



SAHLGRENKA AKADEMIN  
INSTITUTIONEN FÖR NEUROVETENSKAP OCH  
FYSIOLOGI

# UPPFATTNINGAR OM ARTROSSJUKDOM OCH REHABILITERING HOS DELTAGARE I ARTROSSKOLA SOM RAPPORTERAT EN MINSKAD SMÄRTA OCH SAMTIDIGT ÖNSKAT HÖFTPROTESKIRURGI

En kvalitativ intervjustudie

## Författare

Legitimerad sjukgymnast Kristina Borgmalm

---

Examensarbete: 30 hp  
Program/ Kurs: Självständigt arbete för masterexamen i fysioterapi  
Nivå: Avancerad nivå  
Termin/år: VT 2018  
Handledare: Docent, leg. sjukgymnast Carina Thorstensson  
Docent, leg. sjukgymnast Carin Willén  
Examinator: Professor, leg. sjukgymnast Monika Fagevik-Olsén

# Abstrakt

Examensarbete:	30 hp
Program/ Kurs:	Självständigt arbete för masterexamen i fysioterapi
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT 2018
Handledare:	Docent, leg. sjukgymnast Carina Thorstensson Docent, leg. sjukgymnast Carin Willén
Examinator:	Professor, leg. sjukgymnast Monika Fagevik-Olsén
Nyckelord:	Höftartros, fysioterapi, rehabilitering, patienterfarenheter, kvalitativ forskning, höftledsplastik

---

Bakgrund:	Artrosskola för patienter med höft- och knäartros visar generellt på positiva resultat bland annat i form av ökad hälsorelaterad livskvalitet och minskad smärta. Trots detta ses att andelen patienter med höftartros som vill bli opererade ett år efter deltagande i artrosskola är större jämfört med andelen som uppger att de önskar bli opererade vid första besök.
Syfte:	Syftet med studien är att beskriva uppfattningar om artrossjukdom och rehabilitering hos deltagare i artrosskola som rapporterat en minskad smärta och samtidigt önskat höftproteskirurgi.
Metod:	Kvalitativ studiedesign med semistrukturerade intervjuer (n=12). Data analyserades genom kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats och kodades i underkategorier och kategorier på manifest nivå och teman på en latent analysnivå.
Resultat:	Analysen resulterade i tre övergripande teman; <i>artrossjukdomen har stor påverkan i livet, artrosskolan stödjande</i> samt <i>artrosskolan inte tillräcklig</i> . Varje tema har två till fyra kategorier kopplade till dem. Två kategorier innefattar även underkategorier.
Konklusion:	Resultatet av föreliggande studie bidrar till en ökad förståelse gällande uppfattningar om artrossjukdom och rehabilitering hos deltagare i artrosskola som rapporterat en minskad smärta och samtidigt önskat höftproteskirurgi. Resultatet kan användas som utgångspunkt för vidareutveckling och förbättringsarbete av omhändertagande och rehabilitering för personer med artros inom primärvård. Resultatet kan även användas som plattform för ytterligare forskning vilket är relevant ur ett samhällsekonomiskt perspektiv då personer med artros är en växande patientgrupp i öppenvård.

# Abstract

Master thesis:	30 credits
Program:	Master (two year) thesis in physiotherapy
Level:	Master
Term/year:	Spring 2018
Supervisor:	PhD, RPT Carina Thorstensson PhD, RPT Carin Willén
Examiner:	Professor, RPT Monika Fagevik-Olsén
Key words:	Hip osteoarthritis, physical therapy, rehabilitation, patient perspective, qualitative research, arthroplasty

- 
- Background:** Participation in a osteoarthritis (OA) self-management programme for patients with hip and knee OA generally shows positive results such as increased health-related quality of life and reduced pain. Despite this, it is seen that the proportion of patients with hip OA who want to have hip replacement surgery one year after participation in the programme is greater compared to the proportion that state that they wish to undergo surgery on their first visit prior to participation in the OA-self management programme.
- Aim:** The aim of the study was to describe conceptions of osteoarthritis and rehabilitation in participants of a OA self-management programme who reported reduced pain together with a wish to undergo hip replacement surgery.
- Methods:** Qualitative study design with semi structured interviews (n=12). Data was analyzed by qualitative content analysis with an inductive approach and was encoded into subcategories and categories at a manifest level of analysis, and themes at a latent level of analysis.
- Results:** Three themes emerged from the analysis; *the osteoarthritis disease has a major impact in life*, *the osteoarthritis self-management programme is supportive* and *the osteoarthritis self-management programme is not sufficient*. Each theme has two to four categories connected, and two categories also include subcategories.
- Conclusion:** The result of the present study contributes to an increased understanding of perceptions of the OA disease and rehabilitation in participants of a OA self-management programme that have reported reduced pain together with a wish to undergo hip replacement surgery. The result can be used as a basis for further development and improvement work within care and rehabilitation for people with osteoarthritis in primary health care setting. The result can also be used as a platform for further research, which is relevant from a socio-economic perspective as people with osteoarthritis is a growing patient group in primary health care.

# Introduktion

Fysioterapeuter träffar ofta patienter med artros. Artros är en vanligt förekommande ledsjukdom globalt och en betydande orsak till funktionsnedsättning med en stor samhällsekonomisk påverkan (1). Enligt World Health Organization (WHO) klassificeras sjukdomen som en av de tio största orsakerna till funktionshinder i industrialiserade länder (2). Artros är en kronisk, degenerativ ledsjukdom som drabbar brosket i leden, men även skelettet, ledkapsel, samt omgivande muskulatur och mjukdelar (1, 3-5). Patofysiologiskt kännetecknas artros av en obalans mellan uppbyggnad och nedbrytning av brosksubstans vilket ger en sviktande funktion i leden (1, 4). Artros kan utvecklas i alla leder, men vanligast är att knä-, höft-, hand-, facett- eller fotleder drabbas (4). Identifierade riskfaktorer för utvecklande av artros innefattar bland annat ålder, kön, tidigare leddskada, ärftlighet och övervikt (4, 6-8). Smärta, försämrad funktion och nedsatt hälsorelaterad livskvalitet är vanliga konsekvenser av sjukdomen för den drabbade individen (3, 8).

I Sverige beräknas var fjärde person över 45 år ha artros (9). Höftartros har beskrivits mindre vanligt jämfört med artros i knä eller hand (4). Det finns stora variationer vad gäller prevalens då artros kan definieras som röntgenverifierad eller symtomatisk utifrån klinisk bedömning och självskattning, men förekomsten ökar kraftigt med en stigande ålder (3, 4, 9). Även om förekomsten är starkt åldersrelaterad förekommer artros även hos yngre och medelålders personer och har då oftast samband med övervikt, fetma eller en tidigare leddskada (8).

Vanliga symtom vid artros innefattar ledsmärta, stelhet och rörelsebegränsning (4, 8). Nedsatt flexion, inåtrotation och smärta vid inåtrotation är exempel på vanliga kliniska fynd vid höftartros (8). Sjukdomsförloppet är ofta långsamt, och symtom kan finnas utan närvaro av röntgenförändringar (4, 8). Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar (2012) rekommenderas att vid artros bör diagnos ställas med hjälp av en samlad bedömning av anamnes, tre vanliga symtom samt tre typiska kliniska fynd erhållna vid undersökning (8). Undersökning med röntgen bör endast genomföras i undantagsfall där patienten ej svarat som förväntat på behandling eller för uteslutande av annan allvarlig sjukdom som orsak till besvären (8). Röntgenundersökning anses ej ge en säkrare diagnos jämfört med en samlad klinisk bedömning då samband mellan grad av ledförändringar synliga på röntgen och symtombild har visats svagt (4, 8, 10).

Internationella och nationella riktlinjer för icke-farmakologisk behandling vid artros innefattar en grundbehandling bestående av bland annat information om sjukdomen, fysisk träning samt viktkontroll (3, 8, 11, 12). Regelbunden, handledd konditionsträning, styrketräning och funktionsträning under lång tid rekommenderas av Socialstyrelsen vid artros i knä och höft (8). Socialstyrelsen belyser vidare i sin rekommendation att regelbunden, handledd träning under lång tid ger en smärtlindrande effekt som kan jämföras med behandling med smärtlindrande läkemedel (8). Vid otillräcklig symtomlindring av grundbehandling kan denna behöva kompletteras med tilläggsbehandling, t.ex. smärtlindrande läkemedel eller fysioterapeutisk behandling exempelvis transkutan elektrisk nervstimulering (TENS) eller förskrivning av hjälpmedel (8). Vid svåra besvär och i de fall där man ej uppnår tillfredsställande resultat med grund- och tilläggsbehandlingar övervägs kirurgisk behandling (8, 13). Det är endast ett fåtal av patienterna som söker öppenvård i Sverige för artrosrelaterade besvär i höft och knä, uppskattningsvis cirka 15–20 %, som någonsin blir aktuella för protesoperation, vilket belyser vikten av ett adekvat omhändertagande tidigt i sjukdomsprocessen (14, 15).

I Sverige erbjuds många patienter med artros grundbehandling via deltagande i artrosskola (14). Artrosskolan som leds av fysioterapeuter och arbetsterapeuter i primärvård är evidensbaserad och följer Socialstyrelsens gällande riktlinjer för grundbehandling vid artros (8, 14, 15). Syftet med artrosskolan är främst att alla patienter med artros skall erbjudas behandling enligt gällande riktlinjer vad gäller information och fysisk träning med målet att öka hälsorelaterad livskvalitet och fysisk aktivitetsnivå hos patientgruppen (15). Ur ett samhällsekonomiskt perspektiv finns även målsättningen att minska sjukvårdskonsumtion och sjukskrivning till följd av artros (15). Genom artrosskolan får patienten kunskap om egenvård för att leva ett gott liv trots artros (15). Artrosskolan utgörs av en minimiintervention innefattandes information om vad artros är, riskfaktorer, tillgängliga behandlingar samt egenvårdstips (15, 16). Totalt består teoridelen av två till tre tillfällen där information ges i grupp. Träffarna bedrivs liknande på samtliga enheter med artrosskola utifrån ett standardiserat utbildningsmaterial. De två inledande teoretiska tillfällena leds av fysioterapeut eller arbetsterapeut utbildade i att hålla artrosskola, och det eventuellt tredje teoritillfället består av att en artrosinformatör, expertpatient, berättar om sina erfarenheter av att leva med artros. Efter teoridelen erbjuds patienterna ett individuellt utprovat träningsprogram och möjlighet till regelbunden träning tillsammans med andra under handledning av fysioterapeut under en period på sex veckor. (15, 16)

Patientrapporterade utfall avseende upplevd hälsorelaterad livskvalitet, smärta, fysisk aktivitetsnivå, rörelserädsla, motivation för operation, tilltro till den egna förmågan samt nöjdhet utvärderas i samband med artrosskolan (15). Dessa variabler samlas inför första besök via ett frågeformulär och därefter även vid uppföljning efter 3 och 12 månader i det Nationella Kvalitetsregistret BOA-registret (15). BOA står för "Bättre Omhändertagande av patienter med Artros" (15). Vid tremånadersuppföljning som sker hos fysioterapeut ligger fokus på diskussioner om lämplig hemträning och planering av fortsatt aktivitet/träning (15). För att utvärdera smärta i BOA har visuell analog skala (VAS) använts vilket är ett instrument för att mäta subjektivt skattad smärta från 0 (ingen smärta) till 100 (värsta tänkbara smärta) med syfte att mäta förändring i smärta över tid hos individen (17). En minskning av VAS över tid betyder förbättring (17). För att en förändring i smärta skall anses kliniskt meningsfull vid diagnosen artros har föreslagits att den bör vara minst tio (17, 18). Resultaten avseende smärtskattning kan följas med hjälp av BOA-registret (14, 16).

Resultat från BOA-registret visar generellt på positiva resultat av artrosskola för patienter med höft- och knäartros bland annat i form av ökad hälsorelaterad livskvalitet och minskad smärta såväl efter tre månader som ett år (17). Till exempel minskar andelen patienter med höftartros som anger daglig smärta med 17 procentenheter vid ettårsuppföljning jämfört med nybesök (17). Trots detta ses att andelen patienter med höftartros som vill bli opererade ett år efter deltagande i artrosskola är större jämfört med första besök (17). Andelen som vill bli opererade är något högre bland män än kvinnor (17). Resultaten tyder på att det kan vara andra faktorer än smärtupplevelse som har betydelse för hur besvär och resultat efter artrosskola upplevs (17). Ovan resultat indikerar ett behov att ur ett patientperspektiv utforska uppfattningar om artros och rehabilitering, inkluderat patientens önskan att bli opererad, för att få en inblick i och förståelse för vilka uppfattningar som varit betydelsefulla i önskan om proteskirurgi.

Flertalet kvalitativa studier finns som utforskar patienters syn på artros och beslutsprocessen gällande ställningstagande till proteskirurgi, dock enbart i kontext av patienter som redan står på väntelista för eller har genomgått operation (19-21). McHugh & Luker (19) fann att hos patienter med artros som genomgått höftledsplastik indicerades beslutet att opereras huvudsakligen av en hög nivå av smärta samt begränsning av fysisk funktion. Patienterna beskrev att de inför operationen hade förväntningar på resultatet i form av smärtfrihet, symtomfrihet och förmåga att leva som vanligt efteråt. Vidare i studien fann man att patienterna uttryckte att de haft realistiska förväntningar på utfallet efter operationen.

En upplevd frustration fanns över att rehabiliteringen tog lång tid och att återgång till full aktivitet eller arbete ej var möjligt som förväntat efter operationen. Ytterligare två studier har visat liknande resultat där patienter som stod på väntelista för eller hade genomgått proteskirurgi beskrev att viljan att opereras huvudsakligen grundades i en upplevd funktionsbegränsning med en stor negativ påverkan i det dagliga livet där smärta var en central orsakskomponent (20, 21).

Webster et al. (22) undersökte upplevelser hos patienter som skulle genomgå höft- eller knäprotesoperation med fokus på artrossjukdomens påverkan i livet. Resultaten visade att de intervjuade upplevde att artrossjukdomen hade en stor påverkan på flera plan i individens dagliga liv. Artrossjukdomen beskrevs i termer av ett kroniskt, livsförändrande tillstånd med negativ påverkan både i arbetsliv och privatliv. Patienterna beskrev bland annat upplevelser av minskat socialt engagemang och en reducerad aktivitetsnivå.

Ett utforskande av uppfattningar hos patienter med höftartros som rapporterar minskad smärta efter deltagande i artrosskola, och samtidigt önskar proteskirurgi, skulle kunna ge bättre förståelse för patienternas syn på artros och rehabilitering samt vilka uppfattningar som varit betydelsefulla för patienternas vilja att opereras. Vidare skulle ett utforskande av uppfattningar kunna ge upphov till möjliga hypoteser om varför andelen patienter som önskar operation ökar vid ettårsuppföljning samt bidra till att optimera omhändertagandet och rehabiliteringen för patienter med höftartros i primärvård. Till författarnas kännedom saknas studier med långsiktig uppföljning av patienters uppfattningar om artros och rehabilitering, inkluderat inställning till operation efter genomförd icke-kirurgisk behandling i form av artrosskola.

Syftet med studien är således att beskriva uppfattningar om artrossjukdom och rehabilitering hos deltagare i artrosskola som rapporterat en minskad smärta och samtidigt önskat höftproteskirurgi.

## **Metod**

### **Design**

Kvalitativ studiedesign med semistrukturerade intervjuer. Målet med kvalitativa forskningsmetoder är att utforska meningsinnehåll i olika fenomen så som det upplevs av de involverade själva och en kvalitativ metod kan bidra till mångfald och nyanser av olika fenomen

(23). Kvalitativ forskningsmetodik är lämplig att använda för att få veta mer om mänskliga erfarenheter, upplevelser, tankar, förväntningar, motiv och attityder (23). Metodiken är användbar för att få svar på frågeställningar som gäller innebörder, betydelser och nyanser i händelser och beteenden (24). Den kvalitativa forskningsintervjun syftar till att förstå världen från undersökningspersonernas synvinkel och utveckla mening ur deras erfarenheter (24). En kvalitativ forskningsansats ansågs relevant med hänsyn till syftet med föreliggande studie.

## Urval

Inklusionskriterier för deltagande i studien var patienter som deltagit i artrosskola med besvär från höften som primär orsak till vårdkontakt, som inför artrosskola angav att de ej önskar bli opererade för sina besvär, men önskade operation vid ettårsuppföljningen och angav en förbättring avseende skattad smärta på VAS  $\geq 10$  (VAS 0–100). Exklusionskriterie var deltagare som blivit protesopererade efter avslutad uppföljning av artrosskolan. I BOA-registret finns enbart registrerat patienter som förstår och talar svenska varför det ej angavs som enskilt inklusionskriterie.

## Rekrytering

Målet var att inkludera 10–20 deltagare för att erhålla tillräckligt analysunderlag. Efter godkännande från Regionala etikprövningsnämnden i Göteborg gjordes en ansökan till kvalitetsregistret BOA för sammanställning över samtliga patienter som fanns i registret enligt ovan angivna inklusionskriterier tillsammans med beskrivande bakgrundsvariabler såsom; datum för första besök och ettårsuppföljning samt symtomduration innan artrosskola och skattning av rörelserädsla vid första besök samt ettårsuppföljning. Ett strategiskt urval eftersträvades med en variation i urvalet avseende ålder (personer över och under 65 år), kön och geografisk spridning. Vidare eftersträvades även i urvalet en variation avseende symtomduration innan artrosskola samt rörelserädsla vilket författarna hypotiserade kunde påverka uppfattningar om artros och rehabilitering. Urvalet var tänkt att begränsas till patienter bosatta inom eller i nära anslutning till Västra Götalandsregionen av praktiska skäl för möjligheten att kunna genomföra intervjuer fysiskt, vid större geografiskt avstånd planerades även telefonintervjuer att genomföras. Totalt uppfyllde 49 personer uppsatta inklusionskriterier varav sju var bosatta inom Västra Götalandsregionen. Rekryteringen utökades således till hela Sverige, och samtliga 49 togs i beaktande vid det strategiska urvalet.



Ett informationsbrev om studiens syfte samt förfrågan om tillstånd om utlämnande av kontaktuppgifter för mer information om föreliggande studie (Bilaga 1) skickades ut per post från BOA-registret till ett strategiskt urval på 29 personer. Då antalet inkomna svar (n=15) ej bedömdes räcka för att erhålla tillräckligt analysunderlag skickades informationsbrev även ut till de 20 resterande i gruppen som uppfyllde uppsatta inklusionskriterier. Totalt erhöles skriftligt godkännande från 32 personer om utlämnade av kontaktuppgifter i syfte att få mer information om studien. Efter mottaget skriftligt medgivande kontaktades personerna via telefon av KB och erhöles muntlig information angående studiens syfte och genomförande. Tio personer exkluderades vid telefonkontakt då de hade blivit protesopererade efter ettårsuppföljningen och ytterligare tio personer uppgav att de ej var intresserade av att delta i studien. Ett missivbrev skickades ut med skriftlig information om studien tillsammans med förfrågan om, och villkor för, medverkan i aktuell studie (Bilaga 2) till de tolv personer som vid telefonkontakt visat intresse för deltagande. Efter mottaget skriftligt samtycke till medverkan kontaktades deltagarna återigen över telefon av KB och tidpunkt för genomförande av intervju bestämdes. På grund av stort geografiskt avstånd samt preferens från deltagare genomfördes samtliga intervjuer över telefon.

## Deltagare

Föreliggande intervjustudie innefattade 12 personer som uppfyllde uppsatta inklusionskriterier, totalt nio kvinnor och tre män. Medelålder för deltagarna var 69 år. För demografiska data över inkluderade deltagare, se tabell 1.

Deltagarna hade en geografisk spridning från nio olika regioner/landsting med representation från stora delar av Sverige. Samtliga deltagare hade gått i artrosskola vid olika rehabiliteringsenheter. Tre av deltagarna hade haft ettårsuppföljning <1 år före intervjutillfället och nio deltagare >1 år vid tidpunkt för genomförande av intervju. En av deltagarna stod vid tidpunkt för intervju på väntelista för operation.

Tabell 1. Demografiska data över deltagare som beskriver uppfattningar om artrossjukdom och rehabilitering efter deltagande i artrosskola. \* VAS= Visuell Analog Skala, resultat redovisat i mm (0-100).

Intervju (n)	Kön	Ålder	Civilstånd	Arbetsförmåga	Symtomduration innan deltagande i artrosskola (månader)	Minimi- intervention: Information	Övervakad träning i grupp enligt individuellt program (frivilligt)	Smärta skattat enligt VAS 1:a besök – 12 månader (förändring mm)	Rädsla att leden tar skada av fysisk aktivitet 1:a besök - 12 månader (Y=Ja, N=Nej)
1	Man	67	Ensam- stående	Deltids- pensionär	60	Ja	Ja	50-30 (20)	N-N
2	Kvinna	73	Sambo	Pensionär	60	Ja	Nej	60-50 (10)	N-N
3	Kvinna	73	Gift	Pensionär	168	Ja	Ja	74-64 (10)	N-N
4	Kvinna	74	Gift	Pensionär	5	Ja	Ja	50-40 (10)	Y-N
5	Man	71	Gift	Pensionär	12	Ja	Ja	70-51 (19)	Y-Y
6	Kvinna	69	Gift	Pensionär	18	Ja	Nej	70-49 (21)	N-N
7	Kvinna	66	Gift	Pensionär	12	Ja	Nej	60-41 (19)	Y-Y
8	Kvinna	67	Gift	Pensionär	5	Ja	Ja	67-48 (19)	N-Y
9	Man	71	Gift	Pensionär	6	Ja	Ja	40-20 (20)	N-N
10	Kvinna	61	Gift	Pensionär	120	Ja	Nej	66-20 (46)	N-N
11	Kvinna	69	Ensam- stående	Pensionär	60	Ja	Nej	90-70 (20)	N-N
12	Kvinna	66	Gift	Pensionär	Ej känt	Ja	Ja	70-57 (13)	N-N

## Datainsamling

Datainsamling genomfördes genom individuella intervjuer över telefon. En semistrukturerad intervjuguide användes med öppna frågor gällande patienternas uppfattning om artrossjukdom, tankar om erhållen rehabilitering vid artros inklusive erfarenhet av deltagande i artrosskola samt inställning till operation, se bilaga 3. Samtliga intervjuer utfördes av KB. Deltagarna hade vid telefonkontakt informerats om vilken typ av frågor som skulle ställas och de ombads berätta fritt om sina erfarenheter och upplevelser. Frågor och frågeföljd anpassades efter den intervjuade, eventuella följdfrågor ställdes beroende på vilka teman som togs upp av deltagaren under intervjun. Vid behov ställdes klagörande frågor. En pilotintervju genomfördes för att utvärdera intervjuguiden, från vilken data sedan inkluderades i analysen. Intervjuerna genomfördes under perioden 24 augusti – 19 oktober 2015 via telefon. Intervjuerna varade i genomsnitt ca 30 minuter (20–67 minuter) och spelades in. Inspelade intervjuer transkriberades ordagrant av en oberoende part utan kännedom eller anknytning till projektet eller deltagarna i övrigt.

## Förförståelse

Författare av denna studie (KB) är legitimerad sjukgymnast och har viss erfarenhet av arbete inom primärvård med aktuell patientgrupp samt utbildning i och erfarenhet av att leda

artrosskola. Handledare CT (docent, leg. sjukgymnast, f.d. registeransvarig BOA-registret) har erfarenhet av arbete med aktuell patientgrupp och kvalitativ forskningsmetodik samt har arbetat aktivt inom BOA med utveckling och utbildning för legitimerad personal. CW (docent, leg. sjukgymnast) har erfarenhet av kvalitativ forskning och kliniskt arbete med aktuell patientgrupp men har ej specifikt arbetat med artrosskola som behandlingsintervention. Baserat på tidigare erfarenheter innefattades i författarens förväntningar på resultatet i föreliggande studie att deltagarna generellt skulle uttrycka negativa erfarenheter av artrossjukdomen samt att smärta skulle vara en central orsaksfaktor i önskan om operation. Deltagarnas erfarenhet av rehabilitering genom artrosskola förväntades i stora drag beskrivas i positiva termer. KB har ingen tidigare relation till eller tidigare kännedom om deltagarna i föreliggande studie. En intervjuguide med öppna frågor användes för att strukturera intervjuerna och inbjuda deltagarna att berätta fritt om sina erfarenheter och upplevelser för att minimera påverkan av författarens förförståelse på resultatet. Vidare har analysen av data genomförts av två forskare med olika bakgrund och erfarenhet (KB, CW) för att minimera risken att förförståelsen inverkat på resultatet.

## Analys

Utifrån studiens syfte analyserades data genom kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats enligt process beskriven av Graneheim och Lundman (25). Kvalitativ innehållsanalys ansågs lämplig då målet med metoden är att öka kunskapen och ge nya insikter och syftet är att uppnå en innehållsrik och bred beskrivning av ett fenomen (26).

Analysenheten utgjordes av den transkriberade texten från intervjuerna. Intervjuerna lästes igenom i sin helhet av KB och CW för att skapa en förståelse för innehållet. Därefter genomfördes analysen främst av KB med stöd av CW. Analysprocessen genomfördes i följande steg; efter genomläsning delades texten efter sitt innehåll i två innehållsområden som svarade för studiens syfte, artrossjukdom och rehabilitering. Meningsbärande enheter plockades ut som ansågs svara för studiens syfte och frågeställningar. De meningsbärande enheterna kondenserades och kodades. Kodernas innehåll jämfördes avseende likheter och skillnader och koder med liknande innehåll sammanfördes i underkategorier och kategorier på en manifest nivå, se exempel nedan (tabell 2). Slutligen konstruerades teman på en latent analysnivå utifrån innehållet i de framkomna kategorierna. Analysprocessen pågick fram och tillbaka mellan dess innefattande steg, och diskuterades av KB och CW tills enighet rådde. Analysen avslutades när inga nya koder framkom i materialet. Citat för att belysa respektive

tema/kategori valdes ut för att stärka tillförlitligheten. Microsoft Word användes som stöd för hantering av data i analysprocessen.

Tabell 2. *Praktiskt exempel av kategorisering i analysprocessen.*

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
"Ja, jag har väl förväntning att man ska slippa ifrån värken. Det är väl förväntningen jag har i så fall. Så det är väl min största önskan."	Förväntning att slippa ifrån värken	Förväntning slippa värken	Bli av med smärtan	Operation, tankar och förväntningar

## Etik

Föreliggande studie innehar etiskt godkännande från Regionala etikprövningsnämnden i Göteborg 150415 (Dnr 114-15) och genomfördes efter etiska principer enligt Helsingforsdeklarationen (27). Deltagarna erhöll både muntlig och skriftlig information gällande studien inför deltagande. Skriftligt medgivande erhöles från samtliga deltagare. Deltagarna erbjöds uppföljande samtal med någon i forskargruppen efter genomförd intervju vid behov om intervjun väckt känslor, frågor eller funderingar. I övrigt bedömdes inte studien medföra några risker och deltagandet var frivilligt.

## Resultat

Resultatet identifierar totalt tre teman med två till fyra kategorier kopplade till dem. Två kategorier innefattar även underkategorier.

Deltagarnas erfarenheter av artrossjukdom och rehabilitering efter genomgången artrosskola reflekteras i följande tre teman; **artrossjukdomen har stor påverkan i livet**, **artrosskolan stödjande** samt **artrosskolan inte tillräcklig**. Temat **artrossjukdom har stor påverkan i livet** består av kategorierna *tankar om artrossjukdom*, *strategier att hantera artrossjukdomen*, *begränsningar* samt *operation, tankar och förväntningar*. Kategorin *begränsningar* är indelad i tre underkategorier: *fysisk begränsning*, *psykisk inverkan* samt *social påverkan*. Vidare är kategorin *operation, tankar och förväntningar* indelad i underkategorier: *bli av med smärtan*, *bli som förut* och *ambivalens*. Temat **artrosskolan stödjande** innehåller kategorierna: *träning*, *gruppens värde* samt *kunskap och insikt*. Slutligen innefattar temat **artrosskolan inte tillräcklig** kategorierna: *utebliven önskad effekt av rehabilitering* samt *avsaknad av uppföljning*. Se figur 1 för översikt över identifierade teman, kategorier och underkategorier.

Tema	Kategori	Underkategori
<b>Artrossjukdomen har stor påverkan i livet</b>	Tankar om artrossjukdom	
	Strategier att hantera artrossjukdomen	
	Begränsningar	<i>Fysisk begränsning Psykisk inverkan Social påverkan</i>
	Operation, tankar och förväntningar	<i>Bli av med smärtan Bli som förut Ambivalens</i>
<b>Artrosskolan stödjande</b>	Träning Gruppens värde Kunskap och insikt	
<b>Artrosskolan inte tillräcklig</b>	Utebliven önskad effekt av rehabilitering Avsaknad av uppföljning	

Figur 1. Översikt identifierade teman, kategorier samt underkategorier.

I resultatdelen presenteras respektive tema med tillhörande kategorier och eventuella underkategorier tillsammans med citat som används för att exemplifiera respektive tema/kategori. Varje citat är märkt med en siffra, vilket motsvarar en specifik individ.

## **Artrossjukdomen har stor påverkan i livet**

Att leva med artrossjukdom uttrycktes innebära en begränsande, multidimensionell påverkan i livet: fysisk, psykisk och social. Deltagarna beskrev ett förändrat förhållningssätt till vardagliga aktiviteter. Olika strategier för att hantera den upplevda fysiska och psykiska påfrestning sjukdomen innebär beskrevs. Beskrivningar innefattade även generella uppfattningar om sjukdomen och olika förväntningar som fanns på resultatet av, och tankar kring, en eventuell operation. Beskrivningarna av artrossjukdomen kunde utifrån innehåll delas in i fyra kategorier med tillhörande underkategorier.

### **Tankar om artrossjukdom**

Deltagarna beskrev artrossjukdomen i termer av en vanlig, besvärlig, begränsande och otrevlig sjukdom som kommit smygande. Artrossjukdomen i sig upplevdes inte som främmande då sjukdomen ofta funnits i släkt eller bekantskapskrets. Insikten om att det är en kronisk sjukdom som inte går att bota lyftes fram. Faktorer som vilja och att vara igång och röra på sig skildrades vara viktiga för att försöka påverka sjukdomens förlopp.

10 *"(...) man ska absolut inte sätta sig ner och sitta still. Det blir bara sämre. Utan tvärtom, rör på dig"*

Sjukdomen återgavs ha stor negativ påverkan på deltagarnas vardag och liv i stort. Att vilja men inte kunna göra det man vill och att känna sig begränsad och hämmad. Artrossjukdomen upplevdes sätta ner den önskade förmågan samt ha förändrat förutsättningarna för hur man skulle vilja ha det, eller hade förväntat sig, att livet skulle se ut. Skillnad mellan vad man kunde göra förr och nu speglades och saker som varit självklara innan beskrevs inte vara självklara längre i och med artrossjukdomen. Jämförelser mellan då och nu och den begränsning i förmåga som sjukdomen inneburit uttrycktes som svår att acceptera och återgavs också i känslan av att vara låst och begränsad. Sjukdomen beskrevs innebära dålig livskvalitet.

12 *"Ja, det är ju att jag blir hindrad att göra det jag egentligen kanske skulle vilja. Nu vet jag inte ens vad jag vill längre"*

De egna besvären sattes i relation till omgivningen i reflektionerna kring sjukdomen. En tacksamhet att inte ha värk hela tiden som en del kan ha, eller en lättnad att sjukdomen för dem kommit sent i livet uttrycktes.

6 *"Och sen tänker jag ju att det finns väl många som har det mycket värre än jag, så att jag måste ju liksom ta mig i kragen här (...)"*

### Strategier att hantera artrossjukdomen

Deltagarna beskrev olika strategier de använde sig av för att hantera sin artrossjukdom i det vardagliga livet. Dessa skildrades både i konkreta praktiska strategier och tankemässiga hanteringsstrategier.

Gemensamt i beskrivningarna var att man på grund av sjukdomen anpassade sina aktiviteter inom både fritid och arbete. Anpassning i form av att göra saker i sin egen takt, pytsa ut göromål eller undvika att göra alltför ansträngande saker när man har ont beskrevs. Att växla aktivitet ofta framställdes som en annan strategi. Deltagarna beskrev att de tänkte mycket mer på hur de gör saker t.ex. hur man sätter sig i en låg bil eller hur man bäst bär tunga saker för att minska besvär. Andra strategier som nämndes var att delegera uppgifter till anhöriga som man inte längre klarade av t.ex. klippa gräs, eller att ta det väldigt lugnt och försiktigt vid mer ansträngande aktiviteter.

7 ”Ja, man får lägga upp dagen liksom. Idag har jag ont till exempel. Då försöker jag ju undvika saker som är lite mer ansträngande och så där då”

Att vara i rörelse angavs som en strategi för att minska besvären relaterade till sjukdomen liksom att använda sig av olika hjälpmedel för att underlätta i aktiviteter t.ex. att gå med stavar eller att använda en vagn istället för att bära vid handling.

Exempel på hur man tankemässigt hanterade sin vardag och sitt liv utifrån sitt förhållningssätt till sjukdomen gavs. Dessa beskrivningar innefattade att försöka leva som vanligt, bita ihop och hänga med så gott man kan i vardagen.

1 ”Man får liksom ta det lugnt och tänka att det är en sjukdom. Att man får finna sig i det”

## Begränsningar

Artrossjukdomen beskrevs som begränsande inom flera dimensioner i deltagarnas liv. Beskrivningarna kunde mer specifikt delas in i tre underkategorier: *fysisk begränsning*, *psykisk inverkan* samt *social påverkan*.

### *Fysisk begränsning*

Begränsningar i funktion och därmed i olika aktiviteter relaterat till sjukdomens fysiska påverkan beskrevs i termer av att t.ex. inte kunna röra och förflytta sig på det sättet man vill. Svårigheter att sitta och stå längre stunder och även svårighet att ta sig ur sängen och att ta sig upp och ned på golv, eller sitta på huk, beskrevs. Smärta hade en central roll i dessa beskrivningar både som begränsade direkt i aktivitet och som följd av aktivitet.

6 ”Det gör jätteont. Och i och med att man har ont så kan man inte röra sig som, som vanligt om man säger”

Negativ påverkan på gångförmågan beskrevs i termer av att det upplevdes jobbigt att gå och att det är begränsande att inte kunna gå. Andra beskrivningar innefattade att inte kunna gå längre sträckor som man gjort tidigare samt en negativ påverkan på gångmönstret i form av en haltande gång.

5 ”Om man ska ut och gå längre sträckor, det kan man ju inte”

Upplevelser av begränsningar i utförandet av fritidsaktiviteter belystes. Trädgårdsarbete, utförsåkning, dans, cykling och att åka motorcykel gavs som exempel på fritidsaktiviteter som deltagarna upplevt begränsats helt eller försvårats i och med sjukdomens fysiska påverkan. Aktivitetsbegränsning vad gäller att cykla handlade framförallt om svårighet att ta sig upp och ned från cykeln. Sammantaget omgavs dessa beskrivningar av en ledsamhet, irritation och tappad lust. Sjukdomen beskrevs ha lett till att intressen tagits bort i livet.

9 *"(...) jag kan inte hålla på med trädgården som jag gjort förut och då blir det förfallet och då, då är det inget roligt det"*

Sjukdomens fysiska uttryck beskrevs också sätta ner arbetsförmågan och begränsa i aktivitet t.ex. vad gäller att kunna utföra grovjobb hemma.

1 *"(...) man får väl nästan säga att man är liksom halvt nedsatt i arbetsförmåga"*

En ökad trötthet och att inte orka som förut i och med sjukdomen beskrevs. Trötthet och nedsatt ork angavs som hindrande för att göra det som man vill och planerat för. Även stelhet, att inte vara lika rörlig som förut, upplevdes som fysiskt begränsande. Någon upplevde att stelheten var det mest besvärliga med sjukdomen.

### *Psykisk inverkan*

Deltagarna delade erfarenheter av artrossjukdomens negativa psykiska inverkan.

En nytillkommen rädsla att röra sig och en rädsla för att ramla beskrevs.

4 *"(...) det har jag ju aldrig haft förut, den rädslan, att jag ska ramla, utan det är ju något som kommit (...)"*

En psykisk begränsning i form av störd nattsömn med en uttalad trötthet som följd angavs av flera deltagare. Sönnen beskrevs som sönderhackad, att nattetid bli väckt av värken.

6 *"Ja du vet, när man inte kan sova... ibland, jag säger det att jag känner mig som en zombie"*

Negativa känslouttryck som frustration, hopplöshet och ledsamhet kopplades till artrossjukdomen. Att känna sig deppig och att tycka synd om sig själv återfanns i beskrivningar



kring sjukdomens psykiska påverkan. Även påverkan på personlighet och stämningsläge beskrevs, t.ex. att uppleva sig mer irriterad.

3 *”Jag är väl lite mer folkilsken än jag har varit. Lite mer irriterad, kan jag nog säga att jag är”*

### *Social påverkan*

Sjukdomen beskrevs påverka det sociala livet t.ex. att man på grund av sjukdomen fått ställa in eller skjuta upp resor. Som konsekvens av artrossjukdomen har man hållit sig hemma och avstått från saker vilket lett till ökad isolering och ensamhet. I sociala sammanhang skildrades sjukdomen begränsande t.ex. att man undvikit att delta i aktiviteter på grund av svårighet att följa med i andras takt. Negativa erfarenheter av att behöva förklara sin sjukdom för omgivningen återgavs och andras åsikter och kommentarer om t.ex. gångförmåga upplevdes jobbiga att höra.

4 *”(...) jag håller mig mer hemma nu mot vad jag gjorde förut”*

### *Operation, tankar och förväntningar*

Deltagarna delgav olika tankar och förväntningar de hade på en eventuell operation. Operation sågs som en form av sista utväg när rehabilitering och möjliga egna ansträngningar att lindra besvären inte ansågs hjälpa tillräckligt. Beskrivningarna delades in i tre underkategorier: *bli av med smärtan*, *bli som förut* samt *ambivalens*.

### *Bli av med smärtan*

Smärta beskrevs som den avgörande faktorn i önskan om operation. Förväntningarna innefattade att bli av med smärtan vid en eventuell operation.

2 *”Ja, jag har väl förväntning att man ska slippa ifrån värken. Det är väl förväntningen jag har i så fall. Så det är väl min största önskan”*

Operation beskrevs som enda alternativ om inget annat fungerade för att bli av med smärtan. En rädsla att använda för mycket smärtstillande medicin och för hur det kunde påverka kroppen fanns.

3 *”Går det inte att bli... få mindre smärtor utan en operation, då måste jag ju helt enkelt. Det är ju... det är bara så”*

### ***Bli som förut***

Förväntningar att efter en operation kunna röra sig obehindrat och återgå till aktiviteter man tidigare kunnat göra uttrycktes. Förväntningar som fanns innefattade att kunna röra sig mer, gå längre sträckor, gå i trappa och gå skogspromenader som tidigare. En önskan som fanns var också att återfå sin rörlighet fullt för att kunna göra det man vill t.ex. simma, passa barnbarn och generellt känna sig mer säker när man rör sig, att inte behöva tänka på sina rörelser.

4 *”Ja, att jag skulle kunna röra mig obehindrat igen”*

### ***Ambivalens***

Önskan att vilja bli opererad för sin artrossjukdom beskrevs med viss ambivalens. Hur länge besvären varat och grad av besvär var avgörande för om operation togs i beaktande. Brist på kunskap om risker vid en operation och en tveksamhet kring vilka för- och nackdelar en operation skulle innebära uttrycktes. Eventuell operation beskrevs som *”ett val mellan pest eller kolera”*.

6 *”(...) operation är ju alltid en operation. Och, det kan ju tillstöta saker och ting, så att därför är jag lite rädd faktiskt... eh, rädd och rädd men, ja, osäker där”*

Viljan att opereras kopplades till en medvetenhet att med ökade besvär skulle en operation komma att bli ofrånkomlig, men tankar fanns också om att vilja fördröja, hålla emot, en operation så länge som möjligt. Ambivalens i frågeställningen om operation visade sig även hos någon genom att förväntningar på resultatet av en operation både beskrevs i en önskan om att bli bättre, men också i insikten om att en operation inte gör att man blir yngre.

2 *”Det blir väl aldrig riktigt som det har varit en gång men att det, jag hoppas ju att det blir bättre än vad det är i det här läget som jag är i nu”*

### **Artrosskolan stödjande**

Samtliga deltagare beskrev positiva erfarenheter av den rehabilitering de erhållit för sina artrosrelaterade besvär genom artrosskolan. Beskrivningarna delades in i tre kategorier: *träning, gruppens värde samt kunskap och insikt.*

## Träning

Deltagarna upplevde generellt att de blev bättre och hjälpta av träningen i samband med artrosskolan, framförallt att de förbättrades i sin rörlighet. Detta beskrevs i ord som att känna sig mjukare och att vara mindre stel. Den ökade rörligheten gjorde att det blev lättare att göra saker. Det uttrycktes också att om man inte tränade eller gjorde sina övningar ökade stelheten. Positiv effekt av träningen beskrevs också i form av en känsla av ökad stabilitet och en deltagare beskrev även minskad smärta.

8 *"(...) jag är så otroligt stel om jag inte gör övningarna och så där. För då blir jag alltså som en träpinne"*

Att komma igång med träning direkt i samband med artrosskolan upplevdes positivt. Att få stöd från fysioterapeut i träningen beskrevs mycket värdefullt. Fysioterapeuterna beskrevs vara bra på att ta hänsyn till var och ens förutsättningar i gruppen och ge tips på alternativa övningar om någon inte fungerade. Fysioterapeutens närvaro och guidning i träningen uttrycktes också vara av värde då det ansågs positivt att ha en person nära som kunde se till att man utförde träningen på rätt sätt. Det uttrycktes att det hade varit svårt att bara följa övningar på ett papper. Att få repetition av övningarna vid varje träningstillfälle ansågs bra, samt att fysioterapeuten efter hand kompletterade och stegrade träningen med nya övningar vid behov.

Flera deltagare förmedlade att träningen inte hade någon direkt effekt på den artrosrelaterade smärtan, men var bra för kroppen generellt och att rörligheten förbättrades.

5 *"Ja, alltså träningen, det var ju bra för kroppen som sådan va, att man liksom känner sig mycket starkare och friskare, det blir man ju... Men värken finns ju fortfarande kvar i den leden där man har ont"*

Det individanpassade träningsprogrammet som erhöles i samband med artrosskolan upplevdes enkelt, bra och lätt att utföra. Att få övningarna med beskrivningar på ett papper för att kunna nyttja träningen hemma var positivt. Några deltagare beskrev att de efter avslutad artrosskola tänker mer på träning och motion och till viss del har fortsatt vara fysiskt aktiva, både med övningarna de erhållit från artrosskolan, men också med träning och fysisk aktivitet i andra former.

## Gruppens värde

Positiva beskrivningar av rehabilitering i grupp återfanns där deltagarna beskrev det som trevligt att vara i en grupp där de kunde utbyta erfarenheter med andra. En känsla av gemenskap upplevdes i och med att många i gruppen hade liknande besvär. Att vara i grupp ansågs fördelaktigt av deltagarna då man såg att frågor som uppkom kunde vara till gagn för alla samtidigt som man fick en inblick i hur andra kände kring och hanterade sin sjukdom.

5 *"(...) framförallt gemenskapen med de andra och höra hur de uppfattar det och att man inte liksom, det här är något specifikt för en själv. Utan det är flera som har samma sak (...)"*

## Kunskap och insikt

Samtliga beskrev den information de fick genom artrosskolan som bra, positiv, allsidig och lätt att förstå. Informationen uppfattades som klar, tydlig och på en bra nivå samt besvarade många frågor. Flera deltagare saknade kunskap om sjukdomen sedan tidigare och fick genom artrosskolan en insikt om att det var bra att röra sig även om man hade ont, något som man varit rädd för att göra innan man visste vad ens besvär berodde på. Det framkom att det upplevdes värdefullt att genom teorin få kunskap om hur sjukdomen fungerar och en förklaringsgrund till varför det gör ont.

10 *"(...) dels fick jag förklarat väldigt noga vad det innebar och allting som, med artros, på ett väldigt basalt och enkelt sätt, vilket jag tycker var väldigt bra"*

Det ansågs även positivt av deltagarna att man i samband med teorin kunde ställa frågor och diskutera och att man fick tips på hur man kan underlätta vardagen t.ex. genom användandet av olika hjälpmedel.

## Artrosskolan inte tillräcklig

Negativa erfarenheter av rehabilitering genom artrosskola framställdes såsom att träningen inte upplevdes ha önskad effekt på symtom relaterade till artrossjukdomen. Deltagare beskrev att de saknade uppföljning efter avslutad artrosskola. Beskrivningarna delades in i två kategorier: *utebliven önskad effekt av rehabilitering* samt *avsaknad av uppföljning*.

## Utebliven önskad effekt av rehabilitering

Träningen genom artrosskolan beskrevs av flera deltagare inte ha hjälpt dem tillräckligt eller haft någon verkan för själva artrossjukdomen eller värken kopplad till artrosen. Någon beskrev

att hen fick ont efter träning och att besvären snarare blivit värre i samband med träning. Tankar uttrycktes att om man hade blivit bättre och sett resultat av rehabilitering hade man valt det framför operation.

5 ” (...) för min del, så tycker jag ju inte att den här rehabiliteringen gjorde så mycket för själva artrosen inte, det gjorde den ju inte”

### Avsaknad av uppföljning

Majoriteten av deltagarna uttryckte att artrosskolan inte följs upp tillräckligt. En önskan om uppföljning efter avslutad artrosskola fanns. Mer stöttning önskades i form av en efterföljande regelbunden kontakt med fysioterapeuten t.ex. att få komma för kontroller och fortsatt träning eller att fysioterapeuten hör av sig genom telefonuppföljning. Uppföljning månadsvis, efter ett par månader och även efter ett år föreslogs. Någon uttryckte att man efter artrosskolan känt sig ensam och önskade att fysioterapeuten skulle tagit kontakt. Att få en tid ansågs bättre då man beskrev att det är lätt att dröja om man själv skulle boka en tid. Artrosskolan beskrevs som en ”putt i baken” men att man sen får ta tag i sin rehabilitering själv vilket upplevdes svårt. Man menade att om man har en fast tid är man tvungen att ge sig iväg och det blir av. Deltagare uttryckte även ett behov av att spurras, löftet att återkomma ”om det är något” ansågs inte som tillräcklig uppföljning.

4 (...) och att sen ska man liksom sköta sig själv. Där skulle jag vilja ha en liten uppföljning och kanske lägga till lite mer rörelser och... det saknar jag lite grand”

## Diskussion

### Resultatdiskussion

Syftet med föreliggande studie var att beskriva uppfattningar om artrossjukdom och rehabilitering hos deltagare i artrosskola som rapporterat en minskad smärta och samtidigt önskat höftproteskirurgi. I denna studie skildrades artrossjukdomen som en vanlig, besvärlig sjukdom med negativ påverkan i deltagarnas liv på flera plan; fysiskt, psykiskt och socialt. Sjukdomen beskrevs innebära stora begränsningar i funktion och aktivitet där smärta angavs som en central orsak till begränsning. Deltagarna beskrev sin inställning till operation med viss ambivalens. Förväntningarna på en eventuell operation var höga och önskan om protesoperation verkade böttna i flera förklaringsgrunder där smärtfrihet och att återfå funktion såsom innan artrossjukdomen verkade framträdande. Vad gäller deltagarnas erfarenheter av

rehabilitering genom deltagande i artrosskola speglar resultatet i denna studie sammanfattningsvis både positiva och negativa erfarenheter. Förslag ges från deltagarna hur artrosskolan kan förbättras vad gäller uppföljning. Beskrivningen av artrossjukdomen som en besvärlig sjukdom med multidimensionell påverkan i livet är uppfattningar som återfinns även i annan forskning (22).

Personer med artros utgör en stor diagnosgrupp i öppenvården. I kombination med att populationen blir äldre blir det av stor betydelse att så tidigt som möjligt i sjukdomsförloppet identifiera och sätta in behandling, då fler i framtiden kommer leva längre med sjukdomen (28, 29). Detta kan anses viktigt för att minska individuella negativa konsekvenser av sjukdomen, men är även av vikt utifrån ett samhällsekonomiskt perspektiv då trycket på sjukvården beräknas öka (9). Resultat i befintlig studie visade att det upplevdes värdefullt att erhålla anpassad och samlad information om artrossjukdomen och på så sätt få en förklaringsgrund till sina besvär. Kunskapen gav en bättre förståelse för besvären relaterade till artrossjukdomen och en insikt hos deltagarna om att rörelse inte förvärrade besvären. Ovan kan anses som ett viktigt resultat i relation till forskning där man sett att patienter med höft- och knäledsartros i högre grad använder sig av passiva copingstrategier för smärthantering t.ex. att vila, i jämförelse med patienter med reumatoid artrit (RA) och andra kroniska smärttillstånd (30). Det upplevdes positivt av deltagarna att genom artrosskolan direkt komma i anpassad, av fysioterapeut handledd, träning.

Resultaten i föreliggande studie tyder på att det är fortsatt betydelsefullt att så tidigt som möjligt vid uppkomst av symtom påbörja rehabilitering. Tidig insats från fysioterapeut exempelvis i form av grundbehandling genom artrosskola, skulle kanske på sikt kunna reducera vårdbelastning och kostnader relaterade till sjukdomen. Om patienter fångas upp tidigt i sjukdomsförloppet skulle eventuellt operation kunna skjutas på, eller förhindras genom tidigt igångsatt rehabilitering. Medelåldern för deltagarna i föreliggande studie var 69 år. Medelåldern för registrerade patienter i BOA-registret är hög, cirka 66 år, vilket tyder på att många patienter genomgår artrosskola i ett sent stadie av sjukdomen (31). Utifrån analys av statistik inom BOA konstateras att patienterna sannolikt skulle få bäst resultat av artrosskola vid en mycket lägre ålder och man relaterar till medelåldern för patienter som får höft- eller knäprotes inopererad som är 67-70 år (31). Resultat från BOA-registret visar att andelen som får träffa fysioterapeut eller arbetsterapeut som första instans blir allt fler och att andelen som röntgas innan artrosskola minskar (32). Registerdata visar dock att det fortfarande är en stor

andel som röntgas innan artrosskola (32). I BOA-registrets årsrapport (2016) lyfts det negativa med att låta röntgenundersökning ha en del i diagnostiken av artros trots att det är känt att det ofta tar flera år innan artros är synligt på en röntgenbild, med konsekvens att patienten riskerar senare hänvisning till rätt vårdinstans, och i förlängningen fördröjd behandling (32).

Deltagarna saknade och efterfrågade stöd och långsiktig uppföljning efter avslutad artrosskola. Tillgängligheten till fysioterapeutisk kontakt efter artrosskolan upplevdes begränsad och förslag gavs för hur eventuell uppföljning skulle kunna se ut inkluderat stöd i fortsatt träning. Under medverkan i artrosskolan upplevde flera deltagare att träningen gjorde att de generellt förbättrades fysiskt, framförallt vad gäller rörlighet och upplevd känsla av stabilitet, men betonade att rehabiliteringen inte hade tillräcklig önskad effekt på den artrosrelaterade smärtan. I en systematisk översikt där man utvärderade olika studiers resultat av fysisk träning som behandling vid artros i höft- eller knäled sågs ingen vidmakthållen långtidseffekt ( $\geq 6$  månader) avseende minskad smärta eller förbättrad funktion efter avslutad behandling. Dock verkade implementering av så kallade ”booster sessions” visa på en förbättrad långtidseffekt avseende dessa variabler. Definitionsmässigt innefattades i ”booster sessions” interventioner där man arbetade aktivt med strategier för att vidmakthålla följsamhet till fysisk träning och/eller gav råd om fysisk aktivitet och arbetade för integrering av fysisk träning i patienternas dagliga liv (33). I relation till detta vore det intressant att undersöka om utökad uppföljning och stöd från fysioterapeut efter avslutad artrosskola eventuellt skulle kunna bidra till att långsiktigt minska upplevda artrosrelaterade symtom hos deltagarna. Hade andelen som önskar protesoperation minskat om deltagarna efter artrosskolan hade haft tillgång till en strukturerad uppföljning av fysioterapeut? Då det i slutändan endast är ett fåtal av patienterna som söker öppenvård i Sverige för artrosrelaterade besvär i höft och knä som någonsin blir aktuella för protesoperation (14, 15) kan det anses av stor vikt att se över och optimera det tidiga omhändertagandet och rehabiliteringen i primärvård för aktuell patientgrupp.

I föreliggande studie beskrev deltagarna att artrosskolan väckt ett nytt förhållningssätt till fysisk aktivitet och träning hos dem, att de efter genomförd intervention tänkte mer på träning och motion och till viss del fortsatt vara fysiskt aktiva i någon form. Dock poängterades att det långsiktigt var svårt att upprätthålla rehabiliteringen på egen hand. I artrosskolan är ett av målen att stimulera till egenvård, att ge patienten kunskap och verktyg att hantera sin sjukdom (15). Detta kan kopplas till begreppet *empowerment* vilket enligt definition av Brattberg (34) kan beskrivas i termer av att stärka deltagarnas möjlighet och förmåga att påverka sin egen

livssituation. I en artikel belyser man vetenskapen om att artros är en livslång sjukdom där träning och fysisk aktivitet behöver utföras regelbundet livet ut, vilket för många innebär en del av en permanent livsstilsförändring, och att olika patienter befinner sig i olika faser av motivation att ändra sin livsstil (16). Det är en utmaning men av högsta relevans att hitta verktyg för att identifiera de patienter som behöver ökat stöd från vården i sin fortsatta rehabiliteringsprocess. Kunskap om hur uppföljning och stödjande insatser kan utformas för att på bästa sätt ha förutsättning att möta olika personers individuella behov behövs för ett förbättrat omhändertagande av patientgruppen.

Flertal deltagare ansåg att rehabiliteringen genom artrosskolan inte hjälpte tillräckligt mot upplevda artrosrelaterade besvär, framförallt inte mot värken. Trots att deltagarna vid ettårsuppföljning rapporterade en kliniskt betydelsefull minskad smärta jämfört med första besök angavs just smärta av många som främsta anledningen vid önskan om protesoperation. Frankel et al. (35) redovisar liknande uppfattningar i en studie där smärtupplevelse inkluderat dess intensitet och påverkan på livskvalitet samt individernas förmåga till smärthantering visade sig vara bland de mest betydelsefulla faktorerna i ställningstagande angående proteskirurgi vid höft- eller knäartros. Att ta i beaktande är att majoriteten deltagare i föreliggande studie vid skattning av smärta enligt VAS inför första besök hos fysioterapeut skattade sin smärta måttlig till svår (36). Trots att deltagarna rapporterar en reducering avseende smärta enligt VAS vid ettårsuppföljning jämfört med första besök skattar de sin smärta relativt högt även vid uppföljningen. Åtta av tolv deltagare hade en förändring över 15,3 på VAS vid ettårsuppföljning jämfört med första besök vilket i en studie av Tubach et al. (37) beskrivs som minsta förändring specifikt vid höftartros för att räknas som kliniskt betydelsefull för patienten.

Resultatet av deltagarnas smärtskattning enligt VAS tillsammans med beskrivningar av erfarenheter i föreliggande studie föranleder en tolkning att trots en minskad smärta verkar denna förändring ej vara tillräckligt stor eller betydelsefull för att ensam påverka deltagarnas inställning till operation. Resultatet indikerar att andra faktorer utöver smärta verkar vara betydelsefulla för deltagarnas önskan om operation, såsom upplevd funktions- och aktivitetsförmåga utifrån beskrivningar av sjukdomens fysiska och psykiska påverkan. Operation beskrevs i denna studie som ”en sista utväg”, att med ökade besvär skulle en operation bli ofrånkomlig. Liknande uppfattningar skildras i en annan studie där patienter beskrev att de önskade bli opererade när besvär såsom smärta och nedsatt funktion kraftigt



påverkade deras vardagsliv då operation sågs som enda kvarvarande alternativet efter att ha provat andra möjliga behandlingsalternativ (38).

Resultat från det Nationella Kvalitetsregistret Svenska Höftprotesregistret (SHPR) visar på geografiska skillnader i landet avseende vilken förbättring patienter upplever efter operation (39). Rahm och Zingg (40) konstaterar att realistiska förväntningar verkar vara en prediktiv faktor för ett gott subjektivt resultat efter höftprotesoperation. Förväntningarna på en eventuell operation kan i denna studie anses höga och speglade bland annat en önskan om smärtfrihet och full återgång till aktivitet samt att få tillbaka livet såsom det såg ut innan artrossjukdomen. Annan forskning bekräftar smärta och förlust av funktion med stor påverkan på vardagliga aktiviteter som största motivation i resonemang om proteskirurgi vid artros (38). Höftproteskirurgi anses vara en etablerad och effektiv behandling vid svår artros där grundbehandling ej hjälpt (38, 41). Dock innebär en operation alltid en risk för komplikationer. En ambivalens kom till uttryck hos flera deltagare gällande beslutet att vilja bli opererad, många upplevde att de saknade kunskap om vad en operation innebär, för- och nackdelar, och vilka eventuella risker som kunde förknippas med en operation. Dessa reflektioner kan tolkas som att de speglar ett behov hos deltagarna att få information om vad en operation innebär och vilka resultat som kan förväntas.

Användandet av stödjande kommunikationsmedel, t.ex. videoinformation och faktablad inkluderat genes och behandlingsalternativ vid artros i höft och knä, jämfört med sedvanlig information om ortopedens behandlingsmöjligheter vid operationsfrågeställning verkade i en studie av Bozic et al. (42) underlätta för patienter att fatta ett informerat beslut vid första besök hos ortoped. Artrosskolan är idag första intervention i många landsting i Sverige och i detta hänseende kan artrosskolan utgöra en viktig plattform att rymma information och samtal kring operation som behandlingsmetod. Hudak et al. (43) betonar i en studie där man studerat beslutsprocessen hos äldre i fråga om höftprotesoperation att det är viktigt att förstå hur information mottas och processas för att optimera hur information kan ges på bästa sätt för att underlätta patienternas beslutsprocess. Ovan bör tas i beaktande vid eventuell utformning av ny patientinformation inom artrosskolan. Eftersom operationsbedömning inte ligger inom fysioterapeutens kompetensområde skulle förslagsvis information från ortoped i någon form kunna kombineras med information om pre- och postoperativ rehabilitering från fysioterapeut. Detta skulle kunna skapa förutsättning för patienter att fatta ett informerat beslut gällande operation samt bidra till att skapa realistiska förväntningar på resultatet.

Resultaten i denna studie översatt till klinisk relevans identifierar möjliga utvecklingsområden inom artrosskolans befintliga koncept. Att se över möjlighet till utökad uppföljning och stöd från fysioterapeut för deltagarna efter avslutad artrosskola samt skapa utrymme i teoridelen för information gällande vad man kan förvänta av en operation rehabiliterings- och resultatmässigt. Tillgänglighet till fysioterapeutisk kontakt med fortsatt stöd i träning efter avslutad artrosskola verkar att döma av resultaten i denna studie vara av betydelse för att skapa förutsättning för patienter att vara fortsatt fysiskt aktiva på egen hand. Då fysisk träning är rekommenderad grundbehandling vid artros (8) är det av stor vikt att som fysioterapeut försöka motivera patienterna till fortsatt egenvård i form av fysisk aktivitet för att försöka underlätta besvären vid artros i ett livslångt perspektiv.

## Metoddiskussion

Utifrån vald kvalitativ metod kan resultatets trovärdighet enligt Graneheim och Lundman (25) diskuteras med utgångspunkt i följande aspekter: giltighet (*credibility*), tillförlitlighet (*dependability*) samt överförbarhet (*transferability*). Formulering av syfte, urvalskriterier och beslut om datainsamlingsmetod fastställdes genom ett gemensamt beslut av författare tillsammans med handledare för att stärka studiens giltighet (25). Vidare utifrån föreliggande studies syfte valdes kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats som analysmodell också det i konsensus mellan författare och handledare. En pilotintervju genomfördes för att säkerhetsställa att frågorna i intervjuguiden skapade förutsättning för rika beskrivningar av undersökt fenomen. Att två forskare deltog i analysprocessen och diskuterade fram och tillbaka mellan dess innefattande steg kan anses stärka resultatets giltighet (25). Analysen avslutades utifrån ett gemensamt beslut mellan de forskare som deltog i analysprocessen när inga nya koder framkom i materialet. Att öppet redovisa för hur analysen har genomförts anses stärka trovärdigheten (25), vilket i denna studie kan bekräftas genom illustration och redovisat exempel på hur kategorisering av data har genomförts.

I föreliggande studie eftersträvades ett strategiskt urval utifrån ålder, kön och geografisk spridning för att få en belysning av fenomenet utifrån olika erfarenheter. Patton (44) betonar att genom att inkludera personer med varierande erfarenheter ökar chansen att erhålla rikt svar på forskningsfrågan utifrån olika perspektiv. Det kan anses vara en styrka för resultatets samlade trovärdighet att erfarenheter i föreliggande studie är samlande från personer med vid geografisk spridning, som således deltagit i artrosskolor oberoende av varandra. En aspekt som kan anses som en svaghet är att studien enbart innefattade 12 deltagare vilket är i lägre nivån för önskat

antal deltagare på 10–20 individer. Erhållet material från genomförda intervjuer ansågs dock tillräckligt. Det slutliga inkluderade urvalet som bestod av nio kvinnor och tre män, många i närliggande ålder och enbart en yrkesverksam, kan anses som en homogen grupp vilket bör tas i beaktande i diskussion gällande resultatet och dess transferabilitet. Att inkludera fler män i studien hade varit önskvärt, likväl en mer heterogen grupp vad gäller ålder och sysselsättning. Troligt är att eventuellt andra aspekter av undersökt fenomen skulle framkomma vid intervjuer med en annan studiepopulation varför ytterligare forskning rekommenderas för att generera ytterligare förståelse för undersökt fenomen.

Ett inklusionskriterie var att deltagarna vid ettårsuppföljning skulle ha en minsta förändring på 10 enligt smärtskattningsskalan VAS som beskrivits som en minsta förändring för att vara klinisk betydelsefull (17, 18). Detta kriterium sattes för att erhålla uppfattningar från patienter som trots positivt resultat av artrosskola i form av minskad smärta ändå önskade bli opererade. Vid tidpunkt för urval uppfyllde få i BOA-registret detta kriterium, då medelförändring på VAS vid ettårsuppföljning visade sig vara lägre än 10 baserat på hela registrets medelförändring (17). Åtta av tolv deltagare i denna studie hade dock en förändring över 15,3 på VAS vid ettårsuppföljning, vilket Tubach et al. (37) beskriver som minsta förändring för att räknas som kliniskt betydelsefull specifikt vid höftartros, varför urvalet kan anses relevant utifrån studiens syfte.

Datansamling genomfördes via telefonintervjuer på grund av stor geografisk spridning hos deltagarna. Att använda sig av telefonintervjuer i studier med kvalitativ ansats har diskuterats huruvida resultaten är underlägsna de som erhålles vid fysisk intervju, dock utan direkt konsensus i frågan (45, 46). En aspekt som stärker studiens giltighet är att forskaren som genomförde intervjuerna erhållit vidareutbildning inom kvalitativ metod på avancerad nivå samt att handledare har tidigare erfarenhet av forskning med kvalitativ metodik. Forskaren som utförde intervjuerna (KB) hade viss klinisk erfarenhet av aktuell patientgrupp samt erfarenhet av att leda artrosskola men saknade tidigare koppling till de intervjuade för att hålla ett så öppet förhållningssätt som möjligt genom datainsamlings- och analysprocessen.

En annan aspekt av trovärdighet vid redovisning av resultat är enligt Graneheim och Lundman (25) tillförlitlighet (*dependability*) som innefattar att en viss instabilitet måste tas i beaktande vid analys av kvalitativa data. Med detta menas bland annat till vilken grad data ändras över tid vid långvarig datainsamling och hur data påverkas av forskarens förförståelse samt beslut och vägval genom analysprocessen (25, 47). Samtliga intervjuer i denna studie genomfördes inom

tidsintervallet tre månader och transkriberades kort därefter. Resultatet kan ej ses som oberoende av forskaren utifrån dennes förförståelse, även om neutralitet eftersträvats i högsta möjliga mån vid tolkning av resultat exempelvis genom att två forskare med olika bakgrund och erfarenhet, och därmed förförståelse, deltog i analysen av data. Forskartrianglering, att två forskare medverkade i analysprocessen och diskuterade framkomna resultat, kan anses stärka resultatets giltighet och tillförlitlighet (25).

Viktigt att ta i beaktande är att deltagarnas uppfattningar om artrossjukdomen kan ha påverkats av deltagandet i artrosskolan då det ej är känt hur individernas uppfattningar såg ut innan. Vad gäller överförbarhet, till vilken grad studiens resultat kan överföras till andra grupper eller sammanhang, konstateras av Graneheim och Lundman (25) att det i slutändan är upp till läsaren att bedöma huruvida studiens resultat är överförbara till en annan kontext. För att möjliggöra en sådan bedömning krävs en tydlig beskrivning av forskningsfrågans bakgrund, urvalet med karaktäristiska för inkluderade deltagare, samt tydligt beskriven process för datainsamling och analys (25). Gällande transferabilitet anser författarna att resultatet i denna studie ej direkt kan överföras till andra grupper eller situationer utöver förutsättningarna och sammanhanget för denna studie. Dock anses resultatet kunna vara relevant t.ex. i kontext för utvecklings- och förbättringsarbete inom artrosskolans nationellt standardiserade koncept för den aktuella patientgruppen, men i övrigt att resultatens generella överförbarhet är upp till läsaren att bedöma i enlighet med Graneheim och Lundmans resonemang (25).

## Implikationer

Studiens resultat motiverar ytterligare forskning av såväl kvantitativ som kvalitativ ansats gällande behov av uppföljning och stöd i fortsatt rehabilitering hos personer med artros som genomgått artrosskola samt hur uppföljning och stödjande insatser kan utformas för att på bästa sätt ha förutsättning att möta olika personers individuella behov. Förslag till framtida forskning är t.ex. att undersöka om införandet av en strukturerad uppföljning av fysioterapeut efter genomgången artrosskola, inkluderat stöd i fortsatt träning, skulle kunna påverka hur patienter upplever och hanterar sina artrosrelaterade besvär samt patienternas inställning till operation.

Vidare indikerar resultatet i denna studie ett behov av utökad kunskap hos deltagarna gällande operation som behandlingsalternativ vid artros i tillägg till befintlig patientinformation. Detta för att öka möjligheten för patientgruppen till ett informerat beslut gällande proteskirurgi.

Förslagsvis kan ett teoretiskt tillägg utformas innehållandes vad en operation innebär rehabiliteringsmässigt pre- och postoperativt samt vilka resultat som generellt kan förväntas.

Resultatet tyder också på att andra faktorer utöver smärta verkar vara betydelsefulla för vilja och inställning till operation, såsom upplevd funktions- och aktivitetsförmåga. Detta bör utforskas ytterligare för att få ökad förståelse för patientgruppen och besvären kopplade till artrossjukdomen för att kunna anpassa omhändertagandet av patienter med artros på bästa sätt.

## Slutsatser

Resultatet av föreliggande studie bidrar till en ökad förståelse gällande uppfattningar om artrossjukdom och rehabilitering hos deltagare i artrosskola som rapporterat en minskad smärta och samtidigt önskat höftproteskirurgi. Resultatet kan användas som utgångspunkt för vidareutveckling och förbättringsarbete av omhändertagande och rehabilitering för personer med artros inom primärvård. Resultatet kan även användas som plattform för ytterligare forskning vilket är relevant ur ett samhällsekonomiskt perspektiv då personer med artros är en växande patientgrupp i öppenvård.

## Acknowledgements

Författaren vill rikta ett särskilt tack till medverkande deltagare som berättat om sina erfarenheter och gjort denna studie möjlig. Författaren vill även tacka handledarna Carina Thorstensson och Carin Willén för vägledning och värdefulla kommentarer samt närmaste familjen för ovärderligt stöd.

Ekonomiskt bidrag från Fysioterapeuternas Minnesfond samt från Renée Eanders Hjälpfond har erhållits.

## Referenser

1. Man GS, Mologhianu G. Osteoarthritis pathogenesis - a complex process that involves the entire joint. *J Med Life*. 2014 Mar 15;7(1):37-41.
2. Who.int [Internet]. Chronic rheumatic conditions [citerad 5 november 2017]. Tillgänglig från: <http://www.who.int/chp/topics/rheumatic/en/>
3. Bennell K. Physiotherapy management of hip osteoarthritis. *J Physiother*. 2013 Sep;59(3):145-57.
4. Litwic A, Edwards MH, Dennison EM, Cooper C. Epidemiology and burden of osteoarthritis. *Br Med Bull*. 2013;105:185-99.
5. Dieppe P. Developments in osteoarthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2011 Feb;50(2):245-47.
6. Johnson VL, Hunter DJ. The epidemiology of osteoarthritis. *Best Prac Res Clin Rheumatol*. 2014 Feb;28(1):5-15.
7. Palazzo C, Nguyen C, Lefevre-Colau MM, Rannou F, Poiraudreau S. Risk factors and burden of osteoarthritis. *Ann Phys Rehabil Med*. 2016 Jun;59(3):134-38.
8. Socialstyrelsen.se [Internet]. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2012 [citerad 5 november 2017]. Tillgänglig från: <http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/18665/2012-5-1.pdf>
9. Englund M, Turkiewicz A. Artros allt vanligare folksjukdom. *Läkartidningen*. 2014;111:CSDU.
10. Hannan MT, Felson DT, Pincus T. Analysis of the discordance between radiographic changes and knee pain in osteoarthritis of the knee. *J Rheumatol*. 2000 Jun;27(6):1513-17.
11. Hochberg MC, Altman RD, April KT, Benkhalti M, Guyatt G, McGowan J, et al. American college of rheumatology 2012 recommendations for the use of nonpharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip and knee. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012 Apr;64:465-74.
12. Zhang W, Moskowitz RW, Nuki G, Abramson S, Altman RD, Arden N, et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, part II: OARSI evidence-based, expert consensus guidelines. *Osteoarthritis Cartilage*. 2008 Feb;16(2):137-62.
13. Lohmander LS, Roos EM. Clinical update: treating osteoarthritis. *Lancet*. 2007 Dec 22;370(9605):2082-84.
14. Registercentrum.blob.core.windows.net [Internet]. BOA-registret årsrapport 2015 [citerad 5 november 2017]. Tillgänglig från: <https://registercentrum.blob.core.windows.net/boa/r/BOA-rsrapport-2015-f-r-l-sning-p-sk-rm-B1u4NxD-x.pdf>

15. Thorstensson CA, Garellick G, Dahlberg L. Bättre omhändertagande av patienter med artros, BOA. *Läkartidningen*. 2014;111:CSST.
16. Thorstensson CA, Garellick G, Rystedt H, Dahlberg LE. Better management of patients with osteoarthritis: development and nationwide implementation of an evidence-based supported osteoarthritis self-management programme. *Musculoskeletal Care*. 2015 Jun;13(2):67-75.
17. Registercentrum.blob.core.windows.net [Internet]. BOA-registret årsrapport 2013 [citerad 5 november 2017]. Tillgänglig från: <https://registercentrum.blob.core.windows.net/boa/r/BOA-rsrapport-2013-S1wmSIDbe.pdf>
18. Pham T, Van Der Heijde D, Lassere M, Altman RD, Anderson JJ, Bellamy N, et al. Outcome variables for osteoarthritis clinical trials: the OMERACT-OARSI set of responder criteria. *J Rheumatol*. 2003 Jul;30(7):1648-54.
19. McHugh GA, Luker KA. Individuals' expectations and challenges following total hip replacement: a qualitative study. *Disabil Rehabil*. 2012;34(16):1351-57.
20. Dosanjh S, Matta JM, Bhandari M. The final straw: a qualitative study to explore patient decisions to undergo total hip arthroplasty. *Arch Orthop Trauma Surg*. 2009 Jun;129(6):719-27.
21. Fujita K, Makimoto K, Hotokebuchi T. Qualitative study of osteoarthritis patients' experience before and after total hip arthroplasty in Japan. *Nurs Health Sci*. 2006 Jun;8(2):81-87.
22. Webster F, Perruccio AV, Jenkinson R, Jaglal S, Schemitsch E, Waddell JP, et al. Where is the patient in models of patient-centred care: a grounded theory study of total joint replacement patients. *BMC health services research*. 2013;13:531.
23. Malterud K. *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduktion*. Lund: Studentlitteratur; 2014.
24. Kvale S, Brinkmann S. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur; 2014.
25. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24(2):105-12.
26. Sbu.se [Internet]. Bilaga 11. Allmänt om forskningsansatser med kvalitativ metod [citerad 5 november 2017]. Tillgänglig från: [http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/SBUsHandbok\\_Bilaga11.pdf](http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/SBUsHandbok_Bilaga11.pdf)
27. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*. 2013;310(20):2191-94.
28. Fernandes L, Hagen KB, Bijlsma JW, Andreassen O, Christensen P, Conaghan PG, et al. EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2013 Jul;72(7):1125-35.

29. Poulsen E, Christensen HW, Roos EM, Vach W, Overgaard S, Hartvigsen J. Non-surgical treatment of hip osteoarthritis. Hip school, with or without the addition of manual therapy, in comparison to a minimal control intervention: protocol for a three-armed randomized clinical trial. *BMC Musculoskelet Disord*. 2011 May 4;12:88.
30. Perrot S, Poiraudou S, Kabir M, Bertin P, Sichere P, Serrie A, et al. Active or passive pain coping strategies in hip and knee osteoarthritis? Results of a national survey of 4,719 patients in a primary care setting. *Arthritis Rheum*. 2008 Nov 15;59(11):1555-62.
31. Boa.registercentrum.se [Internet]. 5-årstrend för medelålder [citerad 3 mars 2018]. Tillgänglig från: <https://boa.registercentrum.se/statistik/statistik/p/HJSjx8Jvx#details/age/R0/M3/total/alla/1/1/1/trend>
32. Registercentrum.blob.core.windows.net [Internet]. BOA-registret årsrapport 2016 [citerad 22 januari 2018]. Tillgänglig från: <https://registercentrum.blob.core.windows.net/boa/r/BOA-rsrapport-2016-BJExDnvzb.pdf>
33. Pisters MF, Veenhof C, van Meeteren NL, Ostelo RW, de Bakker DH, Schellevis FG, et al. Long-term effectiveness of exercise therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee: a systematic review. *Arthritis Rheum*. 2007 Oct 15;57(7):1245-53.
34. Brattberg G. Rehabiliteringspedagogik för arbete med långtidssjukskrivna i grupp. Stockholm: Ekonomi-Print AB; 2003.
35. Frankel L, Sanmartin C, Conner-Spady B, Marshall DA, Freeman-Collins L, Wall A, et al. Osteoarthritis patients' perceptions of "appropriateness" for total joint replacement surgery. *Osteoarthritis Cartilage*. 2012 Sep;20(9):967-73.
36. Jensen MP, Chen C, Brugger AM. Interpretation of visual analog scale ratings and change scores: a reanalysis of two clinical trials of postoperative pain. *J Pain*. 2003 Sep;4(7):407-14.
37. Tubach F, Ravaud P, Baron G, Falissard B, Logeart I, Bellamy N, et al. Evaluation of clinically relevant changes in patient reported outcomes in knee and hip osteoarthritis: the minimal clinically important improvement. *Ann Rheum Dis*. 2005 Jan;64(1):29-33.
38. Conner-Spady BL, Marshall DA, Hawker GA, Bohm E, Dunbar MJ, Frank C, et al. You'll know when you're ready: a qualitative study exploring how patients decide when the time is right for joint replacement surgery. *BMC Health Serv Res*. 2014 Oct 2;14:454.
39. Shpr.registercentrum.se [Internet]. Syftet med höftprotesregistret [citerad 22 januari 2018]. Tillgänglig från: <https://shpr.registercentrum.se/for-patienter/syftet-med-hoefprotesregistret/p/H1t5nxQyG>
40. Rahm S, Zingg PO. Indications for joint replacement: total hip arthroplasty. *Z Rheumatol*. 2018 Feb;77(1):55-65.



41. McHugh GA, Luker KA. Influences on individuals with osteoarthritis in deciding to undergo a hip or knee joint replacement: a qualitative study. *Disabil Rehabil.* 2009;31(15):1257-66.
42. Bozic KJ, Belkora J, Chan V, Youm J, Zhou T, Dupaix J, et al. Shared decision making in patients with osteoarthritis of the hip and knee: results of a randomized controlled trial. *J Bone Joint Surg Am.* 2013 Sep 18;95(18):1633-39.
43. Hudak PL, Clark JP, Hawker GA, Coyte PC, Mahomed NN, Kreder HJ, et al. "You're perfect for the procedure! Why don't you want it?" Elderly arthritis patients' unwillingness to consider joint arthroplasty surgery: a qualitative study. *Med Decis Making.* 2002;22:272-78.
44. Patton QM. *Qualitative evaluation and research methods.* Newsbury Park, London, New Dehli: Sage Publications Inc.; 1990.
45. Novick G. Is there a bias against telephone interviews in qualitative research? *Res Nurs Health.* 2008 Aug;31(4): 391-98.
46. Sturges JE, Hanrahan KJ. Comparing telephone and face-to-face qualitative interviewing: a research note. *Qualitative Research.* 2004 Apr;4(1):107-118.
47. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry.* Newsbury Park, London, New Dehli: Sage Publications Inc.; 1985.

## Bilaga 1



### **Förfrågan om utlämnande av kontaktuppgifter för information om ny studie - ”Uppfattningar om artros och rehabilitering hos patienter med höftartros som trots förbättrad smärta efter artrosskola önskar proteskirurgi. En kvalitativ studie”**

#### **Förfrågan till dig som är patient**

Din vårdgivare har rapporterat dina uppgifter till det Nationella Kvalitetsregistret BOA-registret (Bättre Omhändertagande av patienter med Artros).

#### **Vi ber om Ditt tillstånd att lämna ut dina kontaktuppgifter för information om ny studie**

Vi ämnar nu starta en ny studie med syfte att belysa uppfattningar om artros och rehabilitering hos patienter med höftartros som efter deltagande i artrosskola angett att de önskar bli opererade för sina besvär. Studien baseras på *intervjuer* med ett antal patienter ur BOA-registret.

Vi vill med detta brev tillfråga dig om tillstånd att lämna ut dina kontaktuppgifter, så att forskaren som genomför forskningsprojektet kan ta kontakt med dig och ge dig ytterligare information om studien.

*Observera* att du med detta medgivande endast godkänner att dina kontaktuppgifter lämnas ut. Du kommer att få möjlighet att, efter att du fått information om studien, tacka ja eller nej till deltagande i det nya forskningsprojektet. All information du lämnar ut kommer att behandlas med största sekretess och du som person kommer att skyddas på så sätt att inga resultat som kommer från forskningen kommer kunna spåras till dig som individ.

**Det besvarade formuläret återsändes i bifogat svarskuvert (porto är betalt).**

#### **Du bidrar till en bättre vård!**

Genom att vara med i Nationella Kvalitetsregister bidrar du till att förbättra vården. Kvalitetsregistret gör det möjligt för oss att följa upp och förbättra vården för dig och andra patienter i samma situation. Ju fler som deltar – desto säkrare blir resultaten!

#### **Du skyddas av sekretess**

Dina uppgifter i kvalitetsregistren är sekretesskyddade och behandlas med lika stor säkerhet som journaluppgifter. Regionstyrelsen i Västra Götalandsregionen är centralt personuppgiftsansvarig för uppgifterna i det Nationella Kvalitetsregistret, BOA-registret samt för data som samlas in i samband med denna studie. Personuppgiftsombud är Mats Dahlbom. Dina svar och dina resultat kommer att behandlas enligt personuppgiftslagen (1998:204) så att inte obehöriga kan ta del av dem.

### **Dina rättigheter som patient**

Som patient har du rätt att få veta vilka kategorier av mottagare som personuppgifterna kan komma att lämnas ut till, t.ex. att det kan bli aktuellt att uppgifterna lämnas ut för forskningsändamål. Du har också rätt att få veta om dina uppgifter är hämtade från någon annan källa än patientjournalen eller dig själv. Du kan även få dina uppgifter borttagna eller tacka nej till att bli registrerad.

### **Registeransvariga:**

Carina Thorstensson  
Leg sjukgymnast, docent  
Registercentrum Västra Götaland  
Göteborg

Leif Dahlberg  
Leg läkare, Professor  
Ortopedkliniken  
Skånes Universitetssjukhus  
Lund

*Vill Du ha mer information kontakta nedanstående kontaktpersoner eller gå till BOA-registrets hemsida: [www.boaregistret.se](http://www.boaregistret.se)*

*För att få utdrag på vilka uppgifter som registrerats i kvalitetsregistret kontakta nedanstående kontaktpersoner:*

Koord. Ingrid Stenhagen, telefon: 010 441 29 34, e-post:

[ingrid.stenhagen@registercentrum.se](mailto:ingrid.stenhagen@registercentrum.se)

Koord. Inga-Lill Robertsson , telefon: 010 441 29 35, e-post: inga-

[lill.robertsson@registercentrum.se](mailto:lill.robertsson@registercentrum.se)

BOA-registret, Registercentrum Västra Götaland, 413 45 GÖTEBORG

*Kontaktuppgifter till personuppgiftsombud:*

Mats Dahlbom

Telefon: 076-787 70 79

E-post: [mats.dahlbom@vgregion.se](mailto:mats.dahlbom@vgregion.se)

**Medgivande till utlämnande av mina kontaktuppgifter för mer information om studien ”Uppfattningar om artros och rehabilitering hos patienter med höftartros som trots förbättrad smärta efter artrosskola önskar proteskirurgi - en kvalitativ studie.”**

Jag medger att mina kontaktuppgifter lämnas ut och att forskaren som ämnar utföra en intervjustudie av patienter som finns registrerade inom BOA-registret kontaktar mig för mer information om studien.

Jag är medveten om att detta *inte* är ett medgivande att delta i något forskningsprojekt.

---

Personnummer (ååååmmdd-xxxx)

---

Ort och datum

---

Namnunderskrift

---

Namnförtydligande

---

Telefon dagtid

Mobil

Kvällstid

## Bilaga 2

Göteborg, April 2015



### **Information om och förfrågan om deltagande i ny studie - ”Uppfattningar om artros och rehabilitering hos patienter med höftartros som trots förbättrad smärta efter artrosskola önskar proteskirurgi. En kvalitativ studie”**

Jag heter Kristina Borgmalm och är utbildad sjukgymnast och masterstudent inom fysioterapi vid Göteborgs Universitet.

Idag finns artrosskola i alla landsting i Sverige. Artrosskolan har som mål att alla patienter med artros i höft eller knä skall erbjudas information och träning enligt gällande riktlinjer, i syfte att öka hälsorelaterad livskvalitet och fysisk aktivitetsnivå. Patientrapporterade resultat efter artrosskola registreras i det Nationella Kvalitetsregistret för Bättre Omhändertagande av patienter med Artros, BOA-registret. Artrosskola för patienter med höft- och knäartros har visats leda till minskad smärta och ökad hälsorelaterad livskvalitet. Trots detta ser vi att andelen patienter med höftartros som vill bli opererade efter deltagande i artrosskola ökar. Det behövs mer vetenskaplig forskning inom området varför vi nu ämnar göra en intervjustudie av patienter med höftartros som har deltagit i artrosskola. Syftet med denna studie är därför att belysa uppfattningar om artros och rehabilitering hos patienter med höftartros som vid uppföljning av artrosskola angett att de önskar bli opererade för sina besvär.

#### **Förfrågan om deltagande**

Vi vänder oss till dig eftersom du tidigare lämnat ditt tillstånd att bli registrerad i BOA-registret samt tackat ja till att bli kontaktad för mer information om aktuellt projekt. Vi vill därför tillfråga dig om deltagande i denna intervjustudie gällande dina uppfattningar om artros och rehabilitering. Deltagande i studien innebär inte några omedelbara fördelar för dig personligen. Dock i ett vidare perspektiv hoppas vi att studien kommer att bidra till en ökad förståelse för uppfattningar om artros och rehabilitering samt att resultaten kan användas till att förbättra och utveckla omhändertagandet i samband med artrosskolan.

#### **Hur går studien till?**

Om du väljer att delta i studien innebär det praktiskt att en sjukgymnast, Kristina Borgmalm, tar kontakt med dig och kommer överens om tid och plats (hemma hos dig eller på annan plats) för intervjutillfället. Intervjun tar ca 45-60 minuter och spelas in på diktafon. Dina svar och dina resultat kommer att behandlas enligt personuppgiftslagen (1998:204) så att inte obehöriga kan ta del av dem. Inga ytterligare insatser kommer att efterfrågas utöver intervjun.

### **Vilka är riskerna?**

Deltagandet i studien är frivilligt och bedöms inte medföra några risker. Ibland kan en intervju där man ombeds tala om sina erfarenheter och upplevelser väcka känslor, frågor eller funderingar. Det finns möjlighet till uppföljande samtal med någon av oss i forskargruppen om du skulle önska.

### **Hantering av data och sekretess**

Inspelade intervjuer kommer att skrivas ut ordagrant och kodas för att sedan analyseras. Koderna är endast tillgängliga för de forskare som är involverade i studien. Allt material kommer att förvaras inlåst, i enlighet med personuppgiftslagen (1998:204), så att inte obehöriga kan ta del av dem. Resultat av studien kommer att presenteras i beskrivande text, kategorier och olika teman, på ett sådant sätt att enskild intervjuperson inte kan identifieras. I resultatet kan citat ur din intervju komma att användas, som då presenteras med en kod så din identitet är skyddad. Forskningsmaterial sparas i 10 år efter avslutat projekt. Regionstyrelsen i Västra Götalandsregionen är centralt personuppgiftsansvarig för uppgifterna i det Nationella Kvalitetsregistret, BOA-registret och för data som samlas in i samband med denna studie. Personuppgiftsombud är Mats Dahlbom.

### **Hur får jag information om studiens resultat?**

Resultaten kommer att publiceras i vetenskaplig tidskrift samt finnas tillgängliga vid Göteborgs Universitet och på BOA-registrets hemsida [www.boaregistret.se](http://www.boaregistret.se). Om du önskar ta del av studiens resultat är du välkommen att höra av dig till någon av kontaktpersonerna nedan.

### **Försäkring, ersättning**

Ordinarie patientskadeförsäkring och eventuellt egna tecknade försäkringar gäller. Ekonomisk ersättning kommer ej att ges.

### **Frivillighet**

Deltagandet är naturligtvis frivilligt. Om du väljer att delta har du rätt att när som helst avbryta eller avsluta ditt deltagande utan att ange skäl för detta och utan att det på något sätt påverkar ditt omhändertagande i sjukvården nu eller i framtiden.

### **Bifogad finns en blankett om samtycke som återsändes i bifogat svarskuvert (porto är betalt).**

Det är viktigt att du meddelar om du har möjlighet att delta. Om det är något du undrar över eller vill fråga angående studien så är du välkommen att höra av dig till någon av kontaktpersonerna nedan.

### **Med vänliga hälsningar**

Kristina Borgmalm  
Leg. sjukgymnast  
Tel: 0763 495 528  
E-post: [kristina.borgmalm@gmail.com](mailto:kristina.borgmalm@gmail.com)

Carina Thorstensson  
Leg. sjukgymnast, docent  
Tel: 0760 509 737  
E-post: [carina.thorstensson@registercentrum.se](mailto:carina.thorstensson@registercentrum.se)

Carin Willén  
Leg. sjukgymnast, docent  
Telefon: 031 786 5755  
E-post [carin.willen@fhs.gu.se](mailto:carin.willen@fhs.gu.se)

BOA-registret, Registercentrum Västra Götaland, 413 45 GÖTEBORG  
*Besöksadress: Medicinaregatan 18 G, Göteborg*  
Hemsida: [www.boaregistret.se](http://www.boaregistret.se), e-post: [boa@registercentrum.se](mailto:boa@registercentrum.se)

*Kontaktpersoner BOA-registret:*

Ingrid Stenhagen, e-post: [ingrid.stenhagen@registercentrum.se](mailto:ingrid.stenhagen@registercentrum.se), tel: 010 441 29 34

Inga-Lill Robertsson, e-post: [inga-lill.robertsson@registercentrum.se](mailto:inga-lill.robertsson@registercentrum.se), tel: 010 441 29 35

*Kontaktuppgifter till personuppgiftsombud:*

Mats Dahlbom

Telefon: 076-787 70 79

E-post: [mats.dahlbom@vgregion.se](mailto:mats.dahlbom@vgregion.se)



GÖTEBORGS  
UNIVERSITET

---

**Samtycke till medverkan i intervjustudien ”Uppfattningar om artros och rehabilitering hos patienter med höftartros som trots förbättrad smärta efter artrosskola önskar proteskirurgi – en kvalitativ studie”**

Jag har skriftligen mottagit information om studien och förstått den information som givits. Jag har haft möjlighet att ta kontakt med ansvarig för studien för ytterligare muntlig information och fått eventuella frågor besvarade. Mitt deltagande är fullt frivilligt och jag kan när som helst utan vidare förklaring avbryta mitt deltagande utan att detta påverkar mitt omhändertagande. Med denna information gör jag nedanstående val:

Ja, jag samtycker till medverkan i intervjustudie och att ansvarig för genomförande av studien tar kontakt med mig.

.....  
Underskrift

.....  
Datum

.....  
Namnförtydligande

.....  
Adress

.....  
Telefon dagtid

Mobil

Kvällstid

.....  
E-post

**Vänligen skicka tillbaka denna blankett inom en vecka i bifogat frankerat kuvert, tack.**



## Bilaga 3

Intervjuguide

Kristina Borgmalm 2015-05-08

Syfte: Syftet med studien är att beskriva uppfattningar om artrossjukdom och rehabilitering hos personer med höftartros som i uppföljning efter deltagande i artrosskola rapporterat en minskad smärta och samtidigt angett att de önskar proteskirurgi för sina besvär.

Berätta om din artrossjukdom...

- *Hur har sjukdomen påverkat dig/ditt liv/ vad innebär det för dig att leva med artros?*
- *Hur ser du generellt på diagnosen artros/ tänker du kring sjukdomen artros?*

Hur har du upplevt rehabiliteringen i samband med din artros?

- *Hur ser du på möjligheterna med rehabilitering vid artros?(Icke-kirurgisk behandling) Information, råd om fysisk aktivitet och träning, viktkontroll/, hjälpmedel, information, smärtlindring stöd etc.*

Berätta om dina erfarenheter av att delta i BOA-artrosskola?

- *Vilken nytta upplever du att du haft av att delta i artrosskolan?*
- *Om du fick lyfta fram något positivt – vad skulle det vara?*
- *Om du fick ändra något – vad skulle det vara?*
- *Hur upplever du informationen du fått om artros i samband med artrosskolan?*

Du angav vid ettårsuppföljningen av artrosskolan att du har så pass mycket besvär av din artros att du önskar bli opererad. Hur tänker du kring det?

- *Vilken betydelse har deltagandet i artrosskola haft för din inställning operation?*
- *Vad har varit viktigast för dig i ställningstagandet till operation?*
- *Vilka förväntningar har du på en operation?*
- *Finns det något mer du vill dela med dig av gällande dina tankar kring artros och rehabilitering?*