psykosociala arbetssättet och brist av förberedande utbildning. Samma uppfattning återfanns hos deltagarna i denna studie som berättade att utbildningen gav en felaktig bild av hur arbetet ser ut i klinik, bland annat genom att fiktiva patientfall inte var verklighetstroga. Till följd av otillräcklig förberedelse ansågs det vara mer utmanande att integrera de psykosociala bitarna jämfört med de biomedicinska i möten med patienter ute i arbetslivet. Det hade således kunnat vara lättare att integrera psykosociala delar i behandlingen om utbildningen varit mer speglad efter verkligheten. Enligt Elvén et al. (2022) bör fysioterapeutprogrammet i Sverige utvecklas för att ge studenter verktyg till att integrera beteendemässiga och psykosociala delar i det kliniska resonemanget. Värt att ha i åtanke är att samtliga deltagarna i genomförd studie har tagit examen från ett universitet med beteendemedicinskt fokus i sin läroplan. Detta ger sannolikt deltagarna en större förståelse för integration av psykosocialt arbetssätt jämfört med om studien hade genomförts på fysioterapeuter från ett universitet utan beteendemedicinsk fokus i sin läroplan, trots deras uppfattning av att utbildningen gav en felaktig bild av kliniska arbetet.

Tid ansågs vara en hindrande faktor för integrering av BM. För att kunna bygga upp en relation med patienterna behövs tillräckligt med tid. De korta vårdtiderna, korta patientbesöken och bristen på personal upplevdes kunna påverka integrationen av BM negativt. Fysioterapeuterna som deltog i Fritz et al. (2019) kvalitativa studie bekräftade denna inställning till att tidsåtgången blir ett hinder. I en studie av Emilson et al. (2016) framkom det att väl erfarna utövare av beteendemedicinskt arbetssätt upplevde att arbeta biopsykosocialt var mer tidseffektivt än det traditionella biomedicinska arbetssättet. Det är därför möjligt att den upplevda tidsåtgången inte behöver utgöra ett hinder då det har visat sig kunna utföras mer tidseffektivt.

Det berättades om att *olika metoder för integrering* av BM användes på varierande sätt. Beteendemedicinska arbetet uttrycker sig ofta genom *omedvetna processer* enligt deltagarna. Integreringen skedde naturligt utan att aktivt tänka på begrepp eller teorier. Det ansågs vara svårt att skilja på när det beteendemedicinska arbetssättet används och när det inte används. De beskriver att BM används utan reflektion eller resonemang från deras sida. Att reflektera för mycket över sina beslut kan medföra negativa konsekvenser. Det kan leda till att en osäkerhet kring beslutet gör det mindre optimalt (Wilson & Schooler, 1991). Beslutstagande är avgörande i fysioterapeutens yrkesroll (Walston et al., 2022) vilket skulle kunna betyda att erfarenheterna från deltagarna eventuellt gynnar deras beslutstagande, då de inte upplever att de reflekterar så mycket över teorier och begrepp.

Deltagarna uttryckte att de använde beteendeförändringsstrategier. Vissa var mer användbara och andra mindre. Huruvida strategierna var användbara eller inte berodde på vad ändamålet var. Patientens egen inställning var avgörande för beteendeförändringens utfall. Deltagarna uttryckte att strategier som används fortsätter att användas vilket eventuellt skulle kunna förklaras med att fysioterapeuterna använder de tekniker de känner sig säkra på och bekväma med (Emilson et al., 2016). De som var mindre användbara var de som inte var relevanta för patienten. Enligt deltagarna passar inte alla strategier på alla patienter. Detta kan kopplas till att patienten skapar hinder för integreringen. Möjligen beror det på att patienten måste förstå budskapet för att behandlingen ska fungera och för att patienten ska bli nöjd (Overmeer & Boersma, 2016).

*Förmåga har utvecklats* i att åstadkomma en beteendeförändring hos patienter. I början av arbetslivet kände deltagarna sig väl förberedda att integrera BM då teorierna fortfarande var färska. De upplevde dock att de var oförberedda när det gäller patientkontakt och kommunikation. Kommunikation mellan fysioterapeut och patient är en av de viktigaste yrkesmässiga färdigheterna hos nyanställda menar Adam et al. (2011). Det är också en av de centrala delarna i beteendeförändringsarbetet (Society of behavioral medicine [SBM], 2023). Att ha bristande kunskaper inom något av de viktigaste yrkesmässiga färdigheterna skulle eventuellt kunna bidra med konsekvenser för patientsäkerheten. Murray et al. (2018) förklarar att otillräcklig patientsäkerhet är vanligare hos nya yrkesutövare och att det kan ge förödande konsekvenser. Studien handlar om sjuksköterskors yrkesvana, men författarna talar för att resultatet kan tillämpas på alla yrkesgruppen inom sjukvården. Broberg & Lenné, (2019) förklarar att fysioterapi bland annat syftar till att minska lidande och bibehålla eller återskapa den optimala rörelseförmågan. Om fysioterapeuter inte har förmåga att uppfylla sin yrkesroll av att minska lidande och bibehålla eller återskapa den optimala rörelseförmågan skulle det kunna påverka patientsäkerheten. Därav finns även relevans för fysioterapeuterna i denna studies slutsats. Detta tydliggör en risk i nyexaminerade fysioterapeuters arbete; en bristfällig förmåga att kommunicera med patienter skulle eventuellt kunna påverka patientsäkerheten negativt. Deltagarna upplevde att de utvecklades mycket under första tiden som anställda, speciellt när det kom till patientkontakt. Det skulle kunna betyda att patientsäkerheten blir bättre med tiden. De teoretiska begreppen som var återkommande under utbildningen var färska som nyanställd men har numera delvis glömts bort. Under den första tiden som anställd utvecklas fysioterapeuter mycket i sin yrkesroll (Hayward et al., 2013). En av egenskaperna som visade sig utvecklas var självförtroendet. En parallell skulle kunna dras mellan förbättrad patientkontakt och ökat självförtroende hos fysioterapeuterna.

## **5.2 Metoddiskussion**

En kvalitativ design fokuserar på att världen består av flera olika verkligheter där skilda meningar förekommer. Den består inte av en objektiv verklighet (Carter & Lubinsky, 2016). Målet var att få djupare förståelse för erfarenheterna hos fysioterapeuter för att integrera ett beteendemedicinskt arbetssätt för att stötta patienter i beteendeförändring. Förhoppningen var att studien kan leda till djupare insikter om det studerade området. Tillförlitligheten

stärks av att samtliga delar av vald metod med datainsamling och dataanalys beskrevs så utförligt som möjligt. För att läsaren ska förstå resultatet behöver det finnas förståelse för metoden därför stärks även överförbarheten av en utförligt beskriven metod (Lundman & Graneheim, 2017). Det är upp till läsaren att uppskatta överförbarheten på resultatet till en annan grupp. För att stärka överförbarheten är det viktigare att belysa ett ämne mer djupgående än att flera personer säger samma sak. Även om resultatet inte är generaliserbart så kan teman eller koncept representera fenomen som kan ses i en större population (Carter & Lubinsky, 2016).

Utifrån studiens syfte var det inte relevant att undersöka orsak och verkan. En kvantitativ ansats med större antal deltagare öppnar upp för överförbarhet och generalisering (Carter & Lubinsky, 2016). Denna ansats var inte relevant i studien då det var fysioterapeuters erfarenheter av att integrera BM som undersöktes. Det finns en medvetenhet hos författarna att en viss påverkan finns då författarna är mätinstrumentet i studien och på grund av detta hade andra författare kunnat få ett annat resultat (Carter & Lubinsky, 2016). En kvalitativ design valdes för att kunna få enskilda deltagares subjektiva upplevelse av hur deras beredskap var inför professionens olika moment. Denna undersökningsdesign gav möjlighet att få större förståelse för deltagarnas känslor och uppfattning om undersökningsområdet. För att få djup förståelse ansågs det vara mest relevant (Backman, 2016).

En urvalsgrupp där deltagare med olika erfarenheter inkluderas, ökar giltigheten i studien (Graneheim & Lundman, 2004). För att få med olika variationer och belysa dessa krävs det att det finns variation i den insamlade datan. Det deltog både manliga och kvinnliga deltagare i studien. Dock ingick endast två manliga deltagare. Om fler deltagare av det manliga könet hade kunnat rekryteras skulle det eventuellt möjliggjort större variation i materialet och därmed ökat giltigheten (Lundman & Graneheim, 2017).

Deltagarna från studien hade tagit sin examen från samma lärosäte med beteendemedicinsk inriktning för att ge en bättre och djupare förståelse inom detta område. Varför minst två månaders arbetande efter examen valdes som inklusionskriterie var för att en examen inte nödvändigtvis innebar att arbete som fysioterapeut påbörjats. Därför hade deltagaren inte kunnat återge en åsikt om sina erfarenheter av att integrera ett beteendemedicinskt arbetssätt för att stötta patienter till en beteendeförändring. Det hade även kunnat vara svårt att redogöra för sina erfarenheter som nyexaminerad då fysioterapeuten inte har hunnit få tillräckligt många patientmöten. Att minnas hur erfarenheterna kändes i början av arbetet kan vara svårt om arbetet pågått mer än ett år. Att inte minnas hade kunnat minska studiens giltighet. Ett inklusionskriterie var därav att arbete som fysioterapeut som mest fått pågå i tolv månader.

Fysioterapeuternas uppfattning av deras erfarenheter kan ha färgats av arbetsplatsen. Detta motiveras bland annat genom hur flockmentaliteten undermedvetet påverkar beteendet hos individer (Yuan et al., 2017). Vid påbörjad studie var planen att prioritera urvalet från olika arbetsplatser. Det inkluderades fyra deltagare från samma arbetsplats vilket skulle kunna minska giltigheten eftersom deltagarna kan bli färgade av arbetsplatsen. Däremot arbetade deltagarna på olika avdelningar och hade endast lite kontakt med varandra, vilket talar för att flockmentaliteten inte påverkar deras värderingar och att giltigheten inte minskas på grund

av detta. Genom ett ändamålsenligt urval valdes deltagare som kunde svara på syftet och ge lämpliga svar inom området. En geografisk avgränsning av deltagare i studien tillämpades, enligt ett bekvämlighetsurval för att författarna skulle ha möjlighet att hitta deltagare till intervjuerna (Carter & Lubinsky, 2016).

Under litteratursökning visade det sig att det inte fanns tidigare forskning på fysioterapeuters erfarenheter av att integrera beteendemedicinskt arbetssätt för att stötta patienter i beteendeförändring. Detta belyste en kunskapslucka inom området, vilket studiens problem formulerades utifrån.

En semistrukturerad intervjuguide skapade möjlighet att fokusera på öppna frågor med följdfrågor om det behövdes för utförligare svar. Här anpassades följdfrågorna till deltagaren för bättre förståelse för vad som efterfrågades. Författarna hade en insyn i deltagarnas yrkesroll och var i ungefär samma ålder, vilket blev positivt för intervjun. Det är viktigt att författarnas vokabulär överensstämmer med deltagarens. Det finns risk att författarna har övertolkat eller analyserat materialet utan att lämna sina erfarenheter utanför, vilket minskar giltighet (Carter & Lubinsky, 2016). För att jämföra med en kvantitativ enkätstudie ger semistrukturerade intervjuer djupare svar. Intervjuerna genomfördes på en plats vald av deltagarna för att de skulle känna sig så bekväma som möjligt. Individuella intervjuer valdes för att nå känslig information, som skulle kunna vara svårt att komma åt vid gruppintervjuer (Carter & Lubinsky, 2016). Deltagarna höll till på olika arbetsplatser och även olika städer vilket gjorde det svårt att få till gruppintervjuer, även om det hade kunnat hjälpa deltagarna att konversera om punkter som vid en individuell intervju inte kommit fram (Carter & Lubinsky, 2016). För att få variation i upplevelser hos deltagarna gjordes flertalet intervjuer. Författarna blev rekommenderade av handledare att inkludera minst sex intervjuer i datainsamlingen. Sju intervjuer genomfördes. Om författarna ansåg att otillräckligt med information hade uppnåtts på de sju deltagarna som hade möjlighet att samverka i studien hade sökandet efter fler deltagare fortgått. I kvalitativa studier är författarna forskningsinstrumentet och kan komma att påverka resultatet (Carter & Lubinsky, 2016). För att minska delaktigheten av resultatet har författarna försökt att framstå som opartiska framför deltagarna för att undvika att deras uppfattning påverkas (Lundman & Graneheim, 2017).

Eftersom författarna hade bristande rutin i intervjuteknik gjordes två testintervjuer. Fokus lades på om frågorna gav relevant information utifrån syftet. Efter dessa intervjuer kom intervjuguiden att diskuteras författarna emellan för att utvärdera om den gav tillräckligt med information och för att öka trovärdigheten av resultatet. Testintervjuerna var tillräckligt informationsgivande och ingick i studien. Samma intervjuguide och frågeställningar tillämpades under resterande intervjuer. Under intervjuerna började författarna med att samtala om vardagliga saker för att få en avspänd stämning, som är viktigt enligt Carter & Lubinski (2016) för att deltagarna ska vara avslappnade. Resultatets tillförlitlighet stärktes eftersom båda författarna var närvarande vid tolkning av innehållet under analysprocessen (Lundman & Graneheim, 2017).

Data analyserades utifrån en manifest analysmetod. Detta fokuserade på vad som sades uttryckligen och tog hänsyn till det uppenbara och lämnade inte utrymme för djupare analys

av subtext. I kontrast är latent analys en mer djupgående reflektion av dolda budskap. Det var inte relevant att gå djupt i denna studie då författarna saknade tillräcklig erfarenhet för att kunna utföra en sådan analys på rätt sätt. (Lundman & Graneheim 2017). Författarnas delaktighet vid datainsamlingen i studien var given då de var med och skapade materialet genom frågor och tolkning av vad som uttrycktes under intervjuerna. Det blev därför viktigt att författarna tog avstånd från materialet vid analys för att intervjupersonens egen röst skulle presenteras (Lundman & Graneheim, 2017).

### **5.3 Etikdiskussion**

Genomförandet av studien utgick från de forskningsetiska principerna enligt Helsingforsdeklarationen (2022). Deltagarna informerades muntligt under intervjuerna och skriftligt genom informationsbrev om att deltagande var frivilligt under hela studien gång och att de fick avbryta deltagande när som helst under arbetsprocessen. Under dataanalysen fanns deltagarnas namn med i ett separat dokument för att ge bättre överblick av innehållet men aidentifierades sedan i studien. Varken kön, arbetsplats eller ålder presenterades i arbetet för att förhindra att obehöriga skulle kunna identifiera deltagarna. Inte heller universitet där deltagarna hade tagit examen från namngavs för att stärka konfidentialiteten ytterligare.

Deltagarna fick möjlighet att intervjuas i person eller över zoom för att de skulle vara så bekväma som möjligt. De som valde att använda zoom tilläts stänga av kameran om de kände behov av det. Ingen valde att stänga av kameran under zoomintervjuerna. Intervjuerna skulle kunna framkalla en känsla av ett anklagande eller ifrågasatt arbetssätt. Detta undveks till största möjliga mån genom öppna frågor och validering oavsett vad deltagarna svarade. Valideringen bestod av nickningar och korta instämmande ord. Ingen av deltagarna uttryckte obehag eller känslor av att vara obekväma under eller efter intervjuerna. En diktafon användes för att spela in intervjumaterialet på ett så säkert sätt som möjligt då inget av innehållet ska kunna sparas online, enligt GDPR (Integrationsmyndigheten, 2021).

## **6 SLUTSATS**

Studien har tydliggjort hur deltagarna upplevde att patienterna gynnas av ett beteendemedicinskt arbetssätt. Det framkom att den biopsykosociala modellen var en central del för integration av BM och kan främja beteendeförändringar hos patienter. Det beteendemedicinska arbetssättet upplevdes bidra med flera positiva utfall hos patienter såsom ökad autonomi, följsamhet och motivation. Deltagarna förklarade att det finns viktiga egenskaper hos fysioterapeuter som möjliggör patienters beteendeförändring. Deras uppfattning speglar den socialkognitiva teorin som beskriver att den sociala omgivningen påverkar patientens beteende. Resultatet ger även insikt i vad som kan hindra integrering av

arbetssättet. Fysioterapeuten upplevdes kunna utgöra hinder på olika sätt för integrering av ett beteendemedicinskt arbetssätt. Patienten upplevdes också kunna vara en hindrande faktor då rörelserädsla och stress kan hindra integrering av beteendemedicin. Slutligen förklarades det att tid var en hindrande faktor som försvårade integreringen av beteendemedicin. Integreringen av det beteendemedicinska arbetssättet ansågs ofta ske omedvetet, utan reflektion och aktivt tänkande från deltagarnas sida.

Den kvalitativa metoden har möjliggjort en ökad förståelse av erfarenheterna av att integrera ett beteendemedicinskt arbetssätt för att stötta patienter i beteendeförändring hos nyexaminerade fysioterapeuter. I en kvalitativ ansats går inte resultatet att generalisera och det är upp till läsaren att avgöra överförbarheten.

## **7 KLINISK BETYDELSE OCH VIDARE FORSKNING**

Det finns enligt författarna inga tidigare studier som undersöker erfarenheter av att integrera ett beteendemedicinskt arbetssätt för att stötta patienter i beteendeförändring hos nyexaminerade fysioterapeuter med beteendemedicinsk utbildning. Resultatet av studien har gett en djupare inblick i erfarenheterna av att integrera ett beteendemedicinskt arbetssätt för att stötta patienter i beteendeförändring. Studiens fynd kan väcka tankar hos fysioterapeuter och deras patienter angående ett beteendemedicinskt arbetssätt. För att kunna integrera det beteendemedicinska arbetet är det viktigt att vara medveten om vilka hinder som finns för att kunna åtgärda dem, vilket resultatet i studien skulle kunna bidra till. Det behövs vidare forskning inom detta område. Eventuellt kan studien användas som underlag till vidare kvalitativ forskning utifrån patientens perspektiv, där deras upplevelser sätts i fokus. För att kunna få ett generaliserbart resultat behöver en mer omfattande kvantitativ studie genomföras, där denna studie kan ligga till grund.

## REFERENSLISTA

- Adam, K., Gibson, E., Strong, J., & Lyle, A. (2011). Knowledge, skills and professional behaviours needed for occupational therapists and physiotherapists new to work-related practice. *Work*, 38(4), 309-318. <https://doi.org/10.3233/wor-2011-1134>
- Alexanders, J., & Douglas, C. (2017) The role of psychological skills within physiotherapy: a narrative review of the profession and training. *Physical Therapy Reviews*, 21:3-6, 222-227. <https://doi.org/10.1080/10833196.2016.1274352>
- Backman, J. (2016). *Rapporter och uppsatser*. (3 uppl.). Studentlitteratur
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health education & behavior: the official publication of the Society for Public Health Education*, 31(2), 143-164. <https://doi.org/10.1177/1090198104263660>
- Black, L. L., Jensen, G. M., Mostrom, E., Perkins, J., Ritzline, P. D., Hayward, L., & Blackmer, B. (2010). The first year of practice: an investigation of the professional learning and development of promising novice physical therapists. *Physical therapy*, 90(12), 1758-1773. <https://doi.org/10.2522/ptj.20100078>
- Booth, J., Moseley, G. L., Schiltenswolf, M., Cashin, A., Davies, M., & Hübscher, M. (2017). Exercise for chronic musculoskeletal pain: A biopsychosocial approach. *Musculoskeletal Care*, 15(4), 413-421. <https://doi.org/10.1002/msc.1191>
- Broberg, C., & Lenné, R. (14 december 2016). *Fysioterapi profession och vetenskap*. <https://www.fysioterapeuterna.se/globalassets/professionsutveckling/om-professionen/fysioterapi-webb-navigering-20190220.pdf>
- Carter, R. E., & Lubinsky, J. (2016). *Rehabilitation Research: Principles and Applications* (5 uppl.) Elsevier.
- Conner, M., & Norman, P. (2005). *Predicting health behaviour*. McGraw-Hill Education (UK).
- Denison, E., & Åsenlöf, P. (2012). *Beteendemedicinska tillämpningar i sjukgymnastik*. (1. uppl.) Studentlitteratur.
- Driver, C., Oprescu, F., & Lovell, G. P. (2020). An exploration of physiotherapists' perceived benefits and barriers towards using psychosocial strategies in their practice. *Musculoskeletal care*, 18(2), 111-121. <https://doi.org/10.1002/msc.1437>
- Elvén, M., Dean, E., & Söderlund, A. (2022). Augmented behavioral medicine competencies in physical therapy students' clinical reasoning with a targeted curriculum: a final-semester cohort-comparison study. *Physiotherapy theory and practice*, 38(12), 2007-2018. <https://doi.org/10.1080/09593985.2021.1895387>
- Emilson, C., Åsenlöf, P., Pettersson, S., Bergman, S., Sandborgh, M., Martin, C., & Demmelmaier, I. (2016). Physical therapists' assessments, analyses and use of

- behavior change techniques in initial consultations on musculoskeletal pain: direct observations in primary health care. *BMC musculoskeletal disorders*, 17, 316. <https://doi.org/10.1186/s12891-016-1173-x>
- Engel G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science (New York, N.Y.)*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Foster, N. E., & Delitto, A. (2011). Embedding psychosocial perspectives within clinical management of low back pain: integration of psychosocially informed management principles into physical therapist practice--challenges and opportunities. *Physical therapy*, 91(5), 790–803. <https://doi.org/10.2522/ptj.20100326>
- Fritz, J., Söderbäck, M., Söderlund, A., & Sandborgh, M. (2019). The complexity of integrating a behavioral medicine approach into physiotherapy clinical practice. *Physiotherapy theory and practice*, 35(12), 1182–1193. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1476996>
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 581–624. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581>
- Gervais-Hupé, J., Filleul, A., Perreault, K., & Hudon, A. (2022). Implementation of a biopsychosocial approach into physiotherapists' practice: A review of systematic reviews to map barriers and facilitators and identify specific behavior change techniques. *Disability and Rehabilitation*, 45(14), 2263–2272. <https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2094479>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Hayward, L. M., Black, L. L., Mostrom, E., Jensen, G. M., Ritzline, P. D., & Perkins, J. (2013). The first two years of practice: A longitudinal perspective on the learning and professional development of promising novice physical therapists. *Physical Therapy*, 93(3), 369–383. <https://doi.org/10.2522/ptj.20120214>
- Helsingforsdeklarationen (2022). *World medical association declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects*. World Medical Association. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Integritetsskyddsmyndigheten. (2021). *Det här gäller enligt dataskyddsförordningen*. <https://www.imy.se/verksamhet/dataskydd/det-har-galler-enligt-gdpr/>
- Kleiner, M. J., Kinsella, E. A., Miciak, M., Teachman, G., McCabe, E., & Walton, D. M. (2021). An integrative review of the qualities of a 'good' physiotherapist. *Physiotherapy theory and practice*, 1–28. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/09593985.2021.1999354>



- Kwasnicka, D., Dombrowski, S. U., White, M., & Sniehotta, F. (2016). Theoretical explanations for maintenance of behaviour change: a systematic review of behaviour theories. *Health psychology review, 10*(3), 277–296. <https://doi.org/10.1080/17437199.2016.1151372>
- Leonardi, M., Lee, H., Kostanjsek, N., Fornari, A., Raggi, A., Martinuzzi, A., Yáñez, M., Almborg, A. H., Fresk, M., Besstrashnova, Y., Shoshmin, A., Castro, S. S., Cordeiro, E. S., Cuenot, M., Haas, C., Maart, S., Maribo, T., Miller, J., Mukaino, M., Snyman, S., ... Kraus de Camargo, O. (2022). 20 Years of ICF-International Classification of Functioning, Disability and Health: Uses and Applications around the World. *International journal of environmental research and public health, 19*(18), 11321. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811321>
- Lundman, B., & Graneheim, H. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. i M. Granskär, & B. Höglund-Nielsen, *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Studentlitteratur.*
- McAlister, A., Perry, C., & Parcel, G. (2008). How individuals, environments, and health behaviour interact: Social Cognitive Theory. In K. Glanz, B. Rimer & F. Lewis. *Health behaviour and health education: Theory, research, and practice.* Jossey-Bass.
- Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., Eccles, M. P., Cane, J., & Wood, C. E. (2013). The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine, 46*(1), 81–95. <https://doi.org/10.1007/s12160-013-9486-6>
- Miki, T., Kondo, Y., Kurakata, H., Takebayashi, T., & Samukawa, M. (2023). Physical therapist-led interventions based on the biopsychosocial model provide improvement in disability and pain for spinal disorders: A systematic review and meta-analysis. *PM & R : the journal of injury, function, and rehabilitation, 10.1002/pmrj.13002.* Advance online publication. <https://doi.org/10.1002/pmrj.13002>
- Murray, M., Sundin, D., & Cope, V. (2018). New graduate registered nurses' knowledge of patient safety and practice: A literature review. *Journal of Clinical Nursing., 27*(1-2), 31–47. <https://doi.org/10.1111/jocn.13785>
- 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. <https://doi.org/10.2522/ptj.20140557>
- Ozer E. M. (2022). Albert Bandura (1925-2021). *The American psychologist, 77*(3), 483–484. <https://doi.org/10.1037/amp0000981>

- Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. C. (2009). *Motiverande samtal I hälso- och sjukvård: Att hjälpa människor att ändra beteende* (1 uppl.). Studentlitteratur.
- Schwartz, G. E., & Weiss, S. M. (1978). Behavioral medicine revisited: an amended definition. *Journal of behavioral medicine*, 1(3), 249–251.  
<https://doi.org/10.1007/BF00846677>
- Simpson, P., Holopainen, R., Schütze, R., O’Sullivan, P., Smith, A., Linton, S. J., Nicholas, M., & Kent, P. (2021). Training of physical therapists to deliver individualized biopsychosocial interventions to treat musculoskeletal pain conditions: A scoping review. *Physical Therapy*, 101(10). <https://doi.org/10.1093/ptj/pzab188>
- Society of behavioral medicine. (10 augusti 2023). *What is behavioral medicine?*  
<https://www.sbm.org/about/behavioral-medicine>
- Stein, A., Sauder, S. K., & Reale, J. (2019). The role of physical therapy in sexual health in men and women: Evaluation and treatment. *Sexual Medicine Reviews*, 7(1), 46–56.  
<https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2018.09.003>
- Söderlund, A., & Lagerlöf, H. (2016). An individually tailored behavioral medicine treatment in physical therapy for tension-type headache - two experimental case studies. *Journal of pain research*, 9, 1089–1099. <https://doi.org/10.2147/JPR.S121609>
- van Dijk, H., Köke, A. J. A., Elbers, S., Mollema, J., Smeets, R. J. E. M., & Wittink, H. (2023). Physiotherapists Using the Biopsychosocial Model for Chronic Pain: Barriers and Facilitators-A Scoping Review. *International journal of environmental research and public health*, 20(2), 1634. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021634>
- Wade, D. T., & Halligan, P. W. (2017). The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Clinical rehabilitation*, 31(8), 995–1004.  
<https://doi.org/10.1177/0269215517709890>
- Walston, Z., Whelehan, D. F., & O’Shea, N. (2022). Clinical decision making in physical therapy - Exploring the 'heuristic' in clinical practice. *Musculoskeletal science & practice*, 62, 102674. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2022.102674>
- Wells, C., Olson, R., Bialocerkowski, A., Carroll, S., Chipchase, L., Reubenson, A., Scarvell, J. M., & Kent, F. (2021). Work readiness of new graduate physical therapists for private practice in Australia: Academic faculty, employer, and graduate perspectives. *Physical Therapy*, 101(6). <https://doi.org/10.1093/ptj/pzab078>
- Wilson, T. D., & Schooler, J. W. (1991). Thinking too much: Introspection can reduce the quality of preferences and decisions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(2), 181-192. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.2.181>
- World Health Organization. (24 januari 2022). *Patient safety*.  
[https://www.who.int/europe/health-topics/patient-safety#tab=tab\\_1](https://www.who.int/europe/health-topics/patient-safety#tab=tab_1)

World Health Organization. (u.å.) *International classification of functioning, disability and health (ICF)*. <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>

Yuan, Y., Chen, X., Sun, Q., & Huang, T. (2017). Analysis of topological relationships and network properties in the interactions of human beings. *PLOS ONE*, *12*(8), e0183686. doi: 10.1371/journal.pone.0183686.

Åsenlöf, P. (2005). *Individually tailored treatment in the management of musculoskeletal pain: development and evaluation of a behavioural medicine intervention in primary health care*. [Doktorsavhandling, Uppsala universitet.] <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:166363/FULLTEXT01.pdf>

Åsenlöf, P., Denison, E. & Lindberg, P. (2005) Individually tailored treatment targeting activity, motor behavior, and cognition reduces pain-related disability: A randomized controlled trial in patients with musculoskeletal pain. *The Journal of Pain*, *6*(9), 588-603. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2005.03.008>

# BILAGA A

## INTERVJUGUIDE

### Bakgrundsinformation

Kön?

Hur gammal är du?

Var tog du din fysioterapeutexamen?

När tog du din examen?

Hur länge har du arbetet som fysioterapeut?

Har du vidareutbildat dig? Om ja; vilken utbildning?

### Patientintervju

1. Kan du beskriva vad BM innebär för dig?
2. Integrerar du BM i ditt arbete?
  - a. Varför?
3. Hur arbetar du för att integrera BM i arbetet med patienter?
  - a. Kan du ge patientexempel?
  - b. Kan du berätta mer?
4. Skillnad mellan profession
5. Skillnad inom profession
6. Hur väl förberedd upplevde du dig vara som nyanställd till att integrera ett beteendemedicinskt arbetssätt med patienter?
  - a. Känner du mer/mindre förberedd att integrera BM nu?
7. Hur upplever du din förmåga att arbeta beteendemedicinskt med patienter?
8. Hur upplever du din förmåga att motivera en patient till just en beteendeförändring?
9. Beskriv de strategier du använder dig av för att åstadkomma en beteendeförändring
  - a. Vilken strategi anser du varit mest effektiv?
    - i. Varför?

b. Minst effektiv?

i. Varför?

10. Varför jobbar du med ett beteendemedicinskt arbetssätt? (Om inte, varför?)

a. Vilka fördelar anser du det finnas med att jobba beteendemedicinskt?

11. Anser du att det finns några hinder/barriärer att integrera ett beteendemedicinskt arbetssätt?

12. Hur har ditt perspektiv av att arbeta beteendemedicinskt påverkats sedan du började arbeta?

a. Varför tror du att det har blivit så?

13. Är det något ytterligare du vill lägga till?

# BILAGA B

## INFORMATIONSBREV

Förfrågan om deltagande i en studie om nyexaminerade fysioterapeuters upplevda beredskap inför arbetslivet

Vi är två studenter som skriver examensarbete på fysioterapeutprogrammet med inriktning på BM på Mälardalens universitet.

### **Bakgrund och syfte**

Studiens syfte är att undersöka hur nyexaminerade fysioterapeuter med beteendemedicinsk utbildning upplever hur väl förberedda de var för professionens olika moment för att stötta patienter i behandling. Nyexaminerade fysioterapeuter med en beteendemedicinsk utbildning har goda förutsättningar för att jobba med beteendeförändringar i praktik om detta arbetssätt tillämpas men det är just nu oklart hur förberedda de upplever sig vara inför det kliniska arbetet.

### **Förfrågan om deltagande**

Du som tillfrågas om deltagande är en nyutexaminerad fysioterapeut med en beteendemedicinsk examen och har arbetat mellan 2 månader och 1 år och högst 1 år har passerat efter examen. Vi har fått ditt namn från din chef som har vidarebefordrat brevet till dig.

### **Studiens genomförande**

En kvalitativ ansats används, vilket fokuserar på individens upplevelser och tolkningar. Detta blir genom intervjuer underlag till att besvara syftet. Det blir en intervju per deltagare, båda författarna kommer delta och den uppskattas ta cirka 30 minuter. Samtalen spelas in på en diktafon för att sedan transkriberas på en dator. Dina svar och dina resultat kommer att behandlas för att inte obehöriga kan ta del av dem. Materialet raderas vid godkänt examensarbete.

### **Risker**

Deltagare förväntas reflektera över och förklara hur de upplever sin beredskap inför arbetslivet. Detta är för vissa ett känsligt område. Vår avsikt är dock inte att ifrågasätta, utan att undersöka. Därför kommer "intervjun" mer likna en diskussion där deltagarens uppfattningar uppmuntras.

**Fördelar**

Genom studien kan moment som är lätta eller svåra identifieras hos de nyutexaminerade fysioterapeuterna och kan ge en förståelse för hur väl förberedde de var inför arbetslivet.

**Presentation av studiens resultat**

Studien kommer att presenteras i form av en uppsats vid Mälardalens universitet.

**Frivillighet**

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

**Ansvariga**

Ytterligare upplysningar lämnas av nedanstående ansvariga

Linus Ageborg, lag21001@student.mdu.se

Johan Larsson, jln21001@student.mdu.se

Handledare: Anna-Karin Andersson, anna.karin.andersson@mdu.

## BILAGA C

### SAMTYCKESBLANKETT

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: NYEXAMINERADE FYSIOTERAPEUTERS UPPLEVDA BEREDSKAP INFÖR ARBETSLIVET - Med examen från ett lärosäte med beteendemedicinsk inriktning
- Jag samtycker till att mina data tillfälligt sparas på det sätt som beskrivs i informationen om projektet.

Plats och datum	Underskrift
	Namnförtydligande