



**MÄLARDALENS HÖGSKOLA**  
**ESKILSTUNA VÄSTERÅS**

# FYSIOTERAPEUTERS OCH PATIENTERS UPPFATTNING OM MÅLSÄTTNING FÖR POSTOPERATIV REHABILITERING VID KNÄPLASTIKOPERATION

En kvalitativ intervjustudie

**ELEONOR JONSSON**

Akademien för hälsa, vård och välfärd  
Fysioterapi  
Avancerad nivå  
15hp  
Examensarbete i fysioterapi  
VSG009

*Handledare: Maria Sandborgh*  
*Examinator: Anna Ullenhag*

*Datum: 14/9 - 2015*

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Knäledsartros är en av världens vanligaste ledsjukdomar. Behandlingen för denna ledsvikt är främst konservativ i form av information, träning, smärtlindring och hjälpmedel. Men när den konservativa behandlingen inte hjälper kan man operera in en knäledsprotos. Efter kirurgin är det av största vikt att patienten genomför en god rehabilitering handled av en fysioterapeut. Ett bra verktyg för att motivera patienten i rehabiliteringen är att sätta upp ett eller flera aktivitetsbundna mål.

**Syfte:** Att beskriva hur patienter med knäplastik och fysioterapeuter upplever ett samtal kring målsättning för den postoperativa rehabiliteringen. Vidare är syftet att beskriva vilka rehabiliteringsmål som sattes enligt fysioterapeuten och patienten.

**Metod:** En kvalitativ intervjustudie, med induktiv ansats. Intervjuerna som genomfördes var semistrukturerade och utfördes på patienter som opererats med knäplastik och på fysioterapeuter som arbetar med patientgruppen. Informanterna tillfrågades efter ett bekvämlighetsurval. Detta gav 8 informanter som delades upp parvis, en patient och en fysioterapeut. Två kvalitativa innehållsanalyser genomfördes på materialet som delades upp i huvudkategorier och underkategorier.

**Resultat:** Nio kategorier framkom gällande upplevelser av ett målsättningsamtal: struktur på målsättningsamtalet, diskuterar inte mål, att sätta långsiktiga mål, målsättningsprocessen, mål är personligt, tidsbrist, sätta ord på mål, specificera mål och fysioterapeut sätter mål. En kategori, målsättning, beskrev vilka rehabiliteringsmål som sattes enligt fysioterapeut och patient.

**Slutsatser:** Ett målsättningsamtal upplevs på olika sätt av fysioterapeut och patient, men det finns även vissa likheter. Målsättningsamtalet är ofta en komplicerad process som handlar om tillit, att fysioterapeuten lyssnar på patienten och upplever att denne har tid för detta samt att man strävar efter ett SMART mål.

**Nyckelord:** *beteendemedicin, fysioterapi, målsättning, upplevelse, knäplastik*

## ABSTRACT

**Background:** Knee osteoarthritis is one of the world's most common joint diseases. The treatment for this is primarily conservative in terms of information, training, pain relief and appliances. But when the conservative treatment doesn't help, you can operate in a knee joint prosthesis. After surgery, it is imperative that the patient carries a good rehabilitation supervised by a physiotherapist. A good tool to motivate the patient in rehabilitation is to set up one or more activity-bound goals.

**Aim:** To describe how patients with knee replacement and physiotherapists are experiencing a conversation about goals for the post-operative rehabilitation. Furthermore, the aim is to describe the goals for the rehabilitation according to physiotherapist and the patient.

**Method:** A qualitative study, inductive approach. The interviews conducted were semi-structured and conducted in patients who had received a knee replacement and physiotherapists who work with the patient group. The informants were asked for a convenience sample. This gave 8 informants who were divided in pairs, a patient and physiotherapist. Two qualitative content analysis was performed on the material which was divided into main categories and subcategories.

**Result:** Nine categories emerged regarding experiences of a target call: the structure of objective conversation, do not discuss goals, to set long-term goals, goal setting process, the goal is personal, lack of time, put words on goal, specify objectives and physiotherapist set goals. One category, objective, described the goals for the rehabilitation according to the physiotherapist and patient.

**Conclusions:** A goal setting process is experienced differently by a physiotherapist and patient, but there are also some similarities. Objectives the goal discussion is often a complicated process that involves trust, physiotherapist listening to the patient and the experience that the physiotherapist has time for this, and that the goal is a SMART goal.

**Keywords:** *behavioral medicine, physiotherapy, goal setting, experience, total knee replacement*

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 1.    | BAKGRUND .....  | 6  |
| 1.1   | Inledning .....   | 6  |
| 1.2   | Knäledsartros och dess behandlingar .....                       | 6  |
| 1.2.1 | Konservativa behandlingsmetoder .....                           | 7  |
| 1.2.2 | Kirurgisk behandling.....                                       | 8  |
| 1.3   | Postoperativ rehabilitering .....                               | 9  |
| 1.4   | Målsättning .....   | 10 |
| 1.5   | Postoperativ rehabilitering på en ortopedkirurgisk klinik ..... | 12 |
| 1.6   | Problemformulering .....  | 12 |
| 2.    | SYFTE .....   | 13 |
| 3.    | METOD.....  | 13 |
| 3.1   | Ansats .....  | 13 |
| 3.2   | Urval.....  | 13 |
| 3.3   | Datainsamlingsmetod .....                                       | 14 |
| 3.4   | Genomförande.....   | 15 |
| 3.5   | Databearbetning och dataanalys .....                            | 15 |
| 3.5.1 | Genomförande av databearbetning och dataanalys .....            | 16 |
| 3.6   | Etiska överväganden .....                                       | 18 |
| 4.    | RESULTAT .....  | 19 |
| 4.1   | Beskrivning av upplevelse av ett målsättningssamtal .....       | 19 |
| 4.1.1 | Struktur på målsättningssamtalet.....                           | 20 |
| 4.1.2 | Diskuterar inte mål .....                                       | 21 |
| 4.1.3 | Långsiktiga mål .....   | 21 |
| 4.1.4 | Målsättningsprocessen .....                                     | 22 |
| 4.1.5 | Mål är personligt.....  | 23 |
| 4.1.6 | Tidsbrist .....   | 23 |
| 4.1.7 | Sätta ord på mål .....  | 23 |
| 4.1.8 | Specificera mål.....  | 24 |
| 4.1.9 | Sjukgymnasten sätter mål.....                                   | 24 |
| 4.2   | Beskrivning av rehabiliteringsmål.....                          | 25 |
| 4.2.1 | Målsättningen .....   | 25 |
| 5.    | DISKUSSION.....   | 26 |

|     |                         |    |
|-----|-------------------------|----|
| 5.1 | Metoddiskussion.....    | 26 |
| 5.2 | Resultatdiskussion..... | 29 |
| 5.3 | Etikdiskussion.....     | 31 |
| 6.  | SLUTSATS.....           | 31 |
| 7.  | <b>REFERENSER</b> ..... | 32 |
|     | BILAGA 1.....           | 35 |
|     | BILAGA 2.....           | 36 |
|     | BILAGA 3.....           | 38 |

# **1. BAKGRUND**

## **1.1 Inledning**

Knäledsartros är en av världens vanligaste ledsjukdomar och insjuknandet ökar i och med att världens befolkning blir allt äldre (Rosal, Ayers, Li, Oatis, Borg & Zheng, 2011). Kvinnor drabbas i större utbredning än män, detta gäller internationellt och inte bara i Sverige. Det är ännu oklart varför vissa drabbas och andra inte, vissa riskfaktorer har man dock studerat. Dessa är ärftlighet, övervikt samt att risken för att drabbas av artros ökar om man tidigare ådragit sig en knäskada (Socialstyrelsen, 2012). Denna diagnos hotar en aktiv livsstil och mycket tyder på att handledd rehabilitering behövs för ökad aktivitet, minskad smärta samt ett mera hälsosamt leverne för personer med knäledsartros (Veenhof, van Hasselt, Köke, Dekker, Bijlsma, & van den Ende, 2006; Knittle, de Gucht, Hurmans, Vliet Vlieland, Peeters & Runday, 2011).

Artros behandlas i första hand konservativt genom fysioterapi samt information om tillståndet (BOAregistret, 2015). Ansvarig läkare kan även förskriva läkemedel för smärtlindring samt antiinflammatoriska preparat (Roos, 2008). När artros-tillståndet blir allt för plågsam för individen och hotar dennes livsstil är proteskirurgi ett fördelaktigt alternativ då det är tids- och kostnadseffektivt (Rosal, et.al., 2011). För att återfå en god funktion efter kirurgin bör en långsiktig rehabilitering starta postoperativt. Denna rehabilitering bör ledas av fysioterapeut som kan stödja patienten att följa rehabiliteringsplanen så att denne därmed återfår en, för patienten, god funktion i knäet (Artz, Elvers, Lowe, Sackley, Jepson, & Beswick, 2015).

## **1.2 Knäledsartros och dess behandlingar**

Artros är mycket vanligt och förknippas ofta med en åldrande population. Men artros kan drabba människor i alla åldrar. I åldrarna 35-54 år har ungefär 5 % av Sveriges befolkning radiologiska fynd på artrostecken. Dock ökar förekomsten av artros hos populationen över 60 år (Lohmander, 1995; Woolf & Pfleger, 2003).

Kännetecknen för artros är obalansen mellan nedbrytning och uppbyggnad av brosk. Detta gör att man kan beteckna artros som en ledsvikt. Knäartros återfinns oftast mera medialt än lateralt i leden. Brosket blir på grund av sjukdomen gropigt och ojämnt istället för att vara en helt slät yta. Detta gör att femur och tibia successivt kommer i mer och mer kontakt med varandra, vilket orsakar smärta och dysfunktion. Symtom av artros är just smärta och dysfunktion samt svullnad, förändrad vinkel i leden och inflammation i ledkapseln (Lindgren & Svensson, 2014).

Idag finns inget botemedel eller bromsmedicin mot artros men det finns olika behandlingsmetoder för att lindra symtomen och förbättra livskvaliteten för den drabbade (Roos, 2008).

### 1.2.1 Konservativa behandlingsmetoder

Eftersom artros leder till en sviktande funktion av knäleden misstolkas denna ledsvikt ofta som en "nedslitning" av brosket. Detta är något som är missledande då en del patienter ofta tror att de då ska skydda leden från belastning och rörelse (Shrier, 2004). Balansen mellan uppbyggnad och nedbrytning av brosket korrigeras just av dynamisk belastning, det är därför av största vikt att röra på sig trots sin artros (Felson, Niu, Clancy, Sack, Aliabadi, & Zhang, 2007). Genom att hålla sig fysiskt aktiv kan man stärka musklerna kring leden, detta leder till att musklerna kan avlasta knäet. Träningen i sig kan göra ont, men detta är en helt ofarlig smärta. Smärtan som kan uppstå vid fysisk träning ska avta om några timmar för att återgå till den ursprungliga smärtan. Om man är överviktig är det till stor nytta att gå ned i vikt för att minska belastningen på leden ytterligare (Roos, 2008).

En intervention vid artros är att delta vid en så kallad artrosskola. En artrosskola är en utbildning för personer med artros ofta ledd av fysioterapeuter. Denna utbildning innefattar information som kombineras med lämplig träning. Informationen patienterna får innehåller bland annat anatomi och innebörden med artros, vad de kan göra för att ta god hand om sin drabbade led samt eventuell utprovning av hjälpmedel för en enklare vardag eller ett gånghjälpmedel för att upprätthålla ett gott gångmönster (BOA-registret, 2015).

Den drabbade kan även vara hjälpt av olika läkemedel för att dämpa smärta och inflammation. Men när inte information, träning eller läkemedel längre hjälper patienten kan en operation vara lämplig (Viberg, 2014).

### 1.2.2 Kirurgisk behandling

I Sverige utförs cirka 10 000 knäplastikoperationer varje år (Thorstensson, 2014). Avgörande för kirurgisk åtgärd är grad av leddestruktion enligt röntgen, smärta från leden och ledens funktion (Roos, 2008).

Vid proteskirurgi ersätter man det skadade brosket med en protes. Just ledproteskirurgi startade på 1960- talet och sedan dess har operationsteknik och ledproteserna utvecklats enormt. Knäproteser ersätter tibias- och femurs ledytor. Dessa finns i olika modeller hel- eller halvproteser, de fästes med cement eller genom så kallad ocementerad teknik (Secretariat, 2005). I vissa fall kan även patellas ledyta behöva ersättas med en protes, denna kallas för "patellaknapp". Proteserna är anatomiskt utformade och efterliknar knäets anatomi. Den vanligaste utformningen av proteserna är att femurkomponenten är i metall och tibiakomponenten är i plast. Valet av ocementerad eller cementserad teknik handlar om hur protesens befästs i patienten. Med ett bencement eller genom att låta kroppen läka in protesens i skelettet. Valet av befästning avgörs alltså som oftast av patientens ålder. De yngre patienterna (under 65 år) erhåller en ocementerad protes. Detta för att minska risken med proteslossning eller infektion, samt att denna patientkategori ofta behöver byta sin tibiakomponent senare i livet. Det är då vid revisionsoperationen lättare att frigöra en ocementeradprotes än en cementserad. Hel- eller halvprotes beslutas efter hur röntgenfynden ser ut. Någon med artros endast på ena sidan av knäet erhåller en halvprotes (halva tibia och halva femur), men den vanligaste protesens är den som täcker hela ledytorna (Carlsson & Johansson, 1999). Den typ av protes som används vid mest frekvent i Sverige (BOAregistret, 2015) kallas för Sigma Total Knee System PFC, och kallas inom ortopedi endast för Sigma eller PFC (DePuySynthes, 2015). I detta arbete kommer denna protes att kallas enbart för PFC.



Att genomföra en knäplastik är ingen snabb lösning utan innebär en lång rehabilitering för patienten. Syftet med proteskirurgin är just att minska patientens smärta och öka patientens aktivitetsgrad (Roos, 2008).

### **1.3 Postoperativ rehabilitering**

Det anses ha stor betydelse att patienter efter en ortopedisk operation utför lämplig fysisk träning för att därigenom uppnå en god funktion av den opererade extremiteten (Lindgren och Svensson, 2007). Denna rehabilitering startar direkt postoperativt och fortlöper under 6-12 månader. Den enda restriktionen som finns efter operationen är att man avråder från träningsformer med mycket hopp eller löpning. Detta för att just dessa aktiviteter bryter långsiktigt ned tibiakomponenten i protesen, vilket kan medföra en tidig revisionsoperation. Rehabiliteringen är i början smärtsam för patienten och handlar primärt om att klara vardagliga aktiviteter samt att träna upp rörligheten i leden. Patienten ska även använda kryckor så länge som denne haltar för att undvika att lära in ett felaktigt gångmönster (Lindgren & Svensson, 2014). Rehabiliteringen ska handledas av fysioterapeut och bör följa en rehabiliteringsplan. Fysioterapeuten bör informera om vikten av god rehabilitering, planera denna och instruera patienten i dennes rehabilitering (Artz, Elvers, Lowe, Sackley, Jepson, & Beswick, 2015). Som ett hjälpmedel bör långsiktiga och kortsiktiga mål sättas upp för en god följsamhet till rehabiliteringen samt för att motivera patienten till träningen (Veenhof, van Hasselt, Köke, Dekker, Bijlsma, & van den Ende, 2006). Mål för rehabiliteringen bör bestämmas genom en målsättningsdiskussion mellan patient och fysioterapeut (Socialstyrelsen, 2010).

Hur man utformar ett strukturerat målsättningssamtal vid rehabilitering av patienter har hittills baserats på beprövad yrkeserfarenhet snarare än på evidens. Detta trots att det finns evidensbaserade metoder för målsättning och hur ett målsättningssamtal bör gå till, exempelvis GAS (Goal Attainment Scaling) (Kiresuk, Smith, & Cardillo, 2014).

## 1.4 Målsättning

Inom all fysioterapeutisk verksamhet ingår att tillsammans med patienten sätta mål för rehabiliteringen (Broberg & Tyni-Lenné, 2009). Denna målsättning ska baseras på diagnos, prognos, patientens tilltro till sin förmåga att kunna utföra specifika aktiviteter (self-efficacy) och vad som för patienten upplevs som viktiga mål att nå (Gyurcsik, Estabrooks, & Frahm-Templar, 2003). Mål ska sättas i samarbete mellan patienten och fysioterapeuten och även gärna med patientens närmaste sociala omgivning (Locke & Latham, 2002). Målen som planeras in ska vara specifika, mätbara, aktivitetsbundna, realistiska och tidsbundna, även förkortat **SMART** (Siegert & Taylor, 2004; BovendÉerd, Botell & Wade, 2009).

Att följa ett mål eller en rehabiliteringsplan innebär ofta en beteendeförändring för patienten. Flera teorier och modeller behandlar just beteendeförändringar och tar då även upp målsättningens betydelse. Dessa teorier och modeller tar dock upp beteendeförändring, mål och målsättning generellt och inte specifikt för patienter inom hälso- och sjukvården (Levack, Taylor, Siegert, & Dean, 2006). Vid målsättning bör man ta hänsyn till fem olika faktorer för att behandlingsplanen ska följas och för att målet ska uppnås: upplevd allvarlighetsgrad av patienten angående rådande tillstånd som är bakgrunden till behandlingen, hur patienten upplever risken med att ej fullfölja behandlingen och uppnå behandlingsmålet, eventuella fysiska och psykiska konsekvenser av behandling och beteendeförändring samt en delaktig och positiv omgivning (Janz & Becker, 1984).

Att sätta mål för en rehabiliteringsperiod kan vara tidskrävande och processen kan vara komplex när man guidar patienten att komma fram till ett mål som är SMART (Specifikt, Mätbart, Aktivitetsbaserat, Realistiskt, Tidsbestämt). Målet blir också tydligare och mer realistiskt om behandlaren fungerar som en guide under målsättningssamtalet och låter personen själv fundera över sina resurser, problem och vilket mål som är aktuellt. Önskvärt är också om målet är baserat på SMART, är individuellt, går att planera samt strukturera tidseffektivt (Bovend´Eerd, Botell, & Wade, 2009).

Att guida en person till ett lagom svårt mål är mycket viktigt för att personen ska fullfölja planen och nå sitt behandlingsmål. För svåra mål leder oftast till att personen ser målet som omöjligt att uppnå och hen tappar därmed motivationen att uppnå det.

För enkla mål gör att individen inte behöver utföra någon ansträngning för att nå målet. Även detta leder till att individen kan tappa motivationen och en eventuell förändring kommer inte att ske (Locke & Latham, 2002). En person som har erfarenhet av målsättning har vanligen enklare att under ett målsättningsamtal komma fram till ett lagom svårt mål (Gyurcsik, Estabrooks, & Frahm-Templar, 2003).

Som behandlare gäller det även att vara uppmärksam på om patienten är mogen för att diskutera målsättning och den potentiella beteendeförändringen. Ett långsiktigt mål kan ses som en guide till hur behandlingen kommer gå till och ger ett underlag för att utvärdera resultatet av behandlingen. Detta långsiktiga mål bör brytas ned i flera kortsiktiga mål som är aktivitetsbundna och som ligger nära i tiden (Prochaska & Velicer, 1997).

När ett mål sätts är det viktigt att ta hänsyn till individens self-efficacy. En person med hög self-efficacy inför det satta målet, kommer i större utsträckning klara att uppnå målet, än en person med låg self-efficacy. Att klara ett delmål stärker individens self-efficacy och ökar sannolikheten för att individen kommer att klara nästa delmål. Skulle individen misslyckas med att nå ett mål sjunker self-efficacy, vilket kan hindra personen från att uppnå andra mål eller utföra en specifik aktivitet (Zimmerman, 2000; Knittle, et.al., 2011).

Under en rehabiliteringsperiod kan det uppstå bakslag. Det är då viktigt med goda copingstrategier för att hantera detta. En copingstrategi är en individs sätt att hantera motgångar, problem, känslor eller situationer som ofta är förknippade med stress (Prochaska & Velicer, 1997).

Att ge feed-back (medvetandegöra resultat och utförande) under en behandlingsperiod är mycket viktigt för att personen ska hålla motivationen uppe. Denna feed-back ska ges av så väl behandlare som omgivningen. Feed-back ska vara konstruktiv i både positiv och negativ bemärkelse. Den ska alltså belysa framstegen som hen gör, men även hjälpa individen att hantera de eventuella motgångarna i behandlingen (Veenhof, van Hasselt, Köke, Dekker, Bijlsma, & van den Ende, 2006)

### **1.5 Postoperativ rehabilitering på en ortopedkirurgisk klinik**

Efter en elektiv knäplastikoperation erbjuds patienterna vid en ortopedkirurgisk klinik i Mellansverige åtta veckors träning i grupp, handledd av fysioterapeuter. Under denna träningsperiod är rörelseträningen i fokus, för att sedan följas upp av stabilitetsträning av leden. Efter träningsperioden hänvisas patienterna till externa fysioterapeuter för fortsatt rehabilitering. En uppföljning sker sedan vid tre månader postoperativt vilket är cirka 4 veckor efter att patienten har avslutat gruppträningen på sjukhuset. Denna uppföljning sker hos fysioterapeuterna på den ortopediska kliniken.

Vid uppföljningen görs en klinisk undersökning av det opererade knäet. Ett samtal förs också kring hur tiden på sjukhuset varit, hur träningen för patienten har sett ut dessa första tre månader postoperativt samt hur träningen ska planeras i fortsättningen. Angående fortsatt rehabilitering diskuteras aktuella mål, kommande kortsiktiga mål samt långsiktiga mål för rehabiliteringen. Vad som exakt ska ingå i tremånadersuppföljningen anges i en mall som finns på den aktuella kliniken. Uppföljningen varar i cirka 45 minuter.

### **1.6 Problemformulering**

Antalet patienter som drabbas av knäledsartros ökar. För vissa kan en kirurgisk åtgärd i form av en plastikoperation vara nödvändig för att minska smärtan samt bevara den fysiska aktiviteten hos personen. Postoperativt är fysioterapeuten en betydande roll för att patienten ska uppnå ett gott slutresultat.

I tidigare utförda studier på mål och målsättning har man kunnat se att ett mål kan vara en motivator för patienten under behandlingstiden samt ett mått på resultatet av behandlingen. Ett målsättningsamtal bör vara en kommunikation mellan behandlare och patienten. Behandlaren ska guida och stötta patienten i dennes målsättning då det är viktigt att patienten själv bestämmer sitt/sina mål. Ett mål bör alltid vara SMART, det vill säga specifikt, mätbart, aktivitets bundet, realistiskt och tidsbundet.

Författaren till denna uppsats arbetar på en ortopedkirurgisk klinik. På kliniken erbjuds patienter som har genomgått en knäledsplastik åtta veckors rehabilitering och slutligen en kontroll vid tre månader postoperativt. Vid kontrollen tre månader efter operationen förs ett målsättningsamtal för den fortsatta rehabiliteringen. Då

denna målsättning aldrig följs upp på sjukhuset vore det därför intressant att undersöka patienters och fysioterapeuters upplevelse av samtalet kring målsättning för den fortsatta rehabiliteringen samt vilka mål som sattes enligt patient och fysioterapeut. Studien utförs därmed för att öka förståelsen för hur samtalet gällande mål och målsättning upplevs av patient och fysioterapeut. Detta för att på kliniken förbättra rutinen kring denna uppföljning samt belysa de upplevelser som eventuellt framkommer.

## **2. SYFTE**

Syftet är att beskriva hur patienter med knäplastik och fysioterapeuter upplever ett samtal kring målsättning för den postoperativa rehabiliteringen. Vidare är syftet att beskriva vilka rehabiliteringsmål som sattes enligt fysioterapeuten och patienten.

## **3. METOD**

### **3.1 Ansats**

För att besvara studiens syfte utfördes semistrukturerade intervjuer under våren 2015. Detta genomfördes med en kvalitativ ansats för att lyfta fram individernas unika erfarenheter av ett fenomen (Kvale, 2014). Kvalitativa metoder syftar ej till att kartlägga eller mäta, utan man vill beskriva, identifiera eller förstå okända eller otillräckligt kända företeelser och processer (Domholdt, 2005).

### **3.2 Urval**

För studien användes ett matchat bekvämlighetsurval då de patienter och fysioterapeuter som fanns vid en klinik tillfrågades om deltagande (Tjora, 2012). Urvalet i studien var 4 stycken fysioterapeuter som arbetar med patienter som opererats med knäplastik på en ortopedkirurgisk klinik i Sverige, samt 4 stycken patienter som har blivit opererade med en PFC-plastik på samma klinik. Urvalet

skedde parvis av den patient och den fysioterapeut som träffats för en tremånaderskontroll efter en knäplastikoperation.

Patienter och fysioterapeuter som medverkade genomförde en tremånaderskontroll för knäplastik under våren 2015. *Exklusionkriterier* var kognitiv nedsättning samt bristande kunskaper i det svenska språket. Detta för att utesluta missförstånd, svårtydda svar samt befarade svårigheter med att föra ett djupgående samtal genom en tolk.

Det slutgiltiga urvalet blev 4 par bestående av en patient och en fysioterapeut i varje par. Patienterna var i åldrarna 45 till 81, och var 1 man och 3 kvinnor.

Fysioterapeuterna hade arbetat mellan år 2001 och 2013 vid kliniken, och alla var kvinnor.

### **3.3 Datainsamlingsmetod**

Intervjuerna var semistrukturerade vilket betyder att det fanns ett antal öppna huvudfrågor i en intervjuguide (se Bilaga 1) att följa för intervjuaren, och att respondenten tilläts tala fritt (Alvehus, 2013). Intervjuaren gavs då även möjlighet att ställa följdfrågor enligt intervjuguiden. Ytterligare följdfrågor behövdes vid de intervjuer där ej tillräcklig datamängd kring syftet samlades in via huvudfrågorna. Exempel på följdfrågor kunde vara: "Hur tänker du då?" och "Kan du förklara lite mera?".

Intervjuguiden var utformad för att besvara syftet. Intervjufrågorna handlade om mål och målsättning, samt upplevelserna av samtalet kring detta.

Två provintervjuer genomfördes innan datainsamlingen påbörjades. Provintervjuerna genomfördes för att möjliggöra justeringar i intervjuguiden och intervjutekniken (Tjora, 2012). Intervjutekniken justerades efter provintervju ett så att intervjuaren var mera tyst under intervjun och tillät längre stunder med tystnad. Efter provintervju två stod det klart att intervjuguiden var väl fungerande, och att den förändrade intervjutekniken var mera lämplig. Ingen av provintervjuerna inkluderades senare i studien. Provintervju ett exkluderades på grund av att intervjutekniken behövde förändras och provintervju två exkluderades för att deltagaren ej ville delta i studien.

### **3.4 Genomförande**

När lämpliga deltagare till studien återfanns i bokningarna för tremånadersuppföljning fick författaren ett messenger i journalsystemet Cosmic från tidsbokningen för paramedicin. Författaren kontrollerade då att patienten kunde inkluderas innan de blev tillfrågade om deltagande. Alla potentiella patienter i studien blev tillfrågade primärt över telefon av författaren och erhöll sedan en skriftlig information om studien (se bilaga 2) om intresse för deltagande fanns. Alla fysioterapeuter i studien tillfrågades på arbetsplatsen av författaren och erhöll skriftlig information om studien (se bilaga 3) om intresse för deltagande fanns. Till informationsbladet fanns också en samtyckesblankett som skulle skrivas under av den som accepterade deltagandet. Samtyckesblanketten lämnades in vid intervjudagen till intervjuaren (se i bilaga 2 och 3). Dessa blanketter sparas i 3 år för att styrka att deltagarna har deltagit på egen fri vilja. Detta för att förhindra komplikationer i framtiden gällande deltagandet i studien.

Intervjuerna skedde direkt efter tremånaderskontrollerna för patienterna. Intervjuerna skedde under samma dag som kontrollerna utfördes. Alla intervjuer skedde i ett samtalsrum, med stängd dörr, på sjukhuset i nära anslutning till fysioterapimottagningen. Intervjuerna spelades in med en diktafon som fanns tillgänglig på den ortopediska kliniken. Ljudfilen sparades sedan över till en av klinikens datorer och sedan på ett USB-minne. Ljudfilen raderades från diktafonen direkt efter att den fanns i fungerande format på USB-minnet.

Därefter transkriberades intervjuerna ordagrant och händelseenligt, dessa transkriberingar sparades sedan på samma USB-minne som tidigare använts för ljudfilerna. Detta förvarades i ett låst skåp på mottagningen under hela uppsatsskrivningen.

En sammanfattning av intervjuerna skrevs och lästes upp över telefon eller vid ett direktmöte för informanterna. Dessa fick då godkänna att sammanfattningen av intervjun var korrekt och sanningsenlig.

### **3.5 Databearbetning och dataanalys**

Metoden kvalitativ innehållsanalys valdes för att analysera textmaterialet. Detta valdes då metoden lämpar sig för transkriberade intervjuer på grund av att den inte

utgår ifrån några bakomliggande grundantaganden (Graneheim & Lundman, 2004). Innehållsanalysen i studien kallas även konventionell innehållsanalys. Den lämpar sig då man vill beskriva ett fenomen som tidigare är begränsat i forskningen. Man undviker förutbestämda kategorier och är noggrann med att låta nya begrepp eller insikter träda fram (Hsieh & Shannon, 2005). Ansatsen som användes kallas av Graneheim & Lundman (2004) för induktiv innehållsanalys, vilket är motsatsen till en deduktiv ansats där man har grunden i en teori eller en modell under analysen. Denna studie har en så kallad manifest innehållsanalys vilket innebär att man beskriver det synliga och uppenbara i texten (den direkta innebörden). De kategorier som framkommer under databearbetningen är de som presenteras i resultatet (Graneheim & Lundman, 2004).

### 3.5.1 Genomförande av databearbetning och dataanalys

Intervjuerna transkriberades ordagrant och händelseenligt. Läten som hummanden eller andra läten utan betydelse skrevs ej ut vid transkriberingen. Känslomässiga läten som exempelvis skratt eller tankepauser skrevs däremot ut.

Varje informant tilldelades en kod för att avidentifiera intervjuerna och för att kunna skilja de olika informanterna åt. Fysioterapeuterna tilldelades ett F och en siffra (ex: F1, F2), patienterna tilldelades ett P och en siffra (ex: P1, P2). Siffran i koden står för vilket par som utförde tremånaderskontrollen tillsammans.

Databearbetningen började med att noggrant läsa igenom transkriberingarna för att författaren skulle lära känna materialet samt uppmärksamma delar i intervjuerna som tydligt berörde studiens syfte. Dessa färgmarkerades i transkriberingen. De utvalda delarna som berörde studiens syfte tydligt var "meningsbärandeenheter". Dessa meningsbärande enheter fördes in i ett Worddokument där det även tydligt framkom vilken informant som lämnat informationen och var i transkriberingen författaren hade funnit denna mening. De meningsbärandeenheterna kondenserades sedan ned och erhöll en kod (en kort beskrivning av den meningsbärande enheten). När all data hade utvärderats analyserades koder som hörde samman och fördes till underkategorier. Underkategorierna kunde sedan föras ihop till huvudkategorier. Dataanalysen utfördes med stöd från handledaren till examensarbetet genom telefonkontakt där båda hade tillgång till de meningsbärandeenheterna. Handledaren



och författaren till arbetet diskuterade då om vilka koder, underkategorier och huvudkategorier som framträdde ur materialet. Se Tabell 1 för en överskådlig beskrivning av analysprocessen och se tabell 2 för ett exempel från transskriberingen.

*Tabell 1. Överskådlig beskrivning av analysprocessen*

| <b>Meningsbärande-enhet</b>                                       | <b>Kondensering</b>   | <b>Kod</b>                                 | <b>Under-kategori</b>                                      | <b>Huvud-kategori</b>                               |
|---|-----------------------|--|--|---|
| Mening som tydligt berör studiens syfte. Skrivs ut som ett citat. | Förkortning av citat. | Beskrivning av den meningsbärande-enheten. | Koder med liknande innehåll sorteras in i en underkategori | Underkategorier fördes ihop och bildade kategorier. |

*Tabell 2. Överskådlig beskrivning av analysprocessen från transskriberingen*

| <b>Meningsbärande-enhet</b>   | <b>Kondensering</b>  | <b>Kod</b>                                     | <b>Under-kategori</b>                                | <b>Huvud-kategori</b>     |
|---|--|--|--|---------------------------|
| ”Jag ville höra om P1 egna tankar och åsikter. Kort och långsiktiga, men det är svårt. Det är svårt! Det är lätt att man som sjukgymnast vill...komma in med egna mål. Lägga upp målen åt patienten.” | Jag ville höra om patientens egna tankar och åsikter. Men det är svårt och man vill gärna lägga upp (egna) målen åt patienten. | Vill inte men bestämmer ändå mål åt patienten. | Sjukgymnasten vill inte bestämma målet åt patienten. | Sjukgymnasten sätter mål. |

Flertalet tillbakablickar i transkribering, meningsbärandeenheter och koder skedde för att säkerställa beskrivningar och benämningar, så att inget kunde förbises. Detta för att genomföra den process som pågår för att analysera och bearbeta fram kvalitativt skilda underkategorier och huvudkategorier (Ryen, 2004).

### 3.6 Etiska överväganden

Då detta arbete har utförts för högskolestudier på avancerad nivå behövdes ej ett etiskt godkännande från regional etiskt kommitté. Det förutsätts att arbeten som utförs av studenter inom ramen för högskoleutbildning bedrivs under etiskt säkerställda och trygga former. Detta ansvar ligger på respektive högskola och tydliggörs i högskolelagen (Görman, 2013).

Studien har utformats i enlighet med Helsingforsdeklarationen. I studien har beaktats god forskningsed gällande *informationskrav*, *samtyckeskrav*, *konfidentialitetskrav* och *nyttjandekrav* (Codex, 2014). Detta innebar att respondenterna i studien ska skyddas mot psykisk- eller fysisk skada genom sitt deltagande, att deras privatliv skyddades samt att inga kränkningar förekom (Vetenskapsrådet, 2015).

*Informationskravet* uppfylldes genom att deltagarna fick skriftlig och muntlig information om studien och dess syfte inför eventuellt samtycke till deltagande. Deltagarna fick själva ta ställning till om de ville delta eller ej, samt kunde välja att avbryta deltagandet i studien när som helst.

*Samtyckeskravet* uppfylldes genom att deltagarna bestämde över sitt deltagande och var medvetna om att de kunde avbryta deltagande i studien när som helst. Dessutom kunde vissa delar av intervjun strykas på deltagarens begäran.

Konfidentialitetskrav uppfylldes genom att alla deltagarnas kontaktinformation var skyddad för allmänheten och all information som deltagarna lämnade under studiens gång behandlades med konfidentialitet. Respondenternas namn presenteras inte i magisteruppsatsen. Deltagarnas namn har i studien ersatts med kodnummer.

*Nyttjandekravet* uppfylldes genom att de data som samlats in endast används till det som var syftet för studien. Data får inte användas till annat ändamål än just denna magisterstudie. Respondenten har dock rätt att ta del av sin egen information och resultatet av studien (Vetenskapsrådet, 2015).

## 4. RESULTAT

Nedan presenteras en beskrivning av patienter opererade med knäplastik och fysioterapeuters upplevelse av ett målsättningsamtal. Samt en beskrivning av de rehabiliteringsmål som sattes under tremånaderssamtalet.

Denna resultatdel är uppbyggd av löpande text, tabeller innehållande underkategorier och huvudkategorier, samt citat som knyter an till huvud-/underkategorierna.

### 4.1 Beskrivning av upplevelse av ett målsättningsamtal

Under den manifesta innehållsanalysen framkom nio huvudkategorier gällande upplevelsen av att målsättningsamtal tremånader efter en knäplastik. Dessa huvudkategorier är: *struktur på målsättningsamtalet, diskuterar inte mål, att sätta långsiktiga mål, målsättningsprocessen, mål är personligt, tidsbrist, sätta ord på mål, specificera mål, sjukgymnast sätter mål* (se tabell 2).

Tabell 2. Upplevelse av ett tremånadersamtal

| Huvudkategori                   | Underkategori   |
|---------------------------------|---|
| Struktur på målsättningsamtalet | Kliniskt verktyg saknas                               |
|                                 | Missnöje med struktur                                 |
| Diskuterar inte mål             | *   |
| Att sätta långsiktiga mål       | Svårt med långsiktiga mål                             |
|                                 | Aktivitet och livskvalitet                            |
|                                 | Osäkerhet hos fysioterapeut gällande långsiktiga mål  |
| Målsättningsprocessen           | Fysioterapeuten lyssnade på patienten                 |
|                                 | Det är viktigt att lyssna in patientens förväntningar |
|                                 | Många frågor, blir tjatigt                            |

|                            |   |
|----------------------------|---|
|                            | Fysioterapeuter måste involvera patienten             |
|                            | Positivt för patienten att prata om mål               |
|                            | Omständigheter påverkar målsättning                   |
|                            | Personkemi  |
| Mål är personligt          | Tillit  |
|                            | Personligt med mål                                    |
|                            | Olika från individ till individ                       |
| Tidsbrist                  | *   |
| Sätta ord på mål           | Patienten har ej funderat på mål                      |
|                            | Svårt för patienten att sätta ord på mål              |
| Specificera mål            | Svårt att vara specifik vid målsättning               |
| Fysioterapeuten sätter mål | Fysioterapeuten ska sätta mål                         |
|                            | Målet är det fysioterapeuten vill                     |
|                            | Lätt att fysioterapeuten tar över                     |
|                            | Fysioterapeuten vill inte bestämma målet åt patienten |
|                            | Klinisk målsättning påverkar                          |

\* Någon underkategori identifierades inte

#### 4.1.1 Struktur på målsättningssamtalet

En av de huvudkategorier som framkom var strukturen på målsättningssamtalet. En av fysioterapeuterna upplever att hen saknar en klinisk manual för denna typ av samtal, och som är utformad för slutenvården.

*".. jag skulle vilja ha lite flera verktyg. Hur man kan jobba med mål, i slutenvården. På ett strukturerat vis och som fungerar kliniskt" –F1*

En fysioterapeut uttryckte missnöje med strukturen på det utförda samtalet och att samtalet ej blev så omfattande som hen hade önskat. Den patient som deltagit i samtalet var dock nöjd med hur samtalet blev

#### 4.1.2 Diskuterar inte mål

En fysioterapeut berättade att hen inte brukar prata mål med sina patienter under tremånaderssamtalet.

*"Inte i delmål eller alltså.. jag brukar inte prata om de exakta rehabiliteringsmålen. I olika steg och i ord av träningsnivåer" –F3*

Fysioterapeuten menar att hen försöker väva in det i samtalet istället. Denna huvudkategori hade ej någon underkategori.

#### 4.1.3 Att sätta långsiktiga mål

Att sätta långsiktiga mål upplevdes som något svårt av såväl patienter som fysioterapeuter.

I ett av intervjuaren uttrycker både en osäkerhet om vilken funktion det opererade knäet egentligen kan uppnå. Patienten berättar även att hen tycker det är svårt att tänka längre fram att hen har enklare för att fokusera på den närmsta tiden som kommer.

En av patienterna berättar under intervjun att hen upplevde det som om det var enklare att sätta mål i början på rehabiliteringen. Då handlade målen mest om att uppnå en viss funktion i knäet. Att när hen sedan ska fundera kring långsiktiga mål blir det mera komplicerat då hen har gått igenom operationen för att uppnå en högre livskvalitet.

*"I början på sin rehabilitering, då kan man i alla fall sätta mål kring...så här mycket bra kan jag exempelvis böja knäet. Och det är ju mätbart. Men sen när man inte riktigt kan böja knäet mera än så, då har man uppnått målet. Men samtidigt kanske inte det är någon relation till det som jag vill använda knäet som... som är den*

*livskvaliteten som man är ute efter sen som långsiktigt mål. Och hur mäter man det?”*

– P2

#### 4.1.4 Målsättningsprocessen

Målsättningsprocessen och hur man upplevde den varierade mellan informanterna.

I ett av intervjuaren ger båda bilden av målsättningsamtalet som något positivt. Patienten uppger att fysioterapeuten hade lyssnat väl på hen och att hen fick fram det hen ville säga. Fysioterapeuten upplevde det som om patienten blev glad då hen fick frågan om mål och målsättning.

*”Men jag tyckte det verkade som om hen blev glad över att få prata om mål och målsättning. Få prata om sina mål här ifrån och framåt. Det kändes väldigt positivt” –*

*F2*

En av fysioterapeuterna och en av patienterna upplevde båda att det är mycket viktigt för fysioterapeuten att lyssna in patienten och involvera honom eller henne. Patienten anger att man bör ha denna diskussion om mål och målsättning med sin fysioterapeut just för att denne ska veta vad patienten har för förväntningar.

*”Jag tror att man måste ha just den här diskussionen om målsättning, det går inte att utesluta den..utan ni behöver lyssna på vad vi har för förväntningar” –P1*

Ett målsättningsamtal och processen fram till ett mål kan innehålla många frågor som i sin tur kan uppfattas som tjugigt. Detta var något som en var patienterna reflekterade över. Hen angav även att det är omständigheter som leder fram till hens målsättning. Hur hen mår just den dagen, vem hen pratar med och vad hen har gjort under dagen, var en del av de faktorer som påverkade processen fram till ett mål.

En fysioterapeut anger även hen att det beror på vem man har målsättningsamtalet med och vilken personkemi man har. Att detta påverkar hur processen fram till ett mål faktiskt blir.

*”Men jag tror att det handlar jätte mycket om vad det är för person man har framför sig, vilken personkemi man har” –F3*

#### 4.1.5 Mål är personligt

Att mål är något som är personligt och endast delas med någon man har tillit till framkom under intervjuerna. Hur man hanterar en målsättning är också individuellt.

Under intervjun reflekterar en patient under intervjun om hur viktigt det är med tillit under ett målsättningssamtal. Detta just för att hen upplever att det är svårt med målsättning på grund av att det handlar om vem man är som person och vad man själv vill uppnå.

*”Och det är så olika från olika personer, hur man fungerar ihop. Det är bara så svårt när det helt plötsligt handlar om en själv. Och vad man vill i framtiden..att få fram det. På ett bra sätt. Det är så personligt” –P2*

Att olika individer hanterar målsättning på olika sätt är något som en av fysioterapeuter berättar. Att för en individ kan ett mål bli motiverande, och för någon annan kan ett mål snarare bli något som får individen att uppleva prestationsångest och som något besvärligt.

#### 4.1.6 Tidsbrist

Tidsbrist och att arbeta under stress är något som får F4 att inte alltid få till ett mål. F4 vill att ett målsättningssamtal ska leda till ett mål enligt SMART, men upplever att tiden ej räcker till för detta.

*”Jo, men som sjukgymnast tänker man ju att man vill ha ... ett... ja man vill ju ha ett SMART mål, enligt SMART modellen. Men det är sällan tiden räcker till för det...tyvärr alltså..” – F4*

Någon underkategori för denna huvudkategori identifierades inte.

#### 4.1.7 Sätta ord på mål

Svårigheter att sätta ord på mål på grund av att patienten inte finner orden eller för att denne ej har funderat på sina mål, var två underkategorier som fysioterapeuterna pratade om under intervjuerna.

En av fysioterapeuterna reflekterar över att det är olika svårt att guida patienterna till någon målsättning beroende på hur mycket de har funderat på vad de vill uppnå. Att guida någon som inte alls har funderat på sina mål postoperativt upplevs som mycket svårt. Detta då dessa patienter enligt fysioterapeuten inte riktigt finner orden på någon lämplig aktivitet. En annan fysioterapeut berättar även att det är ibland svårt för patienterna att bli specifika i sina målsättningar, att de oftast svarar att de vill bli bra.

*”Det är svårt tycker jag. Många patienter...vill bli bra...eller så har de inte...de har svårt att sätta ord på vad de har för mål. Det blir väldigt stort och luddigt, och inte så specifikt. Det blir svårt att utvärdera” – F4*

#### 4.1.8 Specificera mål

En fysioterapeut berättar att hen upplever att man som fysioterapeut ska vara specifik i sina målsättningar med patienten. Men att hen saknar instrument eller manual för att bli specifik under målsättningsamtalen.

*”Jag tror att man inom det här yrket.. är målsättningen ofta så himla specifika.. eller ska vara specifika. Och då är det svårt. Det finns inte så många kliniska instrument för att bli strukturerad och specifik” –F2*

#### 4.1.9 Fysioterapeuten sätter mål

Att fysioterapeuten lätt kan ta över samtalet och sätter mål åt patienten framkom under flera av intervjuerna.

En av patienterna berättade under intervjun att fysioterapeuterna under den gångna rehabiliteringstiden hade lagt upp hens målsättning.

*”om jag hade något mål med träningen? Nu? Efter operationen? Hmm..nä det behövde jag inte tänka på. Det gjorde sjukgymnasterna så bra åt mig. Och nu är ju knäet nästan rakt, så målet är väl uppnått” – P4*



En fysioterapeut beskriver att hen har en känsla av att fysioterapeuten "lägger orden i munnen" på patienten, att man bestämmer mål som man själv uppfattar som lämpliga.

Även en annan fysioterapeut beskriver en känsla av att det är svårt med målsättning och att hen som fysioterapeut ibland lägger upp målen åt patienten. Vilket en av patienterna bekräftar genom att berätta att hen behöver träna på sin rörlighet, och att det var fysioterapeuten som sade det under tremånadersuppföljningen. Vidare upplever fysioterapeuten att hen lätt tar upp den kliniska målsättningen när hen guidar i ett målsättningsamtal. Att hen gärna just diskuterar rörlighet och styrka.

*"Jag frågade om det va någon aktivitet P1 ville återgå till. Så att försöka ställa frågan relativt öppet. Men det blev ganska lätt att man föll tillbaka på den kliniska målsättningen...så som att träna med sjukgymnast i öppenvården, försöka öva upp styrka och rörlighet" – F1*

## 4.2 Beskrivning av rehabiliteringsmål

### 4.2.1 Målsättningen

I innehållsanalys två, för syftets andra del om vilken målsättning som sattes upp enligt fysioterapeut och patient, framkom en huvudkategori och fyra underkategorier (se tabell 3).

Tabell 3. Målsättningen enligt fysioterapeut/patient

| Huvudkategori | Underkategori                      |
|---------------|------------------------------------|
| Målsättningen | Aktivitets- och delaktighetsmål    |
|               | Fick lirka fram målet              |
|               | Kroppsfunktions- och aktivitetsmål |

Det enda tremånaderssamtalet som ledde fram till ett aktivitetsbaserat och tidsbundet mål var i samtalet mellan F4 och P4. Vid dessa två intervjuer angavs samma mål från såväl patient som fysioterapeut. Dock var detta inget som kom fram enkelt från patienten, utan fysioterapeuten uppgav att det hade varit svårt att få fram något mål. Att hen hade fått "lirka" med patienten för att slutligen få fram något mål.

*”Men först så frågade jag P4 vad han hade för mål med operationen. Men då svarade han inga...och sen fick jag lirka fram om det var speciella aktiviteter han ville göra, återuppta eller börja med. Så dök det upp i samtalet mer och mer, lite och ifrån. Och vi fram att han ville gå på Skansen med sitt barnbarn i sommar” –F4*

Vid intervjun med en av de andra patienterna angav hen att hen ville öka sin rörlighet för att sedan kunna gå i trappor normalt igen. Detta mål angav ej fysioterapeuten som patienten hade träffats på sitt tremånaderssamtal. Fysioterapeuten angav att inget mål hade satts, trots att författaren efterfrågade om ett mål hade beslutats.

I de övriga intervjuerna framkom aldrig ett tydligt mål från fysioterapeut eller patient. Några eventuella aktiviteter som skulle kunna leda till en målsättning framkom, dock ej någon målsättning från varken fysioterapeuter eller patienter.

## **5. DISKUSSION**

Resultatet visar att upplevelsen av ett målsättningsamtal kan handla om att det finns tidsbrist för denna samtalspunkt, att det finns en avsaknad av struktur för målsättning samt att det är svårt att vara specifik. Vidare framhålls att målsättningsprocessen är komplicerad, att det kan vara svårt att sätta ord på mål samt att det är personligt, att fysioterapeuten ibland sätter upp mål åt patienten och att de långsiktiga målen är svåra. Slutligen framkom i ett fall att fysioterapeuten faktiskt inte diskuterar målsättning med patienten. Angående vilka mål som sattes framkom att endast i ett av tremånaderssamtalen bestämdes ett specifikt och tidsbundet mål som var överensstämmande mellan sjukgymnast och patient. Dock framkom några aktiviteter och kroppsfunktioner som patienten önskade att förbättra under fler intervjuer. Dessa var dock ej tidsbestämde eller specifika på så vis att de skulle gå att utvärdera, och kan därmed inte beskrivas som SMARTa mål.

### **5.1 Metoddiskussion**

För att åstadkomma detta utfördes en semistrukturerad intervju med induktiv ansats. Styrkan i just denna metod är att informanterna tilläts att ge en djupare beskrivning

inom ämnet (Domholdt, 2005). Om enkät hade använts anser författaren att svaren hade kunnat bli fattiga på information och ej uppfyllt syftet. Vid en gruppintervju hade författaren eventuellt fått till en interaktion mellan informanterna om just mål och målsättning. Upplevelsen av en gruppintervju kan skilja sig åt mellan deltagarna. Vissa informanter kan känna sig mera avslappnade i grupp och andra kan tycka att formatet känns mera anspänt än vid individuell intervju. Gruppintervjuer kan även leda till mera spontana svar kring frågorna, då en persons tankar och åsikter kan leda till en tanke hos någon annan. Vid en gruppintervju hade dock inte författaren kunnat identifiera vilken fysioterapeut och patient som genomfört sin tremånaderskontroll tillsammans. Man skulle i och med detta gå miste om chansen att jämföra svaren sinsemellan informanterna. Författaren hade även haft svårigheter att identifiera vilken deltagare som sagt vad. Det finns även en risk att ljudupptagningen från en gruppdiskussion kan bli rörig då flera kan föra talan samtidigt (Tjora, 2012).

En styrka i urvalet är bredden på patienterna gällande ålder samt antalet år som fysioterapeuterna arbetat på kliniken. Detta ger en möjlighet till större variation gällande upplevelser av målsättningsamtal. Dock är en svaghet att informanterna till största del var kvinnor samt att de valdes genom ett bekvämlighetsurval.

Fysioterapeuterna är författarens kollegor vilket gör att yrkesrelationen kan ha påverkat hur intervjun genomfördes och vilka svar som fysioterapeuterna lämnade. Vissa av fysioterapeuterna kan ha upplevt situationen som bekväm, med att enskilt prata med författaren. Medan andra inte alls känt sig bekväma med detta. Det kan funnits en oro för att den arbetsrelaterade relationen eventuellt kan påverkas av känsliga svar. Även patienterna hade en kännedom om att författaren var anställd fysioterapeut på kliniken, vilket också kan ha påverkat dem och deras svar. Vissa av patienterna kan ha upplevt en oro om ändrat bemötande eller känslan av att man inte presterar det författaren vill.

Att intervjuerna skedde direkt efter tremånaderssamtalet kan ses som en styrka i studien. Minnet av upplevelsen och det eventuellt uppsatta målet har då inte försvagats. Något som kan ses som både en styrka och en svaghet är att intervjuerna skedde på kliniken. Fysioterapeuterna är bekväma i miljön som är deras arbetsplats, samtidigt som patienterna eventuellt inte känner så bekväma i denna typ av miljö. Det optimala vid intervjustudier är att informanten får välja lokal där intervjun ska ske (Alvehus, 2013). Intervjuerna skedde i ett enskilt rum med sluten dörr vilket

troligen gav en trygghet till informanten att samtalet ej kunde avlyssnas av någon annan. Något som kan ha hämmat konversationen mellan informanterna och författaren kan vara att intervjuerna spelades in. En av patienterna uttryckte just att hen tyckte att det var lite jobbigt att författaren skulle lyssna på intervjun flera gånger och att ljudfilen skulle finnas tillgänglig tills examensarbetet var godkänt. Det finns en risk att flera av informanterna kan ha hämmats av att bli inspelade, på grund av en känsla av att vara utlämnad eller ifrågasatt i efterhand.

Genom att alla deltagarna fick muntlig och skriftlig information om syftet för studien och att intervjun skulle handla om målsättning kan eventuellt tremånaderssamtalets natur ha påverkats. Det kan också ha påverkat svaren på intervjufrågorna från fysioterapeut och patienter. Fysioterapeuterna kan ha varit mera noggranna med sina målsättningsamtal under tremånaderskontrollen samt att patienterna kan ha funderat på sin målsättning i förväg. Författaren kunde givetvis ha styrt intervjuerna ännu mera med mindre öppna frågor, men detta skulle nog ha skadat mer än hjälpt då detta kan uppfattas mer som ett förhör än som en intervju.

Att två pilotstudier utfördes ökar studiens tillförlitlighet. Detta genomfördes för att upptäcka fel i intervjuguiden eller intervjuteknik. En förändring av intervjuteknik gjordes vilket ledde till mera personliga och djupa svar i den andra provintervjun. Intervjuaren har god förkunskap i ämnet eftersom denne är anställd på kliniken och har bland annat som arbetsuppgift att genomföra tremånadersamtal med patientkategorin.

Författaren aldrig har utfört en kvalitativ intervju förut. Kunskap om kvalitativa intervjuer leder ofta till ett mera fördjupat samtal och intervjuaren kan leda patienten till huvudfrågan på ett bättre sätt (Ryen, 2004).

Transkribering av intervjuerna utfördes för att få fram data att analysera. Alla transkriberingar utfördes av författaren vilket medför att transkriberingarna blev utförda på lika sätt (Alvehus, 2013). Att analysen av data sedan har granskats, kondenserats och delats in i kategorier samt underkategorier av författaren samt dennes handledare medför en ökad tillförlitlighet. Detta minskar risken för att författarens förkunskap kan ha färgat resultatet i dataanalysen. Resultatet presenteras i dels löpande text samt i tabellform vilket gör att läsaren själv kan ta ställning till resultatets trovärdighet. Dock kan resultatet i en intervjustudie inte helt

ses utan författarens egen påverkan, då författaren även är intervjuaren (Tjora, 2012).

Studiens överförbarhet till populationen patienter som har opererats med knäplastik eller fysioterapeuter som arbetar med patientkategorin beror på hur väl läsaren anser att resultatet överensstämmer med den egna kontexten (Tjora, 2012).

## **5.2 Resultatdiskussion**

Det insamlade materialet från intervjuerna motsvarar syftet att beskriva vilka upplevelser fysioterapeuter och patienter kan ha gällande målsättningssamtal inför postoperativ rehabilitering. Då just detta aldrig har studerats förut innebär det att författaren inte hade några förutfattade meningar om vad resultatet kunde visa.

Under intervjuerna togs SMART upp. Fysioterapeuten vill ha möjlighet att sätta ett specifikt, mätbart, anpassat, realistiskt och tidsbundet mål (Locke & Latham, 2002), men känner tidspress och fullföljer därmed inte alltid målsättningssamtalet enligt SMART. Flera av fysioterapeuterna tar upp processen och strukturen för målsättningssamtalet. De har olika upplevelser gällande målsättningssamtalet, men sammanfattningsvis kan man se att de upplever processen fram till ett mål komplicerat. Det är svårt att få fram ett specifikt mål, som blir mätbart och tidsbundet. Att just målsättningssamtal är komplext och tidskrävande tas även upp av BovendÉert, Botell och Wade (2009). En manual, utformat för slutenvården, gällande målsättningssamtal efterfrågas av vissa av fysioterapeuterna i studien. Detta då insatserna i slutenvården ofta är korta och intensiva, vilket leder till att tidskrävande samtal prioriteras bort i vissa fall.

Att fysioterapeuten lätt tar över ett målsättningssamtal eller bestämmer mål åt patienten är upp av fysioterapeuterna i studien. Då det är av största vikt att det är patientens mål som ska sättas för att få en god motiverande effekt kan detta ses som ett problem. Fysioterapeuten finner det även mycket lätt att hamna i den kliniska målsättningen som handlar mycket om kroppsfunction. Just att mål är aktivitetsbaserade är något som tidigare har visats vara en bidragande faktor till att mål uppnås (Siegert & Taylor, 2004). Siegert och Taylor (2004) tar även upp vikten av att dessa mål bör vara specifika. När inget uttalat mätvärde för det uppsatta målet

anges skapar det en osäkerhet för när målet är uppnått. Om målet exempelvis är en ökad gångsträcka, om då inte den ökade gångsträckan inte anges, så kan man inte veta när målet är uppnått. En av anledningarna till att fysioterapeuterna tar fram mål till patienterna kan vara det att fysioterapeuterna upplever att patienterna har svårt att sätta ord på sina mål. En annan upplevelse är även att patienterna ej har funderat på vad de vill uppnå eller vet vad de kan förvänta sig för förmåga på aktivitets- och delaktighetsnivå med en knäprotes. Just osäkerheten på vilken funktion det nyopererade knäet kan uppnå är något även fysioterapeuterna känner sig osäkra på.

Vissa av informanterna i studien, både fysioterapeuter och patienter, tar upp problematiken med långsiktiga mål. Vissa har svårt att fokusera längre fram i tiden och andra är osäkra på hur högt de kan sätta målen. Detta kan vara ett tecken på att patienterna inte var redo för ett målsättningsamtal eller att fysioterapeuterna misslyckades med att guida patienterna. Att omvandla patienternas kortsiktiga mål till något mera långsiktigt mål medför att patienten i högre grad känner att de utvecklas samtidigt som de har något att sträva mot (Bovend´Eerd, Botell, & Wade, 2009). Ett gynnsamt scenario är att patienten kommer fram till ett långsiktigt mål som sedan kan omvandlas till flera delmål eller kortsiktiga mål (Prochaska & Velicer, 1997).

Trots att en tidigare studie har påvisat en tendens till att personer som har tidigare erfarenheter kring mål och målsättning i större utsträckning sätter upp realistiska mål (Locke & Latham, 2002) ledde endast ett tremånadersamtal fram till ett specifikt, mätbart, aktivitetsbaserat, realistiskt och tidsbundet mål. I de övriga intervjuerna diskuterades eventuella målsättningar men de var ej specifika eller så sattes det ej upp någon tidsplan för när målet skulle vara uppnått. En av fysioterapeuterna uppgav att hen inte diskuterade mål med sina patienter. Fysioterapeuten försöka istället väva in målsättning i andra delar av tremånaderassamtalet. I intervjun med patienten framkom ett aktivitetsbaserat mål, vilket helt hade missats av fysioterapeuten.

Det framkom att både fysioterapeuterna och patienterna ansåg att samspelet mellan fysioterapeut och patient spelade stor roll för upplevelsen av samtalet. Ett gott samspel och en ömsesidig förståelse leder till ett bättre samtal som i sin tur leder till en bra målsättning (Levack, Taylor, Siegert, & Dean, 2006; Lloyd, Roberts, & Freeman, 2013). I intervjuerna framkommer även vikten av att lyssna in patienten

och dennes förväntningar. Målsättningen är något personligt och tilliten mellan behandlare och patient är därför mycket viktigt vid denna typ av samtal.

Patientens self-efficacy för det aktivitetsbestämda målet har stor betydelse för målsättningen (Zimmerman, 2000; Knittle, et.al., 2011). Det är av stor vikt att patienten känner en tilltro till den egna förmåga att utföra aktiviteter som leder till det uppsatta målet. Trots detta nämns det inte alls under någon av intervjuerna, av vare sig fysioterapeut eller patient.

### **5.3 Etikdiskussion**

Inga etiska problem har tillstött under studiens gång. Genom att följa de forskningsetiska riktlinjerna enligt Helsingforsdeklarationen, har informanternas konfidentialitet skyddats. Alla informanter kommer att kunna ta del av resultatet. Studien är skriven på svenska och kommer även att presenteras på svenska. Alla informanterna har därmed möjlighet att se vilka tolkningarna författaren har gjort av intervjuerna samt läsa vad de har bidragit till.

## **6. SLUTSATS**

I studien framkom nio huvudkategorier: struktur, diskuterar inte mål, att sätta långsiktiga mål, målsättningsprocessen, mål är personligt, tidsbrist, sätta ord på mål, specificera mål och fysioterapeuten sätter mål. Dessa nio huvudkategorier besvarar den första delen i studien syfte om att beskriva hur patienter med knäplastik samt fysioterapeuter upplever ett målsättningssamtal. I resultatets andra del framkom endast en huvudkategori som handlade om vilken typ av mål som sattes enligt fysioterapeut och patient. I endast ett målsättningssamtal framkom ett mål som var specifikt, mätbart, aktivitetsbundet, realistiskt och som var tidsbundet. Detta mål angavs även av såväl fysioterapeut som patient.

Då en intervjustudie aldrig helt kan överföras direkt till andra forum är det läsaren som avgör hur överförbarheten för denna studie.

## 7. REFERENSER

Alvehus, J. (2013). *Skriva uppsats med kvalitativ metod- en handbok*. Stockholm: Liber AB.

Artz, N., Elvers, K., Lowe, M. C., Sackley, C., Jepson, P., & Beswick, A. (2015). Effectiveness of physiotherapy exercise following total knee replacement: systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 1-21.

BOAregistret. (u.d.). *www.boaregistret.se*. Hämtat från:  
<https://stratum.registercentrum.se/#!page?id=1199> den 19 05 2015



- Bovend' Eerdt, T., Botell, R., & Wade, D. (2009). Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide. *Clinical Rehabilitation*, 352-361.
- Broberg, C., & Tyni-Lenné, R. (den 4 December 2009). *www.fysioterapeuterna.se*. Hämtat från Fysioterapeuterna 2015-23-02:  
[http://www.fysioterapeuterna.se/Global/Professionsutveckling/Om%20professionen/Definition\\_SG.pdf](http://www.fysioterapeuterna.se/Global/Professionsutveckling/Om%20professionen/Definition_SG.pdf)
- Carlsson, L., & Johansson, C. (1999). Nya material ger bättre proteser. *Läkartidningen*, s. 2458-2467 (96)20.
- Codex. (den 10 12 2014). *www.codex.vr.se*. Hämtat från Codex 2015-03-02:  
[www.codex.vr.se/forskningmanniska.shtml](http://www.codex.vr.se/forskningmanniska.shtml)
- DePuySynthes. Hämtat från [www.depuysynthes.com](http://www.depuysynthes.com) 2015-05-19:  
<https://www.depuysynthes.com/hcp/knee/products/qs/SIGMA-Total-Knee-System>
- Domholdt, E. (2005). *Rehabilitation Research - principles and applications*. Indianapolis: Elsevier Saunders.
- Felson, D., Niu, J., Clancy, M., Sack, B., Aliabadi, P., & Zhang, Y. (2007). Effect of recreational physical activities on the development of knee osteoarthritis in older adults of different weights: the Framingham Study. *Arthritis Rheum*, s. 6-12.
- Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, s.105-112.
- Gyurcsik, N., Estabrooks, P., & Frahm-Templar, M. (den 15 06 2003). Exercise-Related Goals and Self-Efficacy as Correlates of Aquatic Exercise in Individuals With Arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, s. 306-313.
- Görman, L. Hämtat från Codex 2015-04.02: <http://codex.vr.se/manniska5.shtml>
- Hsieh, H., & Shannon, S. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qual. Health Res.*, s.1277-1288.
- Janz, N., & Becker, M. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, s. 1-47.
- Knittle, K., de Gucht, V., Hurkmans, E., Vliet Vlieland, T., Peeters, A., Runday, K., o.a. (11 2011). Effect of Self-Efficacy and Physical Activity Goal Achievement on Arthritis Pain and Quality of Life in Patients With Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care & Research*, s. 1613-1619.
- Kvale, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund : Studentlitteratur.
- Levack, W., Taylor, K., Siegert, R., & Dean, S. (den 7 02 2006). Is goal planning in rehabilitation effektive? A systematic review. *Clinical Rehabilitation*, s. 739-755.

- Lindgren, U., & Svensson, O. (2014). *Ortopedi*. Stockholm: Författarna och Liber AB.
- Lloyd, A., Roberts, R., & Freeman, J. (2013). `Finding a Balance` in Involving Patients in Goal Setting Early After Stroke: A Physiotherapy Perspective. *Wiley Online Library*, s. 147-157.
- Locke, E., & Latham, G. (2002). Building a Practically Useful Theory of Goal Setting and Task Motivation. *American Psychologist*, s. 705-717.
- Lohmander, S. (1995). *Knäartros*. Astra Läkemedel AB.
- Prochaska, J., & Velicer, W. (1997). The transtheoretical model of behavior change. *American Journal of Health Promotion*, s. 38-48.
- Roos, E. (2008). *Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, FYSS*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Rosal, M. C., Ayers, D., Li, W., Oatis, C., Borg, A., Zheng, H., o.a. (2011). A randomized clinical trial of a peri-operative behavioral intervention to improve physical activity adherence and functional outcomes following total knee replacement. *Australian Journal in Physiotherapy*, s. 172-178.
- Ryen, A. (2004). *Kvalitativ Intervju - från vetenskapsteori till fältstudier*. Malmö: Liber.
- Scobbie, L., Dixon, D., & Wyke, S. (den 11 10 2011). Goal setting and action planning in the rehabilitation setting: development of theoretically informed practice framework. *Clinical Rehabilitation*, s. 468-482.
- Secretariat, O. M. (06 2005). Total Knee Replacement - An evidence-based analysis. *Ontario Health Technology Assessment Series*, s. 1-51.
- Shrier, I. (2004). Muscle dysfunction versus wear and tear as a cause of exercise related osteoarthritis: an epidemiological update. *British Journal of Medicine*, s. 526-535.
- Siegert, R., & Taylor, W. (September 2004). Theoretical aspects of goal-setting and motivation in rehabilitation. *Disability and rehabilitation*, s. 1-8.
- Socialstyrelsen. (2010). *SOFS: 2010:7 Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig: Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2012). Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar. Osteoporos, artros, inflammatorisk ryggsjukdom och ankyloserande spondylit, psoriasisartrit och reumatoid artrit. Stöd för styrning och ledning.
- Thorstensson, C. (2014). *BOA årsrapport 2013 års resultat*. Göteborg: BOA registret.
- Tjora, A. (2012). *Från nyfikenhet till systemantisk kunskap*. Lund: Studentlitteratur.

- Veenhof, C., van Hasselt, T. J., Köke, A. J., Dekker, J., Bijlsma, J. W., & van den Ende, C. H. (2006). Active involvement and long-term goals influence long-term adherence to behavioural graded activity in patients with osteoarthritis: a qualitative study. *Australian Journal of Physiotherapy*, s. 273-278.
- Vetenskapsrådet. *Forskningsetiska principer, inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtat 2015-02-19 från: <http://www.codex.vr.se>:  
<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- Viberg, R. (2014). *www.1177.se*. Hämtat 2015-04-09: från [www.1177.se/Vastra-Gotaland/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Knaledsartros/](http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Knaledsartros/)
- Woolf, A., & Pfleger, B. (2003). Burden of major musculoskeletal conditions. *Bull World Health Organ*, s. 646-656.
- Zimmerman, B. (2000). Self-Efficacy: An Essential Motive to Learn. *Contemporary Educational Psychology*, s. 82-91.

## **BILAGA 1.**

### **Intervjuguide**

#### Vid intervju med patient:

Inleds med att tacka patienten för att den tar sig tid för intervjun. Pratar ev. om att det nu har gått tre månader sedan operationen.

- Skulle du vilja berätta för mig, som om jag var en bekant, om **du** har några speciella mål för **din** fortsatta rehabilitering? (Ev. finns det något **du** skulle vilja uppnå med **din** rehabilitering?)
- Vad skulle det målet betyda för **dig**?
- Diskuterade **du** och fysioterapeuten något mål för den fortsatta rehabiliteringen?
- Följdfråga. Vad kom **ni** fram till?
- Kan du beskriva för mig hur det gick till när **ni** bestämde målen?
- Följdfråga. Hur upplevde **du** det?
- Har **du** någon tidigare erfarenhet av att sätta mål för träning (i rehabiliterande syfte)? Berätta gärna med något exempel.

#### Vid samtal med fysioterapeut:

Inleds med att tacka fysioterapeuten för att den tar sig tid att genomföra intervjun. Pratar ev. om att de har genomfört en tremånaderskontroll.

- Hur skulle **du** beskriva målen och målsättningsamtalet tre månader postoperativt för just den här patienten?
- Följdfråga. Berätta gärna för mig hur detta går till?
- Under tremånaderskontrollen när du och patienten ska prata om målsättning, hur går **du** då till väga? Beskriv gärna för mig.
- Vad kom **ni** fram till under just detta samtal?
- Följdfråga. Hur upplever **du** ett målsättningsamtal?
- Vilka erfarenheter har **du** från målsättning inom rehabilitering?

## **BILAGA 2.**

### **Informationsbrev**

**Vill du delta i en studie gällande upplevelsen av målsättning för rehabilitering efter en knäplastikoperation?**

Du har genomgått en knäplastikoperation på [REDACTED] i [REDACTED] och påbörjat din rehabilitering på klinikens gruppträning.

En god rehabilitering är mycket viktig efter en ortopedisk operation och ett mål att sträva efter kan ge motivation till den givna rehabiliteringen. Det jag nu vill undersöka i min magisterstudie är hur DU upplevde samtalet med fysioterapeuten om målsättningen för rehabiliteringsperioden. Studien kommer att utföras genom intervjuer av fysioterapeuter vid kliniken och patienter som genomgått en knäplastikoperation. Om du vill medverka i studien kommer du först att träffa och samtala med fysioterapeuten vid tremånaderskontrollen. Därefter kommer intervjun att genomföras, direkt efter din tremånaderskontroll.

Studien kommer eventuellt att ligga som grund för förbättringsarbete i verksamheten gällande mål och målsättning vid rehabiliteringen efter en knäplastikoperation.

- Du som deltagare i studien kan när som helst avbryta studien utan att ange orsak och utan att det påverkar din behandling eller bemötande av behandlande personal.
- Dina personuppgifter kommer inte att användas i studien och all information om dig kommer att behandlas konfidentiellt. Det kommer inte att vara möjligt att identifiera dig i magisteruppsatsen eller eventuell publicerad studie.
- Du kommer endast att bli intervjuad av mig som utför studien. Innehållet i studien ingår i min magisteruppsats som eventuellt kommer att publiceras.

Om du godkänner ett deltagande i studien, skriv under med ditt namn, ange datum och telefonnummer:

---

Namn och datum

---

Telefonnummer

**Vid frågor vänligen kontakta magisterstudent inom fysioterapi, Mälardalens högskola: Eleonor Jonsson**

E-post: [eleonor.jonsson@capiostgoran.se](mailto:eleonor.jonsson@capiostgoran.se)

E-post: 073-8334929

**Eller min handledare för detta arbete: Maria Sandborgh, universitetslektor i fysioterapi, Mälardalens högskola**

Mail: [maria.sandborgh@mdh.se](mailto:maria.sandborgh@mdh.se)

Tel.nr: 021-10 13 95

### **BILAGA 3.**

#### **Informationsbrev**

**Vill du delta i en studie gällande upplevelsen av målsättning för rehabilitering efter en knäplastikoperation?**

Du är leg. fysioterapeut som arbetar på [REDACTED], Ortopedkliniken, och arbetar postoperativt med de patienter som genomgått en knäplastikoperation. En av dina arbetsuppgifter är att utföra tremånadersuppföljningar för denna angivna patientkategori.

En god rehabilitering är mycket viktig efter en ortopedisk operation och ett mål att sträva efter kan ge motivation till den givna rehabiliteringen. Det jag nu vill undersöka i min magisterstudie är hur DU upplevde samtalet med patienten om målsättningen för rehabiliteringsperioden. Studien kommer att utföras genom intervjuer av fysioterapeuter vid kliniken och patienter som genomgått en knäplastik operation. Om du vill medverka i studien kommer du först att genomföra tremånaderskontrollen med en patient som valt att delta i studien. Därefter kommer intervjun att genomföras under samma dag som den aktuella tremånaderskontrollen.

Studien kommer att eventuellt ligga som grund för förbättringsarbete i verksamheten gällande mål och målsättning vid rehabiliteringen efter en knäplastikoperation.

- Du som deltagare i studien kan när som helst avbryta studien utan att ange orsak och utan att det påverkar bemötande från kollegor samt arbetsmiljö.
- Dina personuppgifter kommer inte att användas i studien och all information om dig kommer att behandlas konfidentiellt. Det kommer inte att vara möjligt att identifiera dig i magisteruppsatsen eller eventuell publicerad studie.
- Du kommer endast att bli intervjuad av mig som utför studien. Innehållet i studien ingår i min magisteruppsats som eventuellt kommer att publiceras.

Om du godkänner ett deltagande i studien, skriv under med ditt namn, ange datum och telefonnummer:

---

*Namn och datum*

---

*Telefonnummer*

**Vid frågor vänligen kontakta magisterstudent inom fysioterapi, Mälardalens högskola: Eleonor Jonsson**

E-post: [eleonor.jonsson@capiostgoran.se](mailto:eleonor.jonsson@capiostgoran.se)

Tel.nr: 073-8334929

**Eller min handledare för detta arbete: Maria Sandborgh, universitetslektor i fysioterapi, Mälardalens högskola**

E-post: [maria.sandborgh@mdh.se](mailto:maria.sandborgh@mdh.se)

Tel.nr: 021-10 13 95