



Akademien för hälsa, vård och välfärd

FYSIOTERAPEUTERS ERFARENHETER AV GRUPPTRÄNING FÖR PATIENTER MED MILD TILL MÅTTLIG PSYKISK OHÄLSA

En kvalitativ intervjustudie om fysioterapeutisk ledd gruppträning

MOLLY GUSTAFSSON

MONICA OGNJENOVIC

Huvudområde: Fysioterapi

Nivå: Grundnivå

Högskolepoäng: 15 hp

Program: Fysioterapeutprogrammet

Kursnamn: Fysioterapi: Examensarbete med inriktning mot beteendemedicin

Kurskod: FYS063

Handledare: Birgitta Widerström

Examinator: Thomas Overmeer

Seminariedatum: 2024-02-14

Betygsdatum: 2024-03-28

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Psykisk ohälsa är ett omfattande begrepp som innefattar såväl diagnoser, tillstånd och symtom. Behandlingen är idag psykologisk samt farmakologisk men även fysisk aktivitet rekommenderas. Främst beskrivs betydelsen av fysisk aktivitet i grupp. Exempel på fysioterapeutiska behandlingar gentemot patientgruppen är anpassad fysisk aktivitet och olika former av kropps- och medvetandeträning. Vidare kan fysioterapeuter med ett beteendemedicinskt synsätt arbeta med att integrera biologiska, psykologiska och sociala faktorer.

Syfte: Syftet med studien var att beskriva fysioterapeuters erfarenheter av gruppträning för patienter med mild till måttlig psykisk ohälsa.

Metod: Deskriptiv kvalitativ design. Med ett ändamålsenligt urval och snöbollsurval rekryterades sex fysioterapeuter inom mellersta Sverige. Vidare tillämpades en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats.

Resultat: Studien resulterade i fem kategorier: *”Viktiga faktorer för deltagande”*, *”Barriärer för följsamhet”*, *”Upplevda effekter av rörelse i grupp”*, *”Flera träningsformer och strukturer kan fungera”* och *”Ledarens personliga egenskaper och yrkesskicklighet gynnar medverkan”*.

Slutsats: Studien bidrar till en ökad förståelse av faktorer som fysioterapeuten anser vara betydande för patienters deltagande, motivation och följsamhet till gruppträning. I resultatet framkommer också erfarenheter av att gruppträning är ett bra behandlingsalternativ och att den gruppdynamiska processen är fördelaktig för patientgruppen.

Nyckelord: Fysioterapi, Fysisk aktivitet, Gruppbehandling, Mental hälsa, Reciprok determinism.

ABSTRACT

Background: Mental illness is a comprehensive concept that includes both diagnoses, conditions, and symptoms. Treatment is currently psychological and pharmacological, but physical activity is also recommended. Mainly the importance of physical activity in a group is described. Examples of physiotherapeutic treatments for the patient group are adapted physical activity and various forms of body and mind training. Furthermore, physiotherapists with a behavioral medicine approach can work to integrate biological, psychological, and social factors.

Aim: The aim of the study was to describe physiotherapists experiences of group exercise for patients with mild to moderate mental illness.

Method: Descriptive qualitative design. Based on a purposive sampling and snowball sampling were six physiotherapists recruited in central Sweden. Furthermore, a qualitative content analysis with an inductive approach was applied.

Results: The study resulted in five categories: *“Important factors for participation”*, *“Barriers to compliance”*, *“Perceived effects of movement in a group”*, *“Several training forms and structures can work”*, and *“The leader's personal characteristics and professional skills favor participation”*.

Conclusion: The study contributes to an increased understanding of factors that the physiotherapist considers to be significant for patients' participation, motivation, and adherence to group training. The results also reveal experiences that group training is a good treatment option and that the group dynamic process is beneficial for the patients rehabilitation.

Keywords: Group therapy, Mental health, Physiotherapy, Physical activity, Reciprocal determinism.

INNEHÅLL

1	BAKGRUND	1
1.1	Psykisk hälsa och ohälsa	1
1.2	Behandling vid psykisk ohälsa	2
1.2.1	<i>Fysioterapi</i>	2
1.2.2	<i>Fysisk aktivitet</i>	3
1.2.3	<i>Fysisk aktivitet vid psykisk ohälsa</i>	3
1.2.4	<i>Gruppträning</i>	4
1.3	Terapeutisk allians	4
1.4	Beteendemedicin teori och praktik	5
1.4.1	<i>Beteendemedicin</i>	5
1.4.2	<i>Socialkognitiv teori</i>	5
1.4.3	<i>Rädsla-undvikandemodellen</i>	6
1.4.4	<i>Operant inlärning</i>	6
1.5	Problemformulering	6
2	SYFTE	8
3	METOD OCH MATERIAL	8
3.1	Design	8
3.2	Urval	8
3.3	Datainsamling	9
3.4	Tillvägagångssätt	10
3.5	Dataanalys	10
3.6	Etiska överväganden	12
4	RESULTAT	13
4.1	Viktiga faktorer för deltagande	14
4.1.1	<i>Framhålla evidens för övningar tillsammans</i>	14
4.1.2	<i>Patientens positiva och öppna inställning främjar medverkan</i>	14
4.1.3	<i>Gemenskap och minskat eget övningsansvar ökar följsamheten</i>	15

4.1.4	<i>Teamarbete viktigt för bedömning och genomförande</i>	15
4.2	Barriärer för följsamhet	15
4.2.1	<i>Komplexa symtom och tidigare skador</i>	16
4.2.2	<i>Undvikandebeteende och negativa tankar</i>	16
4.3	Upplevda effekter av rörelse i grupp	16
4.3.1	<i>Ökad aktivitetsnivå och välmående</i>	16
4.3.2	<i>Avsaknad av motivation ger sämre respons</i>	17
4.4	Flera träningsformer och strukturer kan fungera	17
4.4.1	<i>Blandning av träningsformer kan gynna gruppen</i>	17
4.4.2	<i>Individualisering och progression nödvändigt</i>	18
4.4.3	<i>Musiken har betydelse för patientupplevelsen</i>	18
4.5	Ledarens personliga egenskaper och yrkesskicklighet gynnar medverkan	18
4.5.1	<i>Lyhördhet och förmedla trygghet är en resurs</i>	18
4.5.2	<i>Inneha skicklighet att individanpassa</i>	19
4.5.3	<i>Förmåga att motivera deltagarna</i>	19
5	DISKUSSION	19
5.1	Resultatdiskussion	20
5.2	Metoddiskussion	23
5.3	Etikdiskussion	25
6	SLUTSATS	26
7	KLINISK BETYDELSE OCH VIDARE FORSKNING	26
	REFERENSLISTA	28

BILAGA A INTERVJUGUIDE

BILAGA B MUNTLLIG INFORMATION INNAN INTERVJU

BILAGA C FÖRFRÅGAN OM DELTAGANDE

BILAGA D INFORMATIONSBREV

1 BAKGRUND

Psykisk ohälsa är ett omfattande begrepp som innefattar såväl tillfällig oro och nedstämdhet till svårare psykiska sjukdomar som exempelvis ångest och depression. Det som är utmärkande för psykisk ohälsa är att det påverkar individens välbefinnande samt förmåga att fungera i vardagen (Folkhälsomyndigheten, 2022b). Enligt Nationella folkhälsoenkäten har lätta till svåra psykiska besvär ökat över tid för personer från 16 år och uppåt med 5% mellan åren 2006–2022. Bland kvinnor har andelen som uppger svåra psykiska besvär ökat från 9% till 23% och för män från 4% till 9% (Folkhälsomyndigheten, 2023b). För att minska trenden med ökad psykisk ohälsa krävs att hälso- och sjukvårdens insatser verkar hälsofrämjande samt rehabiliterande. Fysioterapeuter anses ha en viktig roll för att främja goda levnadsvanor hos individer, framför allt genom fysisk aktivitet (Hagströmer et al., 2021). Fysisk aktivitet kan vidare utföras i gruppformat och har påvisats fördelaktigt för att öka individens fysiska aktivitetsnivå (Gottschall & Hastings, 2023). Vidare är fysisk aktivitet något som kan användas för att både behandla och förebygga psykisk ohälsa (Hagströmer et al., 2021).

1.1 Psykisk hälsa och ohälsa

Psykisk hälsa beskrivs av flera begrepp som har olika betydelse beroende på vilken kontext de används i (Folkhälsomyndigheten, 2022b). Vidare är psykisk hälsa ett tillstånd av psykiskt välbefinnande där en person har förmågan att balansera positiva och negativa emotioner, innehar goda sociala relationer samt besitter förmågan att utveckla sin inre potential. Psykiskt välbefinnande är en grundläggande resurs för att behärska livet. Psykisk hälsa upplevs olika bland individer och innebär inte detsamma som avsaknad av psykisk sjukdom (World Health Organization [WHO], 2022a).

Psykisk ohälsa kan innefatta både psykiska besvär och psykiatriska tillstånd. Psykiska besvär är psykisk ohälsa som inte uppfyller kraven för en psykiatrisk diagnos. Det är ofta reaktioner på olika händelser och situationer i livet och kan kategoriseras som milda eller svåra beroende på hur stor del de påverkar individens vardagsliv. Vanliga symtom vid psykiska besvär är koncentrationssvårigheter och initiativlöshet, i vissa fall kan även kroppsliga besvär såsom huvudvärk och magont förekomma. Hur länge besvären kvarstår är högst individuellt (Socialstyrelsen, 2022). Psykiatriska tillstånd är psykisk ohälsa som uppfyller kraven för en psykiatrisk diagnos som exempelvis depression eller ångestsyndrom. För att bli diagnosticerad med ett psykiatriskt tillstånd bör individen uppfylla ett antal kriterier för diagnosen samt att symtomen bör ha pågått kontinuerligt under minst 14 dagar. Symtomen kan vara övergående eller kvarstående och kategoriseras utifrån diagnostiska kriterier i internationella diagnossystem som ICD/DSM (Socialstyrelsen, 2022).

Det finns ett antal skydds- och riskfaktorer som kan påverka den psykiska hälsan. Exempel på skyddsfaktorer kan vara goda sociala relationer, att vara tillräckligt fysiskt aktiv samt att få tillräckligt med sömn. Riskfaktorer för att utveckla psykisk ohälsa är exempelvis bruk av alkohol, ensamhet, arbetslöshet och stress. Desto fler riskfaktorer en individ utsätts för desto större är risken att drabbas av psykisk ohälsa (Folkhälsomyndigheten, 2022a).

Stress definieras som ett tillstånd av oro orsakad av en svår situation och kan bidra till såväl psykisk som fysisk ohälsa. Alla människor upplever stress till viss del men det är individens reaktion på stressen som påverkar välbefinnandet. Stress kan orsaka symtom som koncentrationssvårigheter, huvudvärk och sömnproblem. Det kan även orsaka eller försvåra psykiatriska tillstånd, såsom ångest och depression (WHO, 2023). Om individen upplever stress under lång tid ökar risken att drabbas av utmattningssyndrom. Utmattningssyndrom utvecklas när individen fått för lite återhämtning under en längre tid, vilket gör att kroppen reagerar på den höga stressnivån. Utmattningssyndrom karakteriseras av psykiska och fysiska symtom (Socialstyrelsen, 2017).

Ett annat tillstånd som kan påverka den psykiska hälsan är långvarig smärta. Det beskrivs som ett tillstånd som pågår eller återkommer regelbundet under minst tre månader och är en komplex sensorisk och emotionell upplevelse som varierar mellan individer (Bushnell et al., 2013). Långvarig smärta kan bidra till ångest, depression, sömnproblem, försämrad livskvalitet samt ökade kostnader för vården (Geneen et al., 2017). Diagnoser och tillstånd som ångest, depression, stress och utmattning har blivit den vanligaste orsaken till sjukskrivning i Sverige idag (Folkhälsomyndigheten, 2021). Svårare besvär av ångslan, oro eller ångest är ofta förekommande bland arbetslösa. För att lindra de psykiska besvären bland arbetslösa och sjukskrivna bör insatser utformas på såväl samhälls- som individnivå som exempelvis förbättra möjligheterna att komma tillbaka till arbetsmarknaden (Folkhälsomyndigheten, 2023a).

1.2 Behandling vid psykisk ohälsa

Enligt Socialstyrelsen (2021) kan behandlingen vid psykisk ohälsa skilja sig beroende på diagnos och svårighetsgrad. Standardbehandling vid psykisk ohälsa är psykologisk behandling eller behandling med antidepressiva läkemedel. Hälso- och sjukvården bör även erbjuda fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet har positiva effekter på den fysiska och psykiska hälsan men det vetenskapliga underlaget för effekterna för patientgruppen är begränsade. De rekommendationer som finns utgår främst från ledarledd fysisk aktivitet (Socialstyrelsen, 2021). Fysioterapeuter har kompetens baserad på vetenskaplig grund för att stödja individer att stärka sin hälsa och öka den fysiska aktivitetsnivån (Fysioterapeuterna, 2019). Det finns även rekommendationer som har begränsat vetenskapligt underlag gällande basal kroppskänedom och mindfulness baserad stressreduktion som tillägg till annan behandling (Socialstyrelsen, 2021).

1.2.1 Fysioterapi

Fysioterapi beskrivs enligt Fysioterapeuterna (2019) som en integrering av en profession och ett vetenskapsområde. Det huvudsakliga syftet med fysioterapi är att påvisa sambandet mellan rörelse och hälsa. Rörelse kan även användas för att upprätthålla och nå hälsa och god

livskvalitet. Inom fysioterapi inkluderas arbete med kroppens rörelse- och funktionsförmåga samt individens aktivitet- och delaktighetsnivå (Broberg & Lenné, 2019). Professionen innefattar både utredning och behandling. Exempel på insatser eller behandling kan vara anpassad fysisk träning, olika former av kropps- och medvetandeträning och avspänning. Det finns flertal målgrupper inom fysioterapi. Några exempel på målgrupper är individer med olika stresstillstånd, depression, ångest eller fysisk inaktivitet. I fysioterapeutens arbete är det viktigt att komma fram till en behandling i samråd med patienten och att vara eniga om målet med behandlingen (Broberg & Lenné, 2019).

1.2.2 Fysisk aktivitet

World Health Organization (WHO, 2022b) definierar fysisk aktivitet som “all form av kroppsrörelse skapad av skelettmuskulatur som resulterar i högre energiförbrukning”. Regelbunden fysisk aktivitet förbättrar symtom vid sjukdomar som hjärt- och kärlsjukdom, stroke och flera cancerformer. Fysisk aktivitet har även visat sig förbättra den mentala hälsan, livskvaliteten samt det allmänna välbefinnandet. Fysisk aktivitet och regelbundna vanor kan även lindra sömnsvårigheter som är vanligt vid bland annat utmattningssyndrom (Socialstyrelsen, 2017). Genom fysisk aktivitet kan det även ske en normalisering av kortisolhalter som ses höga vid stress. Att regelbundet vara fysiskt aktiv kan därför innebära att individen blir mer motståndskraftig mot stress (Andersson et al., 2021). År 2016 var det globalt sett 28% av den vuxna befolkningen som inte var tillräckligt fysiskt aktiva. Anledningen till detta antas bero på att människan blivit mer inaktiv på fritiden samt stillasittande större delen av vardagen (WHO, 2022b).

1.2.3 Fysisk aktivitet vid psykisk ohälsa

I en metaanalys av Pearce et al. (2022) presenteras ett samband mellan fysisk aktivitet och depression där fysisk aktivitet påvisas fördelaktigt för den psykiska hälsan. Enligt WHO (2022b) är det rekommenderat att vuxna över 18 år bör vara fysiskt aktiva 180–300 minuter/vecka eller mer intensivt 75–150 minuter/vecka. Muskelstärkande fysisk aktivitet bör beröra de stora muskelgrupperna och utföras med måttlig till hög intensitet två eller fler tillfällen i veckan (WHO, 2022b). Pearce et al. (2022) menar att det finns ett orsakssamband mellan fysisk aktivitet och depression, och att effekter som är betydelsefulla för den psykiska hälsan kan uppnås även vid nivåer under de generella rekommendationerna. Därav menar författarna att hälso- och sjukvården bör uppmuntra fysisk aktivitet i syfte att förbättra den psykiska hälsan.

Lee et al. (2021) jämförde effekterna av standardbehandling vid depression (läkemedelsbehandling och psykoterapi) samt standardbehandling i kombination med fysisk aktivitet. Författarna drog slutsatsen att fysisk aktivitet som tillägg till standardbehandling vid depression gav medelstora till stora antidepressiva effekter jämfört med enbart standardbehandling. Vidare presenterades att övervakad träning genererade störst antidepressiv effekt (Lee et al., 2021). I en studie av Ambrose och Golightly (2015) presenteras hur fysisk aktivitet kan användas som behandlingsmetod för patienter med långvarig smärta och att det är gynnsamt för symtom som uppträder vid detta tillstånd. Vidare skriver de att symtomlindring kan uppnås vid såväl lågintensiva som högentensiva aktiviteter.

Individer med lindriga stressrelaterade symtom kan följa de generella rekommendationerna gällande fysisk aktivitet (Jonsdottir & Lindegård Andersson, 2021). Vid depression bör individer rekommenderas aerob fysisk aktivitet samt muskelstärkande fysisk aktivitet för att reducera depressiva symtom samt förbättra sin livskvalitet. Detta utgår från de generella rekommendationerna och baseras främst på ledarledd fysisk aktivitet (Andersson et al., 2021). Vid utmattningssyndrom kombinerat med nedstämdhet bör fokus i stället läggas på succesiv ökning av frekvens och duration av aktiviteten (Jonsdottir & Lindegård Andersson, 2021). För personer med ångestsyndrom rekommenderas aerob fysisk aktivitet på måttlig kombinerad med hög intensitet minst 90 min/vecka alternativt 20 min/tillfälle 3–5 gånger i vecka. Eller på en hög intensitet minst 75 min/vecka (Hovland et al., 2021).

1.2.4 Gruppträning

Gruppträning är en metod som används för att främja fysisk aktivitet hos såväl friska individer som individer i behov av vård (Gottschall & Hastings, 2023). Att vara fysiskt aktiv i grupp har flera fördelar, bland annat förbättras känslan av samhörighet, samtidigt som gruppen kan verka som ett socialt stöd för individen. Fysisk aktivitet i grupp ger även möjlighet till utbyte av erfarenheter och kan verka som en plats där individen får motivation och uppmuntran. Detta kan i sin tur bidra till minskning av depressiva symtom (Ranjbar et al., 2015).

Gottschall och Hastings (2023) jämförde i sin studie ledarledd gruppträning på plats med ledarledd gruppträning via videolänk samt förinspelade gruppträningspass på friska individer. Resultatet visade att individerna som deltog i ledarledd gruppträning på plats nådde en högre ansträngningsgrad. Deltagarna upplevde även en högre grad av välbefinnande och tillfredsställelse jämfört med de andra grupperna. Kanamori et al. (2016) presenterar i sin studie att friska individer (över 65 år) som deltar i gruppträning upplever fler hälsofördelar än de som tränar individuellt. De självskattade bland annat sin hälsa högre än de som tränade individuellt. Deltagarna som deltog i gruppträningen hade även en högre total frekvens av aktivitet jämfört med de som tränade individuellt.

Ölund et al. (2018) studerade i en kvalitativ studie genom intervjuer hur patienter med ångestsyndrom upplevde fysioterapeutisk ledd gruppbehandling. Behandlingen var i form av mindfulness och psykiatrisk fysioterapi genom kroppskännedomövningar. Resultatet visade att gruppsammanhanget tillsammans med relationen mellan fysioterapeut och patient bidrog till att patienterna fick en ökad förståelse för sin ångest vilket gjorde att de vågade stanna kvar och utforska nya sätt att hantera den på.

1.3 Terapeutisk allians

Relationen mellan patient och behandlare påvisas vara av betydelse för hur patienter kan hantera sin psykiska ohälsa som vid bland annat ångest (Ölund et al., 2018). I en kvalitativ studie av Monaco et al. (2022) blev 50 fysioterapeuter intervjuade om deras uppfattning av sin relation med patienter. I studien framgår det att relationen mellan behandlare och patient är en av de viktigaste faktorerna att ta hänsyn till för en effektiv behandling. Något som också framgick var att majoriteten av fysioterapeuterna i studien upplevde sig osäkra gällande hanteringen av de psykologiska aspekterna av ett patientmöte. Monaco et al. (2022) föreslår att

fysioterapeuter och psykologer bör främja arbetet och kommunikationen sinsemellan då det hade varit fördelaktigt för behandlingsresultaten.

I en artikel av Bordin (1979) beskrivs den terapeutiska alliansen bestå av tre olika delar, enighet om mål med behandlingen, avtal om uppgifter samt utveckling av ett personligt band mellan terapeut och patient. Den terapeutiska alliansen uppnås när patient och terapeut delar samma uppfattning om behandlingens mål och ser metoderna som ska användas för att uppnå målet som effektiva och relevanta. I en studie av Ardito och Rabellino (2011) presenteras hur två delar i den terapeutiska alliansen verkar ha större betydelse. Den första fokuserar på att främja samarbete och förtroende mellan terapeut och patient och att patienten ska utveckla en grad av förtroende för behandlingen. I den andra delen utmanar terapeuten patientens dysfunktionella tankar, känslor och beteendemönster i syfte att förändra dem till de bättre. Det finns dock en risk att patienten tolkar terapeuten som mindre stödjande och empatisk i den andra fasen vilket kan skapa problem i alliansen.

1.4 Beteendemedicin teori och praktik

1.4.1 Beteendemedicin

Beteenden kan ses som ett samlingsnamn för något en individ gör, tänker eller säger (Denison & Åsenlöf, 2012). Enligt International Society of Behavioral Medicine (u.å.) definieras beteendemedicin som ett tvärvetenskapligt område som förenar beteenden och psykosociala faktorer med det biomedicinska synsättet. Användning av beteendemedicinsk kunskap kan ske vid prevention, diagnostik, rehabilitering och behandling av ohälsa och sjukdom (International Society of Behavioral Medicine, u.å.). För att hjälpa individen att förstå beteenden som existerar för funktions- och rörelsebesvär kan fysioterapi med beteendemedicinsk inriktning vara till hjälp. Detta innebär att fysioterapeuten arbetar utifrån biologiska, psykologiska och sociala faktorer som kan tänkas förklara beteendet (Denison & Åsenlöf, 2012).

1.4.2 Socialkognitiv teori

Utifrån den socialkognitiva teorin är beteenden ett resultat av en interaktion mellan individ, beteende- och omgivningsfaktorer och har därmed en inverkan på hur en person väljer att agera. Denna interaktion benämns reciprok determinism (Bandura, 1989). Ett annat begrepp inom teorin är self-efficacy, som står för individens tilltro till sin förmåga för att utföra ett särskilt beteende (Bandura, 1989). Kavanagh och Wilson (1989) presenterar hur individer med upplevt låg self-efficacy har längre depressiva episoder samt att de återinträder tidigare, det vill säga att de tidigare återinsjuknar igen jämfört med individer med hög self-efficacy. De menar att individer med hög self-efficacy har större benägenhet att parera nya depressiva episoder.

När individer med låg self-efficacy möts av hinder avbryter de oftare sina ansträngningar och nöjer sig med mediokra lösningar (Bandura, 1989). Scholz et al. (2002) presenterar hur låg self-efficacy hos individer resulterar i låg självkänsla samt pessimistiska tankar kring utfallet av deras beteenden. Utfallsförväntningar är en annan del i den social kognitiva teorin som handlar om individens tro på vilket utfall ett beteende får (Bandura, 1989). Enligt Kavanagh och Wilson

(1989) tar det lång tid för individer med låg self-efficacy att sluta fokusera på hinder eller motgångar som uppstår vid ett särskilt beteende. Vidare kan de inneha negativa utfallsförväntningar kring beteendet lång tid efteråt och undvika att utföra det, vilket kan ses som en reciprok determinism utifrån individ-och beteendefaktorer (Bandura, 1989).

1.4.3 Rädsla-undvikandemodellen

Rädsla-undvikande modellen syftar till att beskriva en individs rädsla för smärta, vilket påverkar individens reaktion vid akut och långvarig smärta. Långvarig smärta kan bidra till psykisk ohälsa som exempelvis ångest och depression (Geneen et al., 2017). Olika människor reagerar olika på smärta, vissa individer med akut smärta utvecklar en överdriven smärtupplevelse medan andra inte gör det, trots samma smärtförnimmelse (Lethem et al., 1983). Rädsla-undvikande modellen utgår från att en individ har två olika reaktioner på smärta, konfrontation eller undvikande. Konfrontation leder vanligtvis till en minskning eller totalt avskaffande av rädslan med tiden. Undvikande leder oftast till förvärrad rädsla, där slutfasen är ett fullt utvecklat fobiskt tillstånd. Ett undvikandebeteende kan i sin tur få konsekvenser, som till exempel inaktivitet (Lethem et al., 1983).

1.4.4 Operant inlärning

Vid psykisk ohälsa som exempelvis ångest är det vanligt att individen har en överdriven rädsla för situationer eller beteenden som riskerar att trigga ångesten. Det är därför vanligt att dessa individer undviker situationer som kan upplevas som fara eller hot (Hovland et al., 2021). Enligt den operanta inlärningsteorin kan positiva och negativa konsekvenser av ett beteende förändra hur ofta ett beteende kommer att ske. Ett exempel på ett beteende kan vara gruppträning. Förstärkning är ett begrepp inom teorin som innebär positiva konsekvenser av ett beteende och är något som ökar sannolikheten att ett beteende återupprepas. En förstärkning kan vara både positiv och negativ. En positiv förstärkning innebär att något positivt, alltså något som är bra för individen tillkommer. En negativ förstärkning innebär i stället att något negativt, alltså något som är dåligt för individen tas bort. En förstärkning genererar därav i stunden ett positivt utfall för individen, oavsett om den är positiv eller negativ. En förstärkning är att föredra om ett beteende ska upprepas. Ett annat begrepp inom teorin är bestraffning. Med detta innebär att ett beteende får negativa konsekvenser, vilket ofta leder till att ett beteende inte återupprepas. En bestraffning kan även den vara både positiv och negativ. En positiv bestraffning innebär att något som för individen är negativt läggs till och en negativ bestraffning innebär att något positivt tas bort, vilket båda leder till ett negativt utfall för individen (Skinner, 1953).

1.5 Problemformulering

Många människor upplever någon gång under sin livstid någon form av psykisk ohälsa. Symtom från tillstånd som klassas under begreppet psykisk ohälsa är bland annat tillfällig oro, initiativlöshet och koncentrationssvårigheter vilket kan påverka individens förmåga att vara fysiskt aktiv. En fysioterapeutisk behandling för patienter med psykisk ohälsa är gruppträning och i dagsläget finns det en kunskapslucka gällande fysioterapeuters erfarenheter av

behandlingsformen för den här patientgruppen. Om detta område utforskas mer skulle det kunna ge uppslag till fler och större studier inom området. Gruppträning kan verka som en plats där patienterna kan få socialt stöd samt öka känslan av samhörighet med andra. Utifrån den socialkognitiva teorin kan reciprok determinism beskriva hur fysioterapeuten, patienten och gruppträningen integrerar. Att beskriva fysioterapeuters erfarenheter av gruppträning för patientgruppen kan belysa huruvida det är en behandlingsmetod som bör uppmärksammas mer inom området.

2 SYFTE

Syftet med studien var att beskriva fysioterapeuters erfarenheter av gruppträning för patienter med mild till måttlig psykisk ohälsa.

3 METOD OCH MATERIAL

3.1 Design

Studien tillämpade en deskriptiv kvalitativ design i form av en kvalitativ intervjustudie. Fokus var att utforska och analysera informanternas tolkning av sina upplevelser relaterat till deras tidigare erfarenheter och kunskap (Backman, 2008). En kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats användes vilket innebar att materialet förutsättningslöst bearbetades utan utgångspunkt från teorier eller teoretiska modeller (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

3.2 Urval

Studien grundar sig i ett förslag som kom från en verksamhet i mellersta Sverige. Urvalet var dels ett ändamålsenligt urval då informanterna som rekryterades ansågs bidra med sina erfarenheter och besvara studiens syfte (Carter & Lubinsky, 2016). Urvalet var även delvis ett snöbollsurval eftersom studieförfattarna identifierade en informant som uppfyllde inklusionskriterierna och som sedan spred information kring studien vidare till sina kollegor (Rana et al., 2023). Informanterna rekryterades från verksamheter i mellersta Sverige.

Inklusionskriterierna för deltagande i studien var bland annat att vara legitimerad fysioterapeut alternativt legitimerad sjukgymnast. Från början var även ett inklusionskriterie att verksamheten skulle bedriva någon form av aerob eller anaerob aktivitet i grupp inom primärvård för patienter med mild till måttlig psykisk ohälsa. Detta utökades till att gälla all form av fysisk aktivitet i enlighet med WHO (2022b) definition, varpå basal kroppskänedom och medicinsk yoga även inkluderades. Inklusionskriteriet gällande primärvård blev borttaget på grund av att studieförfattarna inte fann tillräckligt med verksamheter där denna behandlingsform var ett alternativ för patientgruppen. Innan revidering av inklusionskriterierna rekryterades fyra informanter, därefter två till. Exklusionskriterierna för deltagande var om informanten inte bemästrade det svenska språket, om gruppträningen var

lämpad för patienter som är diagnostiserade med svåra psykiatriska tillstånd eller om gruppbehandlingen endast bestod av samtal och inte inkluderar någon form av rörelse.

Sex fysioterapeuter inkluderades (tabell 1). Tre var verksamma inom samma verksamhet, de andra tre var verksamma inom skilda verksamheter i mellersta Sverige.

Tabell 1: Information om informanterna.

Kön	Tid arbetat med patientgruppen	Variant av gruppträning	Träningsstillfällen som erbjuds per vecka
4 kvinnor 2 män	2,5–23 år	Gummibandsträning Promenad Basal kroppskännedom Gymnastik (tabatastruktur) Mindfulness Meditation	1–2 ggr/v

3.3 Datainsamling

En semistrukturerad intervjuguide (Bilaga A) formades och användes under intervjuerna enligt Carter och Lubinsky (2016). En semistrukturerad intervjuguide utgår från ett antal förutbestämda frågor som ställs under varje intervju för att bibehålla datakvaliteten under intervjuerna. Ytterligare frågor kan ställas utöver den förutbestämda intervjuguiden om en intressant eller ny undersökningslinje utvecklas under intervjuerna (Young et al., 2018). Varje intervju genomfördes enskilt med informanten där båda studieförfattarna deltog. Innan varje intervju samlades ett skriftligt informerat samtycke och verksamhetens godkännande in. Som introduktion fick informanten muntlig information gällande studien och hur intervjun skulle genomföras (Bilaga B). Därefter fick informanten ge sitt muntliga samtycke till frivilligt deltagande. Intervjun inleddes med sju bakgrundsfrågor med syfte att ge allmän information om informanten och som enkelt kunde besvaras för att sedan gå vidare till mer resonerande frågor (Britten, 1995). Bakgrundsfrågorna handlade bland annat om hur länge informanten arbetat som fysioterapeut/sjukgymnast, vilka verksamheter de arbetat inom och om de hade någon ytterligare utbildning utöver grundutbildningen i fysioterapi (Bilaga A).

Vidare bestod intervjun av 11 huvudfrågor som syftade till att undersöka hur informanten uppfattade gruppträningspassen utifrån biologiska, psykologiska och omgivningsfaktorer hos patienten, med avsikt att besvara studiens syfte (Bilaga A). Frågorna strävade efter att vara öppna, neutrala, resonerande och tydliga för informanterna. En del huvudfrågor följdes av en följdfråga som ställdes vid behov, i försök till att få mer uttömmande svar. Intervjun avslutades

med en fråga om informanten hade något ytterligare att tillägga. Under intervjuerna kontrollerade studieförfattarna att de förstått informantens svar genom att emellanåt upprepa och bekräfta något informanten sagt eller fråga om det som uppfattats ansågs korrekt med vad som menats.

3.4 Tillvägagångssätt

En förfrågan (Bilaga C) samt informationsbrev (Bilaga D) skickades ut till verksamhetschefer där det möjligtvis bedrevs gruppträning ledd av legitimerad fysioterapeut/sjukgymnast för patientgruppen. Vidare fick verksamhetschefen vidarebefordra informationsbrevet till anställda fysioterapeuter. Totalt kontaktades 14 verksamheter via mejl och telefon. På en verksamhet identifierade en informant kollegor som kunde vara intresserade av studien. Därefter inväntades återkoppling för deltagande i studien. Återkopplingen från potentiella deltagarna skedde via mejl till studieförfattare B som fanns angiven i informationsbrevet. Vidare beslutades när och hur intervjuerna önskades genomföras i samråd med informanten och studieförfattarna. Rekryteringen fortgick tills dess att sex informanter inkluderats.

Intervjuerna genomfördes under ca två månaders tid med start i början av november 2023 fram till början av januari 2024. Intervjuer genomfördes via videokonferansverktyget Zoom (<https://visualised.se/zoom/>). Detta med anledning av den geografiska spridningen på informanter samt för att bespara tid, både för studieförfattarna och för informanterna. Intervjuerna spelades in med diktafon och det inspelade materialet överfördes till en lösenordskyddad dator i direkt anknäytning till avslutad intervju. Alla personuppgifter till studiedeltagarna bevarades också på en lösenordskyddad dator. Uppgifterna behandlades enligt dataskyddsförordningen (Codex, 2022). Efter överföring till den lösenordskyddade datorn raderades materialet omedelbart från diktafonen. Studieförfattare A ledde intervjuerna och ställde frågor enligt intervjuguiden samt följdfrågor vid behov. Studieförfattare B ansvarade för diktafon, förde anteckningar samt ställde följdfrågor och kompletterande frågor för förtydligande vid behov. Intervjuerna utfördes på samma vis för informanterna och studieförfattarna hade vid varje intervju samma uppgifter. Vid fyra av intervjuerna satt studieförfattarna på olika platser vid varsin dator och vid två intervjuer satt de tillsammans. Den första intervjun som utfördes var tänkt att vara en testintervju. Testintervjuer är till för att kontrollera intervjusituationen, frågornas relevans för studiens syfte, längden på intervjuerna, att språket är lämpligt samt behovet av följdfrågor (Young et al., 2018). Då inga förändringar i intervjuguiden utfördes inkluderades även den intervjun i analysen. Intervjuerna varade mellan 27–35 minuter, i genomsnitt 30 minuter.

3.5 Dataanalys

De genomförda intervjuerna transkriberades ordagrant av studieförfattarna. Studieförfattarna transkriberade tre intervjuer var. Varje transkribering tilldelades en bokstav från A-F för att säkerställa deltagarnas konfidentialitet. Vid analys av data tillämpades en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2017). Vilket innebär att materialet har analyserats förutsättningslöst. Analysen tillämpade en

abstraktionsnivå som var manifest, vilken utgår från det som informanterna faktiskt uttalar (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

Studieförfattarna gick noggrant igenom intervjuerna flertal gånger för att få sig en överblick av materialet. Efter att ha läst igenom allt material valde studieförfattarna att gemensamt analysera en slumpmässigt utvald intervju för att diskutera fram meningsbärande enheter. En meningsbärande enhet är delar av texten vars innehåll relaterar till studiens syfte. Efter att de identifierats skedde en kondensering vilket innebar att meningsbärande enheter förkortades, men att relevant information för syftet bevarades. Därefter förseddes dessa med koder.

Koderna var meningar som hade förenklats men som fortfarande beskrev tillhörande meningsbärande enhet. Koderna sorterades sedan i högar av samma kategori och blev tilldelade underkategorier (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Efter att gemensamt ha kodat en intervju lottades de resterande intervjuerna ut till studieförfattarna. Studieförfattare A blev tilldelad tre intervjuer och studieförfattare B fick två intervjuer. Efter arbete på varsitt håll analyserades data gemensamt för att se att det fanns en delad uppfattning kring materialet. När detta säkerställdes genomfördes en gemensam kategorisering. Alla koder skrevs ut för att få en bra överblick och fördelades i högar bildande kategorier. I varje kategori sorterades även koderna i underkategorier med närmare beskrivning av innehållet. Nedan i (tabell 2) visas exempel på hur studieförfattarna har analyserat materialet.

Tabell 2: Exempel på hur meningsbärande enheter har kondenserats och abstraherats till koder samt vilken underkategori och kategori som tilldelats.

Meningsbärande enhet	Kondenserad text	Kod	Underkategori	Kategori
Så att man kan ju försöka att liksom är det någon som har större svårigheter att man ändå på förhand liksom har kollat av lite och hur vill du att vi agerar om du får det jobbigt på något sätt så man får ju vara lite lyhörd (Informant C)	Kan vara bra att kolla av med personen på förhand hur den vill att man ska agera ifall personen får det jobbigt. Man får vara lite lyhörd (Informant C)	Vara lyhörd för patientens preferenser vid jobbiga situationer (Informant C)	Lyhördhet och förmedla trygghet är en resurs	Ledarens personliga egenskaper och yrkesskicklighet gynnar medverkan
Men då säger ju att man kan prova en gång, men det är inte spikat i sten. Man måste inte, utan känn dig för ett par gånger och	Man kan prova på och känna sig för utan att spika i sten, ofta vill dem fortsätta (Informant F)	Man kan prova på och se, ofta vill dem fortsätta (Informant F)	Förmåga att motivera deltagarna	Ledarens personliga egenskaper och yrkesskicklighet gynnar medverkan

se till exempel. Så kan vi prata kring det om du vill fortsätta. Ofta vill dem fortsätta då när dem fått det att dem ej måste vara med utan att dem kan prova lite så och då fortsätter dem flesta (Informant F)				
För att uppnå effekt det som är beforskat är att man ska komma upp i puls men gärna att de ska vara blandat med styrketräning och flås. Exakt vilka övningar kör nog alla lite olika (Informant D)	För att få effekt ska man komma upp i puls men gärna blandat med styrketräning. Exakta övningar varierar (Informant D)	Pulshöjande- och styrketräning med varierande övningar (Informant D)	Blandning av träningsformer kan gynna gruppen	Flera träningsformer och strukturer kan fungera

3.6 Etiska överväganden

De etiska överväganden som gjorts utgår från Helsingforsdeklarationen av World Medical Association (2022) samtyckes-, informations-, nyttjande- och konfidentialitetskravet samt de forskningsetiska principer som presenterats inom medicinsk forskning. Detta har bland annat innefattat att informanterna uttryckt både skriftligt och muntligt samtycke innan intervjuernas start, med hänsyn till samtyckeskravet. Utifrån informationskravet fick alla informanter både skriftlig (Bilaga D) och muntlig information (Bilaga B) före intervjuens start (World Medical Association, 2022). Enligt nyttjandekravet klargjordes studiens nytta för informanterna samt vad deras deltagande i studien medförde (World Medical Association, 2022). Information gällande att deltagandet helt och hållet var frivilligt var också något som klargjordes för informanterna innan deltagande (World Medical Association, 2022). Att informanten när som helst under studiens gång hade möjlighet att avsluta sin medverkan utan att ge någon vidare förklaring till varför informerades också innan deltagande (Codex, 2022). All insamlade data har behandlats konfidentiellt i enlighet med konfidentialitetskravet, vilket innebar att inga obehöriga har haft tillgång till materialet (World Medical Association, 2022). Tillgång till materialet gäller fram till och med att studien är godkänd, därefter raderas alla datauppgifter. Då deltagandet i studien är konfidentiellt och för att svaren ej ska kopplas till vare sig person

eller verksamhet har alla namn och platser tagits bort. Informanterna informerades även om att studiens resultat kommer att presenteras som en uppsats vid Mälardalens Universitet. Eventuella fördelar och risker med studien informerades skriftligt (Bilaga D). Studieförfattarna hade innan rekryteringen identifiera en risk om att det under en intervju om sitt eget arbete kunde upplevas som att ens kompetens eller arbetssätt ifrågasätts. Därav hade författarna avsatt extra tid för samtal efter avslutad intervju om någon informant önskat detta i syfte att minska obehag som kan ha uppkommit. Utöver detta identifierades inga andra risker eller följder av deltagande i studien.

4 RESULTAT

I resultatet beskrivs fysioterapeuters erfarenheter av gruppträning för patienter med mild till måttlig psykisk ohälsa. Vidare presenteras fem kategorier och 14 underkategorier som tagits fram i samband med analys av data (se tabell 3).

Tabell 3: Kategorier med tillhörande underkategorier.

Underkategori	Kategori
<ul style="list-style-type: none"> • Framhålla evidens för övningar tillsammans • Patientens positiva och öppna inställning främjar medverkan • Gemenskap och minskat eget övningsansvar ökar följsamheten • Teamarbete viktigt för bedömning och genomförande 	Viktiga faktorer för deltagande
<ul style="list-style-type: none"> • Komplexa symtom och tidigare skador • Undvikandebeteende och negativa tankar 	Barriärer för följsamhet
<ul style="list-style-type: none"> • Ökad aktivitetsnivå och välmående • Avsaknad av motivation ger sämre respons 	Upplevda effekter av rörelse i grupp

<ul style="list-style-type: none"> • Blandning av träningsformer kan gynna gruppen • Individualisering och progression nödvändigt • Musiken har betydelse för patientupplevelsen 	<p>Flera träningsformer och strukturer kan fungera</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Lyhördhet och förmedla trygghet är en resurs • Inneha skicklighet att individanpassa • Förmåga att motivera deltagarna 	<p>Ledarens personliga egenskaper och yrkesskicklighet gynnar medverkan</p>

4.1 Viktiga faktorer för deltagande

Informanterna beskrev flera faktorer som var viktiga för att gruppträning skulle vara ett behandlingsalternativ. Att framföra evidensen inom området för patienten beskrevs som viktigt innan deltagande. Vidare berättade informanterna att patienter med öppen och positiv inställning och med en vilja till förändring också var av fördel för deltagande. Den gruppdynamiska processen framgick också vara betydande för deltagarnas följsamhet. Informanterna lyfte vidare vikten av att arbeta i team, för att få stöd vid bedömning samt under träningstillfällena.

4.1.1 Framhålla evidens för övningar tillsammans

Under intervjuerna nämnde informanterna att de ofta belyste evidens inom området för patienterna innan deras deltagande i gruppträningen. Informanterna upplevde att många patienter verkade tro att de behövde ta det lugnt och vila vid dessa tillstånd. Att de då påvisade vilka effekter som vetenskapligt fanns dokumenterade beskrev informanterna fick många patienter att börja träna.

”... vi lägger fokus på att det är evidensbaserat och att det är viktigt att komma i gång och röra på sig.” (Informant E)

4.1.2 Patientens positiva och öppna inställning främjar medverkan

Informanterna beskrev att patienter som hade en öppen och positiv inställning till deltagande i gruppen hade lättare till att fullfölja behandlingen. Vidare beskrev de att det inte var ofta patienterna hade en negativ inställning till deltagande utan att de flesta var öppna och positiva

till att delta. Informanterna belyste även patientens vilja till förändring som en viktig faktor för deltagande.

”Det är sällan man möter på någon som är riktigt så här ”nej det här känns inte för mig” utan de flesta brukar ändå ja men vara positiva och prova”. (Informant C)

4.1.3 Gemenskap och minskat eget övningsansvar ökar följsamheten

Informanterna beskrev att samhörigheten bland patienterna i gruppen var viktig för följsamheten. Den gruppdynamiska processen som patienterna ingår i vid gruppträningen tycktes även spela stor roll. Informanterna belyste hur patienterna i en grupp inte behövde ta eget ansvar för att utföra den fysiska aktiviteten då de blev en del av ett sammanhang och fokus inte riktades mot individen själv. De uppfattade även att patienterna i gruppen upplevde samhörighet med andra med liknande problematik och att patienterna då kunde känna igen sig i varandra. Gruppen kunde då bli en plats där såväl glädje som inspiration spreds.

”Att bara vara i en grupp och se andra människor, även om de kanske inte pratar om det så tror jag de stärks av att de finns fler som ser normala ut men ändå går och brottas med dessa problem. Känna samhörighet.” (Informant D)

4.1.4 Teamarbete viktigt för bedömning och genomförande

Informanterna lyfte vidare vikten av att arbeta i team kring den här patientgruppen och beskrev hur det var fördelaktigt att vara flera ledare under träningstillfällena. De förklarade hur en kunde fokusera på att leda gruppen och att den andra fånga upp de som var i större behov av stöd. Informanterna påpekade även vikten av teambedömning för patienterna och att gemensamt utforma en plan utifrån berörda professioner. På detta sätt menade informanterna att flera professioner kunde skapa sig en bild av patienten och täcka in de områden som var viktiga vid utformandet av behandling.

”Vi bedömer patienten utifrån vår egen profession, de gör grunden för min bedömning. Vi kommer i teamet tillsammans överens om vad vi ska erbjuda patienten i rehab. Och sen presenterar vi de för patienten som ett upplägg.” (Informant A)

4.2 Barriärer för följsamhet

Under intervjuerna beskrev informanterna olika faktorer som på ett eller annat sätt kunde upplevas som barriärer för någon del av processen vid gruppträning. Detta menade informanterna var faktorer som utmanade ledaren, biologiska faktorer som associeras med patientgruppen eller olika beteenden som försvårade arbetet.

4.2.1 Komplexa symtom och tidigare skador

Faktorer som smärta, tidigare skador och vissa symtom ansågs vara biologiska faktorer hos patienten som försvårade behandlingen. I vissa fall hade även träningen i sig öka smärtan, vilket kunde göra patienten omotiverad till fortsatt deltagande. Ibland hade även symtom och tillstånd orsakade av den psykiska ohälsan uppstått under gruppträningstillfällena, bland annat hade ångestfall där patienten behövt gå i väg en stund förekommit. Informanterna berättade även att patientgruppen var en grupp som kunde ha svårt att ta sig i väg till gruppträningstillfällena till följd av deras diagnos vilket kunde ses som en försvårande faktor.

”... så får en av deltagarna halvvägs in i passet en panikattack och sätter sig. Men det här har vi varit med om tidigare och patienten har nämnt att det här händer. Brukar då få gå i väg, vi sköter det...” (Informant E)

4.2.2 Undvikandebeteende och negativa tankar

Under intervjuerna framgick det att det fanns psykologiska faktorer som på ett eller annat sätt hade en försvårande påverkan. Bland annat beskrev informanterna att negativa tankar och känslor som ibland spreds i gruppen. Vidare berättade de att socialfobi är en försvårande faktor då det kunde leda till att potentiella deltagare avstod behandlingen. Informanterna förklarade att en del patienter undvikit fysisk aktivitet under lång tid vilket också försvårade deltagandet i gruppträningen. Ett första steg för dessa patienter uppgav informanterna var att ha individuella samtal kring undvikandebeteendet. Informanterna beskrev att mer fokus borde riktas mot patientens självkänedom och att få dem att våga testa sig fram gällande träningen. Det framgick även att patienter med undvikandebeteende krävde mer struktur och styrning i sin behandling, med samtidig välvilja.

“Om man har lite mer undvikande beteende att öva sig på att faktiskt våga, testa och se vad som händer. Där guidar jag lite olika kring det och uppmuntrar till att lära känna sig själv...” (Informant B)

4.3 Upplevda effekter av rörelse i grupp

Informanterna hade erfarenheter gällande effekter av gruppträningen. Effekterna var mestadels positiva men i vissa fall även negativa, främst hos de patienter som inte var särskilt motiverade. Informanternas erfarenhet gällande effekter upptäcktes genom olika varianter av skriftliga utvärderingar, men också genom muntlig information från patienterna efter avslutad behandling.

4.3.1 Ökad aktivitetsnivå och välmående

Både under och efter gruppträningen beskrev informanterna att behandlingen visade på god respons, detta baserades på verbal och skriftlig återkoppling från patienterna. Det som

informanterna beskrev var en ökad funktionsnivå och ett ökat välmående, men också att patienter med smärta hade lärt sig att leva och hantera smärtan bättre. Vidare beskrev informanterna att deltagarna efter avslutad behandling uppgett att de blivit inspirerade och att flera av dem haft planer på att fortsätta träna.

”...förbättrar fysisk träning, mindre stillasittande. [...] höjd livskvalitet men framför allt grundar jag det på att folk som deltar vid sista tillfället tackar dem oss väldigt mycket att det har varit bra och att dem mår så bra.” (Informant E)

4.3.2 Avsaknad av motivation ger sämre respons

Informanterna berättade att de ibland fått kännedom om patienter som inte varit nöjda med behandlingen. De hade även erfarenhet av patienter som valt att avsluta deltagandet i förtid. För multisjuka patienter hade gruppträningen inte visat sig vara tillräcklig. Bland patienter med låg motivation till deltagande behövde informanterna ge extra uppmuntran. Trots detta hade de inte sett vidare effekt hos patienterna med låg motivation. Informanterna uppgav att de vid de tillfällena övervägde om de skulle erbjuda dem en fortsatt plats i gruppen, då de upplevde att det egentligen enbart skapade ett missnöje med vården.

“...såna patienter har jag haft i grupp som jag har fått dra och märker ändå ingen skillnad de kan till och med vara väldigt missnöjda. Där pratar vi mycket om, ska vi erbjuda de patienterna rehabilitering över huvud taget?” (Informant A)

4.4 Flera träningsformer och strukturer kan fungera

Informanterna beskrev under intervjuerna att gruppträningens innehåll varierade mellan gruppstillfällena. Detta menade informanterna bland annat berodde på informanternas egna preferenser, patienternas individuella behov eller gruppens förutsättningar. Informanterna belyste även vikten av att hitta en dosering på en lämplig nivå utifrån patienten men samtidigt möjliggöra möjligheten till stegring, för fortsatt progression.

4.4.1 Blandning av träningsformer kan gynna gruppen

Innehållet under gruppträningsstillfällena varierade. Valet av övningar ansågs av informanterna vara mindre viktigt. Till en början utgick informanterna från färdiga program vid träningsstillfällena men i dagsläget menar informanterna att det sker vissa variationer utefter individerna i gruppen. De beskrev även träningsbanker de kunde inspireras av vid utformandet av träningsstrukturen. Informanterna förklarade att så länge patienten fick upp pulsen och ägnade sig åt träning spelade övningsvalet mindre roll. De förklarade vidare att de tillämpade basal kroppskännedom och att det var något som fungerade för många patienter oavsett psykiska eller fysiska besvär.

“Övningsvalet är mindre viktigt. De viktiga är att vi får upp pulsen och att vi tränar. Om man springer uppför en backe eller kör knäböj har mindre betydelse. Handlar mest om vad man tycker är kul.” (Informant D)

4.4.2 Individualisering och progression nödvändigt

Vikten av att hitta en lagom dosering var något som informanterna lyfte. För den här patientgruppen var exempelvis bristande ork vanligt förekommande vilket gjorde att informanterna upplevde att individuella behov ibland behövde tas i beaktande för att hålla ihop gruppen. Doseringen menade informanterna borde vara progressiv, i synnerhet för att patienterna skulle se sina framsteg. Att identifiera steg som patienten klarade av till en början för att sedan succesivt höja kraven och stegra behandlingen beskrev informanterna som viktigt.

“Sen viktigt med dosering, hitta, göra saker i små steg. Så att de blir att man klarar av de steg man tar. Men att också ha en progression i det så man också ser framsteg.”
(Informant B)

4.4.3 Musiken har betydelse för patientupplevelsen

Informanterna berättade att valet av musik vid gruppträningstillfällena var viktigt att ha i åtanke som gruppledare då de hade erfarenhet av att låtval varit provocerande för patienterna.

”Men lite får man också tänka till vad man har för musik faktiskt, det har vi fått en del så kommentarer om låttexter och så, så att man försöker hålla sig lite neutral vad gäller det faktiskt.” (Informant C)

4.5 Ledarens personliga egenskaper och yrkesskicklighet gynnar medverkan

Under intervjuerna framgick det att gruppträning inte bara ställde krav på patienten utan även att vissa förmågor hos ledaren var betydelsefulla. Några exempel som informanterna lyfte fram var förmågan att skapa en trygg miljö, lyckas hålla kvar patienter i gruppen samt anpassa sig efter oförutsägbara situationer.

4.5.1 Lyhördhet och förmedla trygghet är en resurs

Att vara medkännande, lyhörd och att se alla i en grupp var några av de egenskaper informanterna beskrev som viktiga vid ledandet av gruppträning för den här patientgruppen. De beskrev även förmågan att fånga upp patienter och behålla dem i gruppen som betydelsefulla. Balansen i att möta patienters rädsla och behov, men samtidigt fortsätta leda framåt beskrevs också vara viktigt. Informanterna betonade även vikten av att skapa en trygg och öppen atmosfär i gruppen.

”...och sen att få den här öppna trygga atmosfären att man kan säga det här var svårt till exempel eller det här var jobbigt idag...” (Informant F)

4.5.2 Inneha skicklighet att individanpassa

Att anpassa gruppträningspasset efter flera olika faktorer var något som informanterna beskrev som en viktig del i arbetet. Vidare beskrev de att anpassningar genomfördes utifrån patienternas förutsättningar såsom skilda träningsvanor och kroppsliga besvär. Informanterna menade att det var viktigt att individanpassa trots att det var en gruppbaserad behandling. De beskrev även vikten av att hitta en balans mellan att vara peppande och stöttande. Informanterna förklarade att det var gruppens förutsättningar som bestämde strukturen för passet och att ledaren ibland behövde vara flexibel för oförutsägbara situationer.

”... krävs en del anpassningar. Det ska inte vara för tufft men inte för lätt heller. Är det för lätt kanske man inte kan uppnå det där pulshöjande. Så det är väl en utmaning att individanpassa på ett bra sätt.” (Informant E)

4.5.3 Förmåga att motivera deltagarna

Hur patienterna kom i kontakt med gruppträningen var något som beskrevs som viktigt. Informanterna berättade att patientgruppen ofta kunde sakna motivation till en början. Det beskrevs därför vara betydelsefullt att uppmuntra till deltagande utifrån patientens egna premisser. Möjligheten att prova gruppträningen innan patienten beslutade sig för att gå med lyftes fram som betydelsefullt. Informanterna beskrev vidare vikten av att ge extra stöttning till en början då de upplevde att det ökade sannolikheten att patienterna kom tillbaka och stannade kvar i gruppen. Att få patienterna att tro på att informanten var kompetent beskrevs också gynna patienternas motivation. De beskrev vidare att det ibland kunde vara en lång process för att få en patient motiverad. Fokus lades även på att komma bort från prestationstänk och i stället stödja patienten i ett utforskande förhållningssätt till den egna kroppen.

“... vad är motiverande för mig, vad är viktigt för just mig, vad får jag ut av liksom. Snarare än riktlinjer om vad man borde och så för de är inte så motiverande om de ska bli hållbart över tid.” (Informant B)

5 DISKUSSION

Syftet med studien var att beskriva fysioterapeuters erfarenheter av gruppträning för patienter med mild till måttlig psykisk ohälsa. Resultatet visade på en variation av erfarenheter som presenterades i fem kategorier och 14 underkategorier. Det fanns bland annat faktorer som informanterna ansåg hade en positiv påverkan för patienternas deltagande och följsamhet. Det

fanns även vissa faktorer som kunde ses som barriärer. Vidare beskrev informanterna olika egenskaper och yrkesskickligheter hos ledaren som var betydande för såväl enskilda patienter som för gruppen som helhet. I resultatet presenterades även vikten av att som ledare vara påläst kring evidens men även att besitta förmågan att fånga upp patienter och hålla kvar dem i gruppen.

5.1 Resultatdiskussion

I en av kategorierna i resultatet identifierades viktiga faktorer för deltagande. En underkategori var att påvisa evidensen som finns för gruppträning och fysisk aktivitet för patienten innan deltagande. Evidens gällande gruppträning har presenterats i flera studier som påvisat hur ledarledd gruppträning genererat fler hälsofördelar jämfört med individuell träning (Lee et al., 2021; Gottschall & Hastings, 2023; Kanamori et al., 2016). Informanterna beskrev även att flera patienter med psykisk ohälsa inte hade kännedom om att de kunde träna eller visste hur de skulle göra. Att då presentera den evidens som finns gällande fysisk aktivitet för patientgruppen beskrevs vara viktigt. Det finns tydliga riktlinjer för informanterna att utgå från gällande rekommenderad nivå av fysisk aktivitet och dokumenterade effekter för patientgruppen (WHO 2022b; Jonsdottir & Lindegård Andersson, 2021; Hagströmer et al., 2021; Hovland et al., 2021).

Vidare framgick det av informanterna att patienternas inställning till behandlingen hade stor betydelse för deltagandet. De berättade att patienter som var öppna och positiva till deltagande i grupp enklare och oftare fullföljde behandlingen. Informanternas beskrivning gällande patienternas inställning kunde tolkas som att de hade en hög self-efficacy gällande gruppträningen. Detta är i enlighet med Kavanagh och Wilson (1989) som menar att om individen har hög self-efficacy gällande ett beteende är det större chans att individen fullföljer beteendet trots motgångar och hinder. I enlighet med Ranjbar et al. (2015) beskrev informanterna flera fördelar med gruppbehandling som bland annat samhörighet, motivation, glädje och socialt stöd. Ranjbar et al. (2015) lyfter ordet samhörighet och förklarar att detta är något som förstärks vid behandling i grupp. Informanterna beskrev även att de upplevde att känslan av samhörighet hade betydelse för följsamheten. Ranjbar et al. (2015) menar att gruppen kan verka som ett socialt stöd för individen och att det är en plats där det kan ske ett utbyte av erfarenheter, där även motivation och uppmuntran kan spridas. På samma sätt berättade informanterna att gruppen blev en plats där patienterna kunde känna igen sig i varandra och möta andra patienter med liknande besvär.

En annan viktig faktor som informanterna tog upp var vikten av att arbeta i team kring patientgruppen. De beskrev att det var fördelaktigt att vara fler professioner som beslutade om patientens deltagande och behandlingsplan då olika professioner är specialister på just sitt område, vilket innebar att patienten fick en mer omfattande behandling. Monaco et al. (2022) skriver att ett samarbete mellan fysioterapeut och psykolog kan förbättra behandlingsresultaten då det främjar ett integrerat arbetssätt. Informanterna berättade att en psykolog ofta ingick vid teambedömningarna, vilket främjade ett integrerat arbetssätt.

I resultatet presenterades barriärer som informanterna ansåg påverkade patienternas följsamhet. Tidigare skador och smärta var exempel på detta, även olika symtom orsakade av den psykiska ohälsan, som ångestfall beskrevs. Vid depression och ångest upplever individer ofta en låg nivå av self-efficacy och har ofta negativa tankar kring beteenden (Scholz et al., 2002). Ambrose och Golightly (2015) skriver att det kan vara ett hinder när individer inte har tillräckligt hög self-efficacy för beteendet träning, vilket kan begränsa den fysiska aktivitetsnivån. Studier visar att det tar längre tid för individer med låg self-efficacy att sluta fokusera på hinder eller motgångar som uppstår vid ett särskilt beteende samt att individen då kommer ha negativa utfallsförväntningar kring dessa beteenden lång tid efteråt (Kavanagh & Wilson, 1989; Scholz et al., 2002). Eftersom informanterna beskrev att patienter med svårare symtom orsakade av den psykiska ohälsan har sämre följsamhet till behandlingen upplevde de patienterna ha en lägre self-efficacy och låga utfallsförväntningar.

Vidare berättade informanterna att det krävdes mer arbete för att stödja de patienter som visar ett undvikandebeteende. Informanterna beskrev en rörelserädsla hos patienter med långvarig smärta. De beskrev också att patienter inte alltid upplevde rädsla men att de trots detta kunde ha ett undvikandebeteende. Enligt rädsla-undvikande-modellen utgår ett undvikandebeteende från en smärtupplevelse. Vidare förklarar modellen att en individ som upplever smärta kan reagera med antingen konfrontation eller undvikande, där undvikande leder till förvärrad rädsla (Lethem et al., 1983). Detta överensstämmer med informanternas erfarenheter gällande patienter med smärta. Informanterna beskrev dock ett undvikandebeteende hos vissa av patienterna utan vare sig smärta eller rädsla, vilket inte är i enlighet med modellen. Utifrån den operanta inlärningsteorin (Skinner, 1953) kunde orsaken till detta tänkas bero på exempelvis ångest som medföljer beteendet att träna. Detta kan ses som en positiv bestraffning, dvs att något negativt medföljer beteendet, som i sin tur leder till att individen avstår från att utföra beteendet. Beteendens konsekvenser kan förändras om individen utsätter sig för dem, dvs. genom exponering, på så sätt kan en utsläckning ske. Genom att individer med ett undvikandebeteende deltar i gruppträning kan det leda till utsläckning där en bestraffande konsekvens uteblir inför det specifika beteendet, om individen utsätter sig för det tillräckligt många gånger. Detta skulle kunna vara positivt för deras deltagande och följsamhet till gruppträningen (Skinner, 1953). Om individen i stället avstår från att utföra beteendet kan det ses som en negativ förstärkning då obehaget (gruppträningen) tas bort, vilket individen för stunden upplever som bra. En förstärkande konsekvens ökar sannolikheten att ett beteende upprepas. Det betyder att om individen inte exponeras för obehaget (gruppträningen) kommer undvikandet sannolikt vinna över obehagskänslorna för att delta i gruppträningen.

Baserat på praktiska erfarenheter upplevde informanterna olika effekter hos patientgruppen efter avslutad behandling. Enligt WHO (2022b) bidrar fysisk aktivitet till ökat välmående. Detta är något som informanterna också berättade. Utöver ett ökat välmående hade de också fått en uppfattning om att patienternas funktionsnivå ökade. Detta är i enlighet med Kanamori et al. (2016) som i sin studie påvisar att de som deltar i gruppträning får en högre aktivitetsnivå än de som utför individuell träning. I vissa fall hade informanterna även varit med om missnöjda patienter. De beskrev att patienter med låg eller avsaknad av motivation haft sämre respons. I en studie av Ambrose och Golightly (2015) skriver de att smärta, sömnbrist, depression och ångest enskilt eller i kombination påverkar individens motivation negativt.

Trots att informanterna försökte ge patienterna extra uppmuntran hade behandlingseffekten inte varit densamma som för andra patienter, särskilt hade detta setts hos multisjuka patienter.

De behandlingseffekter informanterna upplevde hos patienterna tycktes inte vara beroende av träningsform. Informanterna hade erfarenhet gällande allt från basal kroppskänedom och meditation till tabata- gymnastik. Trots variationerna var informanternas erfarenhet gällande behandlingseffekten varit liknande. Studier gällande fysisk aktivitet vid psykisk ohälsa menar att det krävs en pulshöjande aktivitet för att få effekt (WHO, 2022b; Pearce et al., 2022). Även om informanterna hade erfarenheter som talade för vikten av pulshöjande aktiviteter så hade de också erfarenheter av att icke-pulshöjande aktiviteter genererade hälsoeffekter för patienterna. Pearce et al. (2022) menar att individer får hälsofördelar även vid låga nivåer av fysisk aktivitet, under de rekommenderade nivåerna. En begränsning med Pearce et al. (2022) studie är dock att de använder sig av självrapporterad fysisk aktivitet vilket innebär att individer kan över eller underskatta sin aktivitetsnivå. Informanterna erfor att basal kroppskänedom och meditation som inte var pulshöjande påvisade effekt. Detta var inte i enlighet med en metaanalys av Vancampfort et al. (2023) som förklarar hur basal kroppskänedom är mer ineffektivt jämfört med pulshöjande träning. Vidare menar författarna att mer forskning som utforskar effektiviteten av basal kroppskänedom jämfört med pulshöjande träning behövs för att fysioterapeuter ska implementera basal kroppskänedom i syfte att förbättra livskvalitet och funktionsnivå hos patientgruppen (Vancampfort et al., 2023). Informanternas beskrivning gällande effekten av basal kroppskänedom kan därför vara ny kunskap i syfte att stärka betydelsen av detta för den aktuella patientgruppen.

Utifrån informanternas erfarenheter framgick det att patientfaktorer påverkade behandlingseffekten snarare än träningsformen eller strukturen. Informanterna berättade hur viktigt det var att individanpassa trots att det var en gruppbehandling. I en studie av Ranjbar et al. (2015) förklarar författarna att det innan utformningen av träningen bör tas hänsyn till vissa faktorer. Bland annat tidigare fysisk aktivitetsnivå, sjukdomshistoria och individens förväntningar på behandlingen. Av informanterna framgick inte huruvida alla faktorer beaktades. Däremot beskrev informanterna att de tog hänsyn till patientens tidigare aktivitetsnivå och fysiska förmågor för att individanpassa. Informanterna lyfte även vikten av att patienten fick en progression i sin träning. I en studie av Singh et al. (2023) skriver författarna att individer med depression och ångest till en början av en träningsintervention upplever en kortsiktig förbättring i sitt tillstånd. När de sedan vant sig vid doseringen av aktiviteten krävs en progression för att få fortsatt effekt av behandlingen. En annan faktor som informanterna beskrev var musiken som spelades under gruppträningen. De beskrev tillfällen där det väckt negativa emotioner hos patienterna. Musiken tycktes ha en direkt påverkan på patienten utifrån begreppet reciprok determinism då det kan ses som en omgivningsfaktor (Bandura, 1989).

Informanterna lyfte vikten av sina egna förmågor, egenskaper och kompetenser vid genomförandet av gruppträningen. Utifrån begreppet reciprok determinism kunde även ledaren ses som en omgivningsfaktor som påverkade individen, vilket i sin tur har påverkan på beteendet gruppträning (Bandura, 1989). I en studie av Ölund et al. (2018) presenteras fysioterapeutens roll för att få ett stödjande gruppklimat. De skriver att relationen mellan

fysioterapeut och patient påvisades viktig för patienternas uppfattning av behandlingen. Detta är i enlighet med det informanterna beskrev då de lyft vikten av att skapa ett öppet och tryggt klimat i gruppen och att vara lyhörd och medkännande för patienterna. Vidare betonade informanterna även ledarens förmåga att individanpassa. Enligt Broberg och Lenné (2019) är den kliniska resonerandeprocessen en modell inom fysioterapin som beskriver hur en fysioterapeut tar beslut i praktiken. Modellen är en kombination av ett etiskt och kritiskt resonerande som grundar sig i kunskap och reflektion som syftar till att tillämpa en personcentrerad vård. Informanterna beskrev att de arbetade utifrån varje enskild individ trots att det var en gruppbehandling. I enlighet med modellen beskrev informanterna att de hade förmågan att resonera både kring patientens önskemål, gruppens bästa samt behandlingsresultaten.

Att patienterna tror på fysioterapeutens kompetens och välvilja för att åstadkomma resultat med behandlingen var också något informanterna berättade. Detta var i linje med den terapeutiska alliansen som beskrivs av Bordin (1979) om att alliansen mellan fysioterapeut och patient enbart kan uppnås när båda parterna delar samma uppfattning om behandlingens mål och metoderna som ska användas för att uppnå målet. Att främja ett samarbete och förtroende mellan fysioterapeut och patient innan behandlingens start ökar patientens förtroende för behandlingen (Monaco et al., 2022; Ardito & Rabellino, 2011). Det kan ske genom att motivera och undersöka patienternas förväntningar gällande behandlingen. Att få patienternas tankar och känslor gentemot behandlingen att bli mer positiva kan gynna behandlingsresultaten (Ardito & Rabellino, 2011).

5.2 Metoddiskussion

En deskriptiv kvalitativ design valdes då fokus var att beskriva och analysera fysioterapeuternas erfarenheter av gruppträning (Backman, 2008). Vidare valdes en induktiv ansats då materialet skulle analyseras förutsättningslöst i syfte att få en ökad förståelse för ämnet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Ett alternativ hade varit att använda en deduktiv ansats men då en sådan ansats utgår från en tidigare förutbestämd teori eller modell hade det inte varit i enlighet med det studien hade som avsikt att undersöka (Elo & Kyngäs, 2008). Studiens trovärdighet belyses genom att studieförfattarna tagit hänsyn till de olika trovärdighetsbegreppen (giltighet, tillförlitlighet, delaktighet och överförbarhet) enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2017).

Urvalet av informanter skedde genom ett ändamålsenligt urval samt ett snöbollsurval. Informanterna rekryterades till en början utifrån författarnas kunskap och erfarenhet om verksamheter som bedrev gruppträning för patientgruppen (Carter & Lubinsky, 2016). Därefter användes snöbollsurval då en informant spred ordet vidare till sina kollegor samt hänvisade till en annan informant inom samma län, vilket innebar att hälften av deltagarna rekryterades med det urvalet. Tre informanter i studien rekryterades från samma verksamhet i mellersta Sverige. Informanterna kunde således ha liknande erfarenheter av gruppträning för patientgruppen. Detta kunde därför medföra att materialets variation minskade vilket kunde ge en mer avgränsad förståelse av ämnet och påverka studiens giltighet och överförbarhet negativt. För att öka giltigheten bör kvalitativa studier innehålla urvalsgrupper med olika erfarenheter

(Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Eftersom studien var begränsad till sex informanter ansågs dess överförbarhet låg. Däremot är det läsaren själv som avgör om en studies resultat är överförbart eller inte. Eftersom studieförfattarna noggrant har beskrivit urvalsprocessen, datainsamlingen, analysprocessen och andra omkringliggande faktorer som kunnat påverka studien ges läsaren möjlighet att själv utvärdera överförbarheten (Carter & Lubinsky, 2016; Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

Studieförfattarna använde en semistrukturerad intervjuguide med ett antal förutbestämda frågor samt följdfrågor. En semistrukturerad intervjuguide möjliggör en intervju med mer ingående svar och målade beskrivningar vilket är i enlighet med studiens syfte (Carter & Lubinsky, 2016). Följdfrågor ställdes för att studieförfattarna skulle få en så beskrivande bild av erfarenheterna som möjligt och fånga intressanta erfarenheter (Young et al., 2018).

Då studieförfattarna saknade tidigare erfarenheter av att formulera intervjufrågor samt leda intervjuer valdes en semistrukturerad intervjuguide vilken gav möjlighet till att förtydliga frågor samt ställa följdfrågor om så skulle behövas (Carter & Lubinsky, 2016). En testintervju utfördes innan resterande datainsamling dels för att testa intervjuguiden (Young et al., 2018), dels för att öka studieförfattarnas erfarenhet av att intervjua, då det krävs erfarenhet för att bli en bra intervjuledare (Carter & Lubinsky, 2016). Testintervjun inkluderades i studien då den ansågs ha god kvalitet och uppfyllde studiens syfte. Eftersom studieförfattarna haft samma roll vid varje intervju och då de eftersträvat att utförandet varit så likt som möjligt vid samtliga intervjuer, kan det antas öka studiens tillförlitlighet. Då båda studieförfattarna närvarade ökade sannolikheten att all viktig information kommit fram då båda har haft möjlighet att ställa följdfrågor (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Studieförfattarnas delaktighet i intervjuerna var svårt att helt utesluta då de formulerade samt ställde frågor och följdfrågor. Eftersom studieförfattarna ställde öppna frågor hade informanterna möjlighet att svara utan studieförfattarnas delaktighet. Följdfrågorna varierade mellan intervjuerna men då studien syftade till individuella erfarenheter var detta adekvat för att fånga upp det.

För att säkerställa studiens giltighet rekryterades endast informanter med erfarenhet av gruppbaserad behandling för patientgruppen. Detta då de var de enda som kunde besvara studiens syfte. Studien var även frivillig att delta i vilket innebar att informanterna som ingick i studien själva valt att dela med sig av sina erfarenheter (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Något som kunde tala emot studiens giltighet var antalet informanter då det endast var sex. Enligt Carter och Lubinsky (2016) eftersträvas i en intervjustudie att ingen ny information ska tillkomma vid nya intervjuer. Studieförfattarna upplevde att studien uppnådde en variation av erfarenheter som svarade på studiens syfte. Däremot hade möjligtvis större variationer av erfarenheter kunnat upptäckas om fler informanter inkluderats. Eftersom studieförfattarna noggrant har beskrivit urval och även citerat informanterna i resultatet hade läsaren själv möjlighet att tolka studiens giltighet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

Under datainsamlingen genomfördes enskilda intervjuer via Zoom. En fördel med att genomföra enskilda intervjuer är att det eventuellt kan leda till mer privata och personliga erfarenheter vilket är i enlighet med studiens syfte (Carter & Lubinsky, 2016). Studieförfattarna hade kunnat använda sig av fokusgruppintervjuer. Det hade möjliggjort att informanterna kunnat berika varandras erfarenheter (Carter & Lubinsky, 2016). Då informanterna befann sig på olika platser i mellersta Sverige och för att få fram erfarenheter utan påverkan av andra, valdes enskilda intervjuer. Intervjun inleddes med några korta bakgrundsfrågor som var enkla att besvara för att ge allmän information om informanten, innan studieförfattarna gick vidare

med mer resonerande frågor (Britten, 1995). Detta möjliggjorde en god relation till informanten, vilket främjade ett klimat där informanten ville dela med sig av sina erfarenheter (Carter & Lubinsky, 2016).

Under intervjuerna hade såväl informant som studieförfattare kameran på vilket möjliggjorde videosamtal. Videosamtal är att föredra framför telefonsamtal då det även innefattar ickeverbal kommunikation som kroppsspråk, vilket kan vara fördelaktigt ifall informanten inte förstått frågan (Carter & Lubinsky, 2016). Vid två av tillfällena satt studieförfattarna tillsammans under intervjun och vid fyra tillfällen var studieförfattarna på olika platser. När studieförfattarna var på olika platser ställdes ibland följdfrågor samtidigt vilket kan ha påverkat intervjuerna. Under vissa intervjuer förekom även tekniska problem som medförde att ljudet försvann. De tekniska problemen kunde även ha påverkat intervjuernas kvalitet då både studieförfattarna och informanten ibland kom av sig. Detta kan ha haft påverkan på studiens resultat då transkriberingen försvårades.

Eftersom studieförfattarna saknade erfarenhet av att genomföra en kvalitativ innehållsanalys ökade risken för feltolkning av materialet (Graneheim & Lundman, 2004). Vidare studerar studieförfattarna fysioterapi med beteendemedicinsk inriktning vilket kunde ha färgat analysen då de har en viss förståelse för ämnet. Studieförfattarna strävade dock efter att vara så neutrala och opartiska som möjligt under dataanalysen. Under transkribering och analys av data framkom det att vissa svar hade behövt förtydligats av informanten, något som inte uppfattades under intervjuerna. Detta kunde bero på studieförfattarnas avsaknad av erfarenhet.

Då abstraktionsnivån i studien var manifest kunde det stärka studiens tillförlitlighet då den manifesta analysen berör det textnära och uppenbara innehållet (Graneheim & Lundman, 2004). Tillförlitligheten gällande studiens resultat stärktes genom att processen kring dataanalysen beskrivits ingående. Båda studieförfattarna läste igenom transkriberingarna och meningsenheterna samt genomförde kodning och kategorisering gemensamt. Detta medförde att studieförfattarna skapade sig en gemensam bild av materialet. En kontinuerlig process gällande dataanalys och resultat diskuterades med handledare och kurskamrater under arbetets gång. Under resultat presenterades citat från informanterna i syfte att stärka studiens tillförlitlighet. Oenigheter diskuterades mellan studieförfattarna och i vissa fall fick delar av det inspelade materialet lyssnas igen för att säkerställa att studieförfattarna förstått rätt. Det gick dock inte att säkerställa att feltolkning av materialet inte skett. Men då studieförfattarna eftersträvat att vara så textnära som möjligt under analysen har det medfört att risken för feltolkning minimerats (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

5.3 Etikdiskussion

I studien har de etiska överväganden som gjorts utgått från Helsingforsdeklarationen av World Medical Association (2022) etiska principer och riktlinjer som presenterats inom medicinsk forskning. Studieförfattarna hade innan intervjuerna identifierat en risk med deltagande i studien. Den risk som uppmärksammades var att känna sig ifrågasatt i sitt arbete. Studieförfattarna hade avsatt tid efter avslutad intervju om obehag skulle uppstå hos informanterna. Detta var dock inget som uppstod. För att säkerställa informanternas

konfidentialitet hade alla namn och platser som kunnat kopplas till informant eller verksamhet avidentifierats. Då det ej gick att identifiera informanten medförde det förhoppningsvis att de upplevde att de kunde dela med sig av sina erfarenheter utan att känna sig begränsade. För att öka konfidentialiteten hade rekryteringen av informanter kunnat ske med en större spridning. Snöbollsurvalet som tillämpades i studien kan också haft en negativ påverkan på konfidentialiteten då tre informanter var verksamma inom samma verksamhet. Flera av informanterna uttryckte efter avslutad intervju att de tyckte deltagande i studien varit viktigt för att öka förståelsen och kunskapen inom ämnet.

6 SLUTSATS

Syftet med den aktuella studien var att beskriva fysioterapeuters erfarenheter av gruppträning för patienter med mild till måttlig psykisk ohälsa. Resultatet visade att enligt fysioterapeuternas erfarenheter var patientfaktorer, gruppdynamiska faktorer samt teamets inflytande viktiga för patienternas deltagande och följsamhet till behandlingen. Att vara en del av ett gruppsammanhang beskrevs betydelsefullt för patienternas motivation och följsamhet. Resultatet indikerade också att flera träningsformer kunde fungera för patientgruppen, där informanterna beskrev att det inte enbart var pulshöjande aktiviteter som genererat positiva utfall för patienten. Basal kroppskänedom och meditation indikerar också att ge ökat välmående och ökad aktivitet, vilket delvis kan ses som ny kunskap. Viktiga personliga egenskaper hos fysioterapeuten presenterades också i resultatet där det framgick att mycket ansvar lades på ledarens förmåga att skapa motivation, se alla patienter i gruppen, individanpassa samt etablera ett tryggt och öppet klimat inom gruppen. Under rekryteringsfasen hade studieförfattarna svårt att hitta verksamheter där gruppträning som behandlingsform var ett alternativ för patientgruppen. Trots de riktlinjer som finns gällande fysisk aktivitet vid psykisk ohälsa och de positiva erfarenheterna som presenterades i resultatet, tycks inte detta vara ett alternativ för alla patienter med mild till måttlig psykisk ohälsa. De positiva erfarenheter som presenterades i studien kan bidra till att uppmärksamma gruppträning som ett behandlingsalternativ. Det kan även möjliggöra att fler fysioterapeuter inspireras till att använda detta och att fler patienter får kännedom om behandlingsformen och en möjlighet till deltagande.

7 KLINISK BETYDELSE OCH VIDARE FORSKNING

Idag finns det begränsad forskning gällande fysioterapeuters erfarenhet av gruppträning för patienter med mild till måttlig psykisk ohälsa, därav kan en kunskapslucka identifieras. I nuläget ökar den psykiska ohälsan i samhället vilket innebär att fler människor kan tänkas vara

i behov av vård och behandling i framtiden. Att fortsätta forska inom detta område kan därför vara betydande för patientgruppen både i dagsläget och framtiden. Den ökade kunskapen kan leda till att fler fysioterapeuter kan bedriva gruppträning samt att eventuellt fler patienter får möjlighet till behandlingsformen. Studieförfattarnas förhoppning är att studiens resultat kan ge uppslag till nya studier inom området i framtiden.

I framtiden hade det varit intressant att inkludera fler fysioterapeuter för att få en större bild av deras erfarenheter. En intressant undersökningsmetod hade varit att undersöka detta med fokusgruppintervjuer där fysioterapeuter kan berika varandras erfarenheter. Vidare hade det varit intressant att i en kvalitativ studie undersöka patienters upplevelser av gruppträning som behandlingsform. Detta skulle möjliggöra arbete med att förbättra behandlingen i framtiden utifrån patienternas upplevelser. Det kan även vara fördelaktigt med ett patientperspektiv då det endast är de som kan redogöra för sina upplevelser av behandlingen. Det är dock viktigt att ta hänsyn till att patientgruppen kan vara känslig och säkerställa att patienterna har möjlighet till stöd om så skulle behövas.

REFERENSLISTA

- Andersson, E., Hovland, A., Taube, J., Kjellman, B., Hedlund, L., & Martinsen, EW. (2021) Fysisk aktivitet vid depression. M. Emtner, M. Hagströmer & E. Jansson (Red.), *FYSS 2021 Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling* (4 uppl. s. 319-324). Läkartidningen förlag.
- Ambrose, K. R., & Golightly, Y. M. (2015). Physical exercise as non-pharmacological treatment of chronic pain: Why and when. Best practice & research. *Clinical rheumatology*, 29(1), 120–130. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2015.04.022>
- Ardito, R. B., & Rabellino, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in psychology*, 2, 270. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2011.00270>
- Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. (2 uppl.). Studentlitteratur.
- Bandura, A. (1989). *Human Agency in Social Cognitive Theory*. *American Psychologist*, 44 (9), 1175-1184. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.9.1175>
- Broberg, C., & Lenné, R. (2019). *Fysioterapi: Profession och Vetenskap*. Fysioterapeuterna. <https://www.fysioterapeuterna.se/globalassets/professionsutveckling/omprofessionen/fysioterapi-webb-navigering-20190220.pdf>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Britten N. (1995). Qualitative interviews in medical research. *BMJ (Clinical research ed.)*, 311(6999), 251–253. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.6999.251>
- Bushnell, M. C., Ceko, M., & Low, L. A. (2013). Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain. *Nature reviews. Neuroscience*, 14(7), 502–511. <https://doi.org/10.1038/nrn3516>
- Carter, R. E., & Lubinsky, J. (2016). *Rehabilitation research: Principles and applications* (5 uppl.) Elsevier.

- CODEX (2022)., regler och riktlinjer för forskningen, forskning på människor. Uppsala universitet. <https://www.codex.uu.se/>
- Denison, E. & Åsenlöf, P. (2012). Beteendemedicinska tillämpningar i sjukgymnastik. (1. uppl.) Studentlitteratur
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2007). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Folkhälsomyndigheten. (23 juni 2021). *Att förebygga psykisk ohälsa i arbetslivet*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/decaa61b169e4d5689acf11662abce5b/forebygga-psykisk-ohalsa-arbetslivet.pdf>
- Folkhälsomyndigheten. (17 juni 2022a). *Vad påverkar vår psykiska hälsa*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/vad-paverkar-var-psykiska-halsa/>
- Folkhälsomyndigheten. (2 september 2022b). *Vad är psykisk hälsa?* <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/vad-ar-psykisk-halsa/>
- Folkhälsomyndigheten. (30 januari 2023a). *Stress och oro dubbelt så vanligt i grupper som står utanför arbetslivet*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2023/januari/stress-och-oro-dubbelt-sa-vanligt-i-grupper-som-star-utanfor-arbetslivet/>
- Folkhälsomyndigheten. (10 oktober 2023b). *Psykisk hälsa och suicid i Sverige – Statistik om nuläge och utveckling fram till 2022*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/p/psykisk-halsa-och-suicid-i-sverige-2022/?pub=126974>
- Fysioterapeuterna. (23 maj 2019). Evidensbaserat arbetssätt i fysioterapi. <https://www.fysioterapeuterna.se/globalassets/professionsutveckling/om-professionen/evidensbaserat-arbetsatt-i-fysioterapi.pdf>
- Geneen, L. J., R Andrew Moore, Clarke, C., Martin, D., Colvin, L., & Smith, B. H. (2017). Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. The Cochrane Library, 2020(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd011279.pub3>

- Gottschall, J. S., & Hastings, B. (2023). A comparison of physiological intensity and psychological perceptions during three different group exercise formats. *Frontiers in sports and active living*, 5, 1-6. <https://doi.org/10.3389/fspor.2023.1138605>
- 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>
- Hagströmer, M., Leijon, M., Eriksson, U., & Dohrn, I-M. (2021). Åtta investeringar för att främja fysisk aktivitet – som fungerar! M. Börjesson, I-M. Dohrn & A. Onerup (Red.), *FYSS 2021 Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling* (4 uppl., s. 18-22). Läkartidningen förlag.
- Hovland, A., Martinsen, EW., Taube, J., Andersson, A., & Kjellman, B. (2021). Fysisk aktivitet vid ångestsyndrom. M. Emtner, M. Hagströmer & E. Jansson (Red.), *FYSS 2021 Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling* (4 uppl., s. 483-489). Läkartidningen förlag.
- International Society of Behavioral Medicine. (u.å.) What is behavioral medicine. <https://isbm.info/research/what-is-behavioral-medicine>
- Jonsdottir, HI., & Andersson Lindegård, A. (2021). Stress och fysisk aktivitet. M. Börjesson, I-M. Dohrn & A. Onerup (Red.), *FYSS 2021 Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling* (4 uppl., s. 260-266). Läkartidningen förlag.
- Kanamori, S., Takamiya, T., Inoue, S., Kai, Y., Kawachi, I., & Kondo, K. (2016). Exercising alone versus with others and associations with subjective health status in older Japanese: The JAGES Cohort Study. *Scientific reports*, 6(1). <https://doi.org/10.1038/srep39151>
- Kavanagh, D. J., & Wilson, P. H. (1989). Prediction of outcome with a group version of cognitive therapy for depression. *Behaviour Research and Therapy*, 27(10), 333-347. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(89\)90003-X](https://doi.org/10.1016/0005-7967(89)90003-X)
- Lethem, J., Slade, P., Troup, G., & Bentley, G. E. (1983). Outline of a fear-avoidance model of exaggerated pain perception—I. *Behaviour Research and Therapy*, 21(4), 401-408. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(83\)90009-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(83)90009-8)
- Lee, J., Gierc, M., Vila-Rodriguez., Puterman, E., & Faulkner, G. (2021). Efficacy of exercise

- combined with standard treatment for depression compared to standard treatment alone: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 295, 1494–1511. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.09.043>
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund Nielsen & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (3 uppl., s. 219–234). Studentlitteratur.
- Monaco, S., Renzi, A., Galluzzi, B., Mariani, R., & Michela Di Trani. (2022). The Relationship between Physiotherapist and Patient: A Qualitative Study on Physiotherapists' Representations on This Theme. *Healthcare*, 10(11), 2123–2123. <https://doi.org/10.3390/healthcare10112123>
- Pearce, M., Garcia, L., Abbas, A., Strain, T., Schuch, FB., Golubic, R., Kelly, P., Khan, S., Utukuri, M., Laird, Y., Mok, A., Smith, A., Tainio, M., Brage, S., & Woodcock, J. (2022) Association Between Physical Activity and Risk of Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 79(6), 550-559. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.0609>
- Rana, K., Poudel, P., & Chimoriya, R. (2023). Qualitative Methodology in Translational Health Research: Current Practices and Future Directions. *Healthcare*, 11(19), 2665. <https://doi.org/10.3390/healthcare11192665>
- Ranjbar, E., Memari, A. H., Hafizi, S., Shayestehfar, M., Mirfazeli, F. S., & Eshghi, M. A. (2015). Depression and Exercise: A Clinical Review and Management Guideline. *Asian journal of sports medicine*, 6(2), e24055. [https://doi.org/10.5812/asjrm.6\(2\)2015.24055](https://doi.org/10.5812/asjrm.6(2)2015.24055)
- Scholz, U., Doña, B. G., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 18(3), 242-251. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.18.3.242>
- Singh, B., Olds, T., Curtis, R., Dumuid, D., Virgara, R., Watson, A., Szeto, K., O'Connor, E., Ferguson, T., Eglitis, E., Miatke, A., Simpson, C. E., & Maher, C. (2023). Effectiveness of physical activity interventions for improving depression, anxiety and distress: an overview of systematic reviews. *British journal of sports medicine*, 57(18), 1203–1209. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2022-106195>

- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. American Catholic Sociological Society.
- Socialstyrelsen. (30 januari 2017). *Utmattningsyndrom*.
<https://roi.socialstyrelsen.se/fmb/utmattningssyndrom/546>
- Socialstyrelsen. (april 2021). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2021-4-7339.pdf>
- Socialstyrelsen. (20 november 2022). *Vad menas med psykisk hälsa och ohälsa?*
https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/pm_begrepp-inom-området-psykisk-halsa.pdf
- Vancampfort, D., Brunner, E., Van Damme, T., & Stubbs, B. (2023). Efficacy of basic body awareness therapy on functional outcomes: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Physiotherapy research international: the journal for researchers and clinicians in physical therapy*, 28(1). <https://doi.org/10.1002/pri.1975>
- World Health Organization. (17 juni 2022a). Mental Health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- World Health Organization. (5 oktober 2022b). Physical activity. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- World Health Organization. (21 februari 2023). Stress. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress>
- World Medical Association. (6 September 2022). *WMA declaration of Helsinki – ethical principles for medical research involving human subjects*.
<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Young, C, J., Rose, C, D., Mumby, S, H., Capistros-Benitez, F., Derrick, J, C., Finch, T., Garcia, C., Home, C., Marwaha, E., Morgans, C., Parkinson, S., Shah, J., Wilson, A, K., & Mukherjee, N. (2018). A methodological guide to using and reporting on interviews in conservation science research. *Methods in Ecology and Evolution*, 9(1), 10-19.
<https://doi.org/10.1111/2041-210X.12828>

Ölund, H., Danielsson, L., & Rosberg, S. (2018). Anxiety management: Participants' experiences of a physiotherapeutic group treatment in Swedish psychiatric outpatient care. *Physiotherapy Theory and Practice*, 36(2), 276-290.
<https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1485192>

BILAGA A

INTERVJUGUIDE

Bakgrundsinformation:

- Hur länge har du arbetat som fysioterapeut och inom vilka/vilken typ av verksamhet?
- Har du någon mer utbildning utöver grundutbildningen i fysioterapi?
- Hur länge har du jobbat med patienter som har psykisk ohälsa?
- Hur länge har du använt dig av gruppträning som en del av behandlingen för patientgruppen?
- Hur stora är träningsgrupperna?
- Finns det några "krav" för att få vara med alternativt ej vara med?
- Hur många gruppstillfällen i veckan brukar ni erbjuda patienten?

Intervjufrågor:

1. Vilken form av gruppträning bedriver du och hur kommer det sig att det är just den?
Följdfråga: Finns det andra former av gruppträning i er verksamhet? Om ja, får patienterna välja vilken av dessa de får delta i?
2. Kan du berätta hur går det till vid ett träningstillfälle, själva upplägget och tidsram?
Följdfråga: Finns det ett färdigt program? Sker det någon individanpassning?
3. Hur går det till när gruppträning kommer upp som behandlingsalternativ?
4. Finns det något som är extra viktigt att tänka på när man bedriver gruppträning för den här patientgruppen utifrån psykologiska faktorer hos patienten?
5. Vilka fördelar ser du med att bedriva träning i grupp jämfört med individuell träning?
6. Finns det någon utmaning med att leda gruppträning för den här patientgruppen?
7. Hur motiverar ni patienterna till träningen?
8. Hur utvärderar ni gruppträningen?
Följdfråga: Använder ni några skattningsskalor till hjälp och vilka?
9. Hur upplever du att patienterna svarar på gruppträning som behandling?
10. Brukar det behövas fler behandlingar utöver gruppträning?
Följdfråga: Om fler behandlingar, vilka?
11. Har du något du vill tillägga som du tycker att vi har missat?

BILAGA B

MUNTLLIG INFORMATION INNAN INTERVJU

Tack för att du vill ställa upp på en intervju och delta i vår studie.

Innan vi drar i gång skulle vi behöva ditt skriftliga samtycke. Och innan det vill vi bara försäkra dig om att studien är frivillig och att det alltid går att dra sig ur när som helst utan att behöva förklara någon orsak. Vid eventuellt avhopp kommer den data som redan samlats in kunna användas i studien.

Som du redan vet så kommer intervjun att spelas in. Det är bara vi studieförfattare och vår handledare som kommer kunna ta del av materialet och det kommer att förvaras på en lösenordskyddad dator. Efter transkribering och kodning kommer materialet inte gå att koppla till dig eller din verksamhet. Efter godkänt arbete kommer allt material raderas.

Intervjun består först av några grundfrågor för att få lite bakgrundsinformation. Vidare består intervjun av 11 huvudfrågor och några följdfrågor. Försök svara så utförligt som möjligt. Har du några frågor innan vi kör i gång?

BILAGA C

FÖRFRÅGAN OM DELTAGANDE

Hej!

Vi heter Monica Ognjenovic och Molly Gustafsson och vi studerar till fysioterapeuter på Mälardalens Universitet. Vi skriver ett examensarbete som handlar om fysioterapeuter/sjukgymnasters erfarenheter av gruppträning för patienter med mild till måttlig psykisk ohälsa. För att genomföra arbetet vill vi göra individuella intervjuer med 6–8 fysioterapeuter/sjukgymnaster som arbetat/arbetar med just detta. Den uppskattade tiden för en intervju är cirka 30 till 40 minuter och kommer att ske på en plats och tid efter överenskommelse med informanten.

För att genomföra studien behöver vi ditt skriftliga godkännande samt be om din hjälp att vidarebefordra det informationsbrev som finns bifogat till fysioterapeuter som arbetar med gruppträning för patientgruppen på er verksamhet. Om du har frågor kontakta oss gärna på.

Vi skickar med ett informationsbrev och samtyckesblankett.

Tack på förhand!

Med vänliga hälsningar

Monica Ognjenovic & Molly Gustafsson

BILAGA D

INFORMATIONSBREV

Förfrågan om deltagande i en studie för att beskriva fysioterapeuter/sjukgymnasters erfarenheter av gruppträning för patienter med mild till måttlig psykisk ohälsa.

Vi heter Molly Gustafsson och Monica Ognjenovic och vi är två studenter från fysioterapeutprogrammet på Mälardalens universitet, som skriver ett examensarbete inom fysioterapi med beteendemedicinsk inriktning.

Bakgrund: Det finns flera studier som påvisar hur fysisk aktivitet kan användas som ett komplement vid behandling av psykisk ohälsa. Det har även visat sig vara effektivt att utföra den fysiska aktiviteten i grupp. Fysioterapi omfattar kunskap om människan som en fysisk, psykisk, social och existentiell helhet i ett hälsoperspektiv. I centrum för kunskapen står förståelse av kroppen, dess rörelse och funktion samt interaktion med andra och med miljön. Det finns idag få studier om gruppträning som behandling vid mild till måttlig psykisk ohälsa i Sverige. För att få en ökad förståelse av fysioterapeutiskt ledd gruppbehandling kommer fysioterapeuters/sjukgymnasters erfarenheter att beskrivas i studien.

Syfte: Syftet är att beskriva fysioterapeuter/sjukgymnasters erfarenheter av gruppträning för patienter med mild till måttlig psykisk ohälsa.

Förfrågan om deltagande: Kriterierna för att delta i studien är att du är fysioterapeut/sjukgymnast och har erfarenhet av att bedriva gruppbaserad behandling innehållande någon form av fysisk aktivitet för patienter med mild till måttlig psykisk ohälsa. Med fysisk aktivitet menar vi all form av kroppsliga övningar. Inom detta inkluderas även aktiviteter såsom medicinsk yoga samt basal kroppskänedom i studien, så länge detta sker i grupp ledd av fysioterapeut/sjukgymnast.

Tillvägagångssätt: Studien tillämpar en kvalitativ metod vilket betyder att fokuset ligger på individens erfarenheter av ett visst ämne. Ditt eventuella deltagande innebär en individuell intervju med frågor om din erfarenhet av att arbeta med gruppträning för patientgruppen. Intervjun beräknas ta 30–40 min och kommer att spelas in med diktafon. Tid och plats för intervjun kommer att bestämmas i samråd mellan dig och studieförfattarna, som båda kommer att vara närvarande vid intervjuerna. Intervjuerna kommer ske via Zoom eller per telefon. Det inspelade materialet kommer sedan att transkriberas till text och

förvaras på en lösenordskyddad dator. All information är konfidentiell så att ingen data kan kopplas till dig eller din arbetsplats. Vid godkänt examensarbete kommer all data att raderas. Studien kommer presenteras som en uppsats vid Mälardalens universitet.

Fördelar med att delta i studien: Genom att delta i studien bidrar du till ökad kunskap och förståelse för betydelsen av fysioterapeutiskt ledd gruppträning vid psykisk ohälsa. Då det finns en kunskapslucka gällande detta i dagsläget kan studiens resultat ge inspiration till nya studier inom området och en utveckling av fysioterapin för patientgruppen.

Risker med att delta i studien: Under en intervju om sitt eget arbete kan det kännas som att ens kompetens eller arbetssätt bedöms eller testas, men det är absolut inte syftet med studien. Vi vill endast ta del av din professionella erfarenhet kring gruppträning vid mild till måttlig psykisk ohälsa, som belyser hur gruppträningen ser ut idag. Deltagandet är helt och hållet frivilligt och du kan när som helst under studiens gång välja att avsluta medverkan utan att ge någon förklaring.

Om du är intresserad av att delta i studien eller har eventuella frågor, vänligen hör av dig till någon av oss:

Monica Ognjenovic, mejl: xxxxxxxx@student.se , telefon: 07x-xxxxxxx

Molly Gustafsson, mejl: xxxxxxxx@student.mdu.se , telefon: 07x-xxxxxxx

Handledare: Birgitta Widerström, mejl: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx@mdu.se



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