



**Karolinska  
Institutet**

**Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle**

Masterprogrammet i klinisk medicinsk vetenskap

Huvudämnet klinisk medicinsk vetenskap

Examensarbete, 15 högskolepoäng

Höstterminen 2014

---

## Reflektioner kring Arthritis Self-efficacy Scale-Swe av Personer med Höft- och/eller Knäartros

-En Think-aloud Studie Baserad på Tio Djupintervjuer

## Reflections on Arthritis Self-efficacy Scale-Swe by Persons With Hip and/or Knee Osteoarthritis

- A Think-aloud Study Based on Ten In-Depth Interviews.

**Författare: Sofie Bergman, leg. fysioterapeut.**

sofie.bergman@helakroppen.se

Handledare: Maria Klässbo, leg. fysioterapeut, Med dr.

Centrum för klinisk forskning. Landstinget i Värmland.

Maria. Klassbo@liv.se

Examinator: Lena Nilsson-Wikmar, leg. sjukgymnast,

Docent. Karolinska Institutet. Lena.nilsson-wikmar@ki.se



**Karolinska  
Institutet**

**Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle**

Masterprogrammet i klinisk medicinsk vetenskap

Huvudämnet klinisk medicinsk vetenskap

Examensarbete, 15 högskolepoäng

Höstterminen 2014

## Reflektioner kring Arthritis Self-efficacy Scale-Swe av Personer med Höft- och/eller Knäartros

En Think- aloud Studie Baserad på Tio Djupintervjuer

### Sammanfattning

**Bakgrund:** Tilltro till egen förmåga, self efficacy (SE) att påverka smärta och andra symptom hos personer med artros kan utvärderas med två delskalor i Arthritis Self-Efficacy Scale-Swe (ASES-S). Vid kvalitetsgranskning av ASES-S validitet och reliabilitet har endast ett fåtal personer med artros testats. Klinisk erfarenhet har visat att frågorna i ASES-S är svåra att besvara för personer med artros i höft och/eller knä. **Syfte:** Att utforska reflektioner personer med artros i höft och/eller knä uttryckte kring ifyllandet av ASES-S. **Metod:** Djupintervjuer med utgångspunkt från metoden think- aloud genomfördes med tio personer som rekryterades strategiskt från en fysioterapiklinik i Stockholm. Intervjumaterialet analyserades med innehållsanalys av tre personer av skild klinisk och vetenskaplig bakgrund. **Resultat:** Resultatet mynnade ut i tre teman med kategorier: Första temat "ASES-S validitet" beskrev reflektioner som kan påverka ASES-S validitet i negativ och/eller positiv riktning. Det andra temat "Formuläryfyllandets konsekvenser för ifyllaren" beskrev positiva och negativa tankar kopplade till informanternas självbild/symptombild. Det tredje temat "Utvärderingsinstruments validitet generellt" beskrev reflektioner kring faktorer som kan påverka validiteten vid ifyllande av utvärderingsinstrument generellt. **Konklusion:** ASES-S visades ha brister i validiteten för personer med höft och/eller knäartros. Utöver det påverkade frågorna i ASES-S personens tilltro till sin egen kunskap kring hanterandet av artrosrelaterade besvär. SE är ett potent begrepp, men ASES-S kan inte anses vara ett valitt instrument att använda för att mäta förändring i SE att påverka smärta och andra symptom hos personer med artros i höft och/eller knä och bör därför omarbetas.

**Nyckelord:** Innehållsanalys, kvalitativ, ledbesvär, tilltro till egen förmåga, utvärderingsinstrument.



**Karolinska  
Institutet**

Department of Neurobiology, Care Sciences and Society

Master program in Clinical Medical Science

Degree Project in Clinical Medical Science 15 hp

Autumn 2014

## Reflections on Arthritis Self-efficacy Scale-Swe by Persons With Hip and/or Knee Osteoarthritis.

- A Think-aloud Study Based on Ten In-Depth Interviews.

### Abstract

**Background:** In people with osteoarthritis (OA), self-efficacy (SE) to affect pain and other symptoms can be evaluated with two subscales in the Arthritis Self-Efficacy Scale-Swe (ASES-S). When evaluating the ASES-S for validity and reliability only a few individuals with OA have been tested. Clinical experience has shown that the questions in the ASES-S are difficult to answer for people with OA in their hip and/or knee. **Aim:** To explore the reflections expressed by people with OA in their hip and/or knee when answering ASES-S. **Method:** In-depth interviews, based on the think-aloud method, were conducted with ten individuals who were recruited strategically from a physiotherapy clinic in Stockholm. Three persons with different clinical and scientific background used content analysis to analyze the data. **Results:** The result culminated in three themes with categories. The first theme "ASES-S validity" described reflections that can affect the ASES-S validity in a negative and/or positive direction. The second theme "Form completion's consequences for the informants" described positive and negative thoughts related to the informants' self-image/symptoms. The third theme "Assessment-scales generally validity" described the reflections of factors that may affect the validity of the completion of the assessment-scales generally. **Conclusion:** ASES-S was shown to have defects in the validity for those with hip and/or knee OA. In addition, the questions in the ASES-S also influenced the individual's confidence in their own knowledge of how to handle the difficulties that arise from OA. SE is a potent concept, but the ASES-S can not be considered a valid tool to measure change in SE to affect pain and other symptoms for people with OA of the hip and/or knee, and should therefore be revised.

**Keywords:** Assessment-scale, content analysis, joint problems, qualitative, self-efficacy.

## Innehållsförteckning

<b>2. Bakgrund</b> .....	<b>1</b>
2:1 Artros .....	1
2:2 Behandling vid artros .....	2
2:3 SE- en central faktor vid artrosbehandling .....	2
2:4 Frågeformuläret Arthritis Self-Efficacy Scale- Swedish (ASES-S).....	2
2:5 Teoretisk referensram/modell.....	3
2:6 Problemformulering .....	4
2:7 Syfte .....	4
<b>3. Metod</b> .....	<b>4</b>
3:1 Design.....	4
3:3 Rekrytering .....	4
3:2 Urval.....	5
3:4 Datainsamlingsmetod: Think-aloud intervju.....	56
3:5 Dataanalys.....	6
<b>4. Etik</b> .....	<b>8</b>
<b>5. Resultat</b> .....	<b>8</b>
5:1 Teman .....	8
5:2 Sammanfattning av resultaten temavis .....	9
5:2:1 ”ASES-S validitet” .....	9
5:2:2 ”Formuläryfyllandets konsekvenser för ifyllaren” .....	11
5:2:3 ”Utvärderingsinstruments validitet generellt” .....	11
5:3 Presentation av resultaten fråga för fråga .....	12
<b>6. Diskussion</b> .....	<b>13</b>
6:1 Resultatdiskussion .....	13
6:1:1 Resultaten kopplade till teoretisk referensram/modell .....	13
6:1:2 ASES-S konsekvenser för ifyllaren .....	14
6:1:3 Brister med ASES-S .....	14
6:2 Metoddiskussion .....	15
6:2:1 Trovärdighet/giltighet.....	15
6:2:2 Tillförlitlighet .....	16
6:2:3 Överförbarhet .....	17
6:2:4 Etik .....	17
<b>7. Konklusion</b> .....	<b>17</b>
<b>8. Acknowledgement</b> .....	<b>17</b>
<b>9. Referenslista</b> .....	<b>18</b>
<b>Bilaga 1</b> .....	<b>23</b>
<b>Bilaga 2</b> .....	<b>25</b>
<b>Bilaga 3</b> .....	<b>26</b>

## 1. Inledning

Utvärdering av fysioterapeutisk intervention syftar till ökad kunskap om skillnader och resultat valda behandlingsinsatser bidrar till, vilket är av stort värde både ur patient- och vårdgivarperspektiv. I mitt arbete som fysioterapeut träffar jag många personer med höft- och/eller knäartros. En utmaning för mig är att locka fram deras inneboende resurser och förmåga till läkning, framgången i det avseendet varierar. Denna variation har väckt en nyfikenhet hos mig kring det mänskliga beteendet och hur kognitiva och sociala faktorer samverkar och påverkar hälsoutfall. En central faktor som inverkar på behandlingsutfallet och skyddar mot ohälsa vid artros är individens tilltro till sin egen förmåga, self-efficacy (SE). SE är ett komplext begrepp som beskriver en persons tilltro till egen förmåga att organisera och genomföra en handling, en specifik uppgift eller beteendeförändring (1). För att utvärdera begrepp kan man använda olika instrument, vilket ställer krav på instrumentets logiska och verbala utformning. SE kan mätas med Arthritis Self-Efficacy Scale, den svenska versionen (ASES-S) (Bilaga 1). ASES är framtaget för personer med ”arthritis”, som i den anglosaxiska språkbruket innefattar en rad olika reumatologiska åkommor däribland fibromyalgi, reumatoid artrit (RA) och artros. Mitt intresse i denna studie ligger i att ur ett patientperspektiv undersöka hur personer med artros tänker kring frågorna i formuläret ASES-S.

## 2. Bakgrund

### 2:1 Artros

Artros är den vanligaste ledsjukdomen i världen med en incidens på 15 % i den totala befolkningen, varav 50% hos personer >65 år samt 85 % hos personer >75 år (2, 3). Vanligen drabbas ryggrad, finger-, knä- eller höftled (4). Artros är en följd av upprepade misslyckanden i det komplexa samspelet mellan mekaniska, cellulära och biokemiska processer. Artros uppstår när den dynamiska jämvikten mellan uppbyggnad och nedbrytning av ledens vävnader rubbas, ofta när ledens belastningsförmåga överskrids, vilket kan uppstå då en normal led utsätts för återkommande hög belastning alternativt då en svag led utsätts för normal belastning (5). Patologiska kännetecken vid artros är förtunning och kvalitetsförändring av broskvävnad, ökad täthet och cystbildning i det subkondrala benet, osteofytbildning, ökad ligamentlaxitet, nedsatt muskelstyrka, inflammation i omkringliggande kapsel och förändrad proprioception (3, 5). Etiologin till artros är inte helt klarlagd och skiljer sig något mellan olika leder. Flertalet riskfaktorer presenteras i litteraturen bland annat ärftlighet, övervikt, tidigare ledskada, fysiskt belastande arbete, elitidrott, ålder och muskelsvaghet (2, 6-10). För höftartros har också medfödda missbildningar och tidiga höftsjukdomar betydelse. Artrosutvecklingen sker gradvis. Det går vanligtvis flera år från första molekylära förändringen fram till symptom och röntgenologiska fynd kan påvisas (11). Sambandet mellan graden av röntgenförändringar och symptom är lågt (12, 13). Röntgenologisk artros kan vara helt symptomfri. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer ställs diagnos via klinisk anamnes och undersökning (14). Jämfört med övriga befolkningen innehar personer med artros en ökad risk för förtida död, där en stark riskfaktor är nedsatt gångförmåga men även diabetes, cancer och hjärt- och kärlsjukdom (15). Vanligt förekommande symptom är ledsmärta, huggsmärta, funktionsnedsättning, ledstelhet, nedsatt ledrörlighet och nedsatt muskelstyrka (3, 11, 16). Symtombilden vid artros medför inte sällan en ökad risk för att utveckla ett undvikande beteende vilket kan bidra med minskat deltagande i fysisk aktivitet och som följd nedsatt styrka och nedsatt aerob förmåga (17). Det kan vidare leda till minskad SE till att delta i fysiska aktiviteter vilket eventuellt kan bidra med minskad social delaktighet, arbetsförmåga och reducerad livskvalitet (18).

## 2:2 Behandling vid artros

Enligt nationella och internationella rekommendationer bör grundbehandlingen vid mild till måttlig artros påbörjas tidigt och innefatta en kombination av icke farmakologisk intervention det vill säga information, träning, viktkontroll, stöd av fysioterapeut och farmakologisk behandling (14, 19, 20). Flertalet studier har visat att patientutbildning bör erbjudas patienter med mild till måttlig artros för att förebygga smärta, funktionsnedsättning samt öka hälso-relaterad livskvalitet (19, 21-23). Att kombinera patientutbildning med vägledad träning har visat sig minska antalet vårdbesök samt behov av medicinering (24, 25). I en studie framkom att artrosskola kombinerat med träning minskade risken för totalprotesoperation (26). Fysisk förmåga och SE är viktiga faktorer som inverkar på livskvaliteten vid artros (27). Artrosskolan i Sverige enligt bättre omhändertagande av artrospatienter, BOA-modellen, innebär individuella träffar, två-tre informationsträffar och gruppträning som syftar till att öka kunskapen om artros och dess behandling. En förhoppning med upplägget är bland annat att öka den fysiska aktivitetsnivån, vilket för flertalet innebär att genomgå en beteendeförändring (28). Om denna process når framgång påverkas bland annat av individens SE att påverka sina symptom (29).

## 2:3 SE- en central faktor vid artrosbehandling

Self Efficacy Theory (SET) är en utveckling ur Social Cognitive Theory (SCT) (30). SET beskriver att det främsta motivet till att klara att genomföra en specifik uppgift, fysisk prestation eller ändra ett specifikt beteende är graden av SE (29-31). SE är inte ett statistiskt karaktärsdrag utan varierar. SE kan relateras till andra faktorer såsom locus of control det vill säga tilltro till att kunna styra över en händelse, samt självkänsla, men skiljer sig från dessa genom att SE är beteendespecifikt, inte ett generellt personlighetsdrag. SE beskriver inte utfallet utan inställningen inför genomförandet (29). Initiering av beteendeförändring påverkas även av personens omdöme och kunskap kring att ett visst beteende kommer leda till ett visst resultat, outcome expectancy (OE). Enligt SET bör dock OE särskiljas från SE då tro på att givet beteende kommer leda till ett visst resultat inte inverkar på beteendet om personen tvivlar på sin tilltro till att genomföra det som krävs (29). Bandura beskriver fyra samverkande faktorer som på olika sätt påverkar SE. Den första och troligen starkaste faktorn är *"performance accomplishment"* som baseras på tidigare individuella erfarenheter och prestationer av att klara att förändra ett beteende. Framgång förstärker förväntningarna att klara nästa liknande utmaning, medan misslyckande bidrar med motsatt effekt. Återkommande framgång kan dock reducera/vända den negativa spiralen. Graden av SE är starkt situationsbundet, men ett gynnsamt utfall vid utförande av en viss aktivitet kan bidra med ökad tilltro vid utförande av andra liknande aktiviteter (29, 31). Den andra faktorn är *"vicarious experience"*, att se andra genomföra en aktivitet med gynnsam utgång. Detta kan inverka på personens tilltro till att själv behärska uppgiften (18, 29, 31-33). Den tredje faktorn är *"verbal persuasion"*. Verbal och social påverkan från omvärlden påverkar en persons övervägande till förändring. Den fjärde faktorn är *"emotional arousal"* där emotionell stress och påfrestande situationer är något som inverkar negativt på SE (29, 31, 33).

Flertalet studier pekar på att vården ska sträva efter att göra individen delaktig i sin förändringsprocess där SET principer innefattas, exempelvis målsättningsarbete, individuella aktionsplaner, identifikation av risksituationer och nyttjande av social omgivning (31, 34-36).

## 2:4 Frågeformuläret Arthritis Self-Efficacy Scale- Swedish (ASES-S)

Frågeformuläret ASES utvecklades och utvärderades ursprungligen i USA på patienter med "arthritis" (främst RA, andra artrit, fibromyalgi och artros) för att testa tre hypoteser; 1) det finns en association mellan upplevd SE och nuvarande eller kommande hälsostatus, 2) SE kan förändras av pedagogisk intervention, 3) ökad SE kan associeras med förbättrat hälsostatus (37). Instrumentet avser att mäta SE gällande att hantera konsekvenser av "arthritis". Instrumentet består av 21 frågor som är uppdelade i tre kategorier; upplevd kapacitet att hantera smärta,

funktion och andra symptom. Frågorna i formuläret är framtagna av en reumatolog och har omarbetats i tre fokusgrupper med 15 -30 personer med "arthritis" (37). ASES skattas på en skala från 10 (låg tilltro) till 100 (hög tilltro) (37). För att förändringen ska vara meningsfull bör den vara >10 (37). Instrumentet anses inneha god reliabilitet och hög validitet (37). Vid utvärdering av begreppsvaliditeten utgick man ifrån att SE kan relateras till nuvarande samt kommande hälsostatus. Begreppsvaliditeten kunde försvaras genom att man såg signifikant korrelation mellan SE (funktion och andra symptom) och självskattad smärta, funktion och depression. Samtliga hypoteser besvarades konsekvent. Samtidig validitet för upplevd kapacitet för funktion testades genom att försökspersonerna efter att de svarat på frågorna även observerades vid praktiskt genomförande av uppgifterna, vilket visade en medelhög korrelation (37). Instrumentet är översatt till svenska (ASES-S) och har kvalitetsgranskats i svensk kontext (38, 39). ASES-S har utvärderats på två grupper, den ena gruppen hade reumatism (RA, generell artrit och fibromyalgi) och den andra hade kronisk smärta (ryggsmärta, magsmärta, nacksmärta etc). Instrumentet finns därav i två versioner. Vid utvärdering såg man god intern validitet och test-retest reliabilitet i båda grupperna (38). Begreppsvaliditeten var signifikant då de två grupperna kombinerades. Den diskriminerande validiteten var god (39).

Varken ASES eller ASES-S har utvärderats för innehållsvaliditet, det vill säga i vilken grad frågorna i utvärderingsinstrumentet täcker in områdesinnehållet som är avsett att mätas (40). Ingen utvärdering av den metodologiska kvaliteten av instrumentens egenskaper med exempelvis "COSMIN checklist" är genomförd (41). ASES har ifrågasatts av Brady (42) som anser att instrumentet inte är valitt och specifikt nog då hon anser att instrumentet snarare mäter OE (exempelvis minska smärta, hantera trötthet) SE (42).

Utvärdering av förändring till följd av artroskolans effekter registreras i BOA:s nationella kvalitetsregister ([www.boaregiset.se](http://www.boaregiset.se)). År 2013 besvarade 25 161 personer BOA:s patientformulär (43). Patientformuläret innehåller bland annat ASES-S med delskalorna upplevd kapacitet – smärta och andra symptom (Bilaga 1). Besvarande av delskalorna i ASES-S görs före första besöket samt vid uppföljning efter tre, sex och tolv månader.

## 2:5 Teoretisk referensram

Problem relaterade till besvarande av frågeformulär har identifierats i litteraturen, exempelvis kring ordförståelse och förståelse av frågors innebörd (44-46). Möjliga svårigheter som uppstår medför eventuellt att respondenten utesluter att besvara vissa frågor alternativt inte följer given instruktion (45, 47). Metoden think-aloud används bland annat inom hälsoforskning för att utveckla och utvärdera frågeformulär (48-52). Tekniken innebär att forskaren får insikt i respondentens kognitiva process genom att respondenten ombeds tänka högt vid besvarande av frågeformulär alternativt löser en uppgift (53) För att utvärdera material insamlat via kognitiv intervju kan man utgå från Conrad och Blairs modell "The respondent problem matrix" (Figur 1).

PROBLEM TYPE	RESPONSE STAGE		
	Under-standing	Task Performance	Response Formatting
Lexical			
Temporal			
Logical			
Computational			
Omission/Inclusion			

**Figur 1.** "The respondent problem matrix", enligt Conrad & Blair 1996 (45).

Modellen beskriver fem faktorer av problem som samtliga kan uppstå i tre olika steg vid besvarandet. Dessa steg är 1) förståelse av frågan 2) utföra den primära uppgiften 3) uttrycka/formatera besvarandet. Den första problemfaktorn är lexikala problem, vilket innefattar respondentens ordförståelse samt förståelse av ett ord i given kontext. Exempelvis kan ord som inbjuder till tolkning, exempelvis ”regelbundet” (Cyklar du till affären regelbundet?) skapa missförstånd. Faktor två beskriver temporala problem, vilket är svårigheter kopplade till tid exempelvis tidsperioder eller tid spenderad på aktiviteter. Tredje faktorn är logiska problem, vilket bland annat innebär att frågan inte är giltig för respondenten, ett exempel är att ställa följande fråga till en frisk 25 åring ” Hur många gånger i veckan träffar du en doktor?”. Den fjärde faktorn är beräkningsproblem. Den femte faktorn är ocklusions- och exklusions-problem, vilket primärt innefattar respondentens uppfattning angående omfattning och innebörd av ord som ingår i frågan (45). Think-aloud intervju kan inte enskilt säkerställa användbarheten och validiteten av ett frågeformulär, men kan med fördel integreras med annan undersökningsmetodik (47). Think-aloud intervju kan bidra med utvärdering av uppenbar validitet (face validity), det vill säga om testet vid första inblick ger intryck att mäta det som avses (40) och innehållsvaliditet (47, 48, 51).

### **2:6 Problemformulering**

Hög SE har visat sig skydda mot funktionsnedsättning hos individer med artros (54). I BOAs årsrapporter (2012, 2013) framkommer marginell förändring i SE från nybesök till tre månaders uppföljning (28, 43). Vid ettårsuppföljningen syns en tydlig försämring i SE. Då det gäller förändring i smärta mellan tre till tolv månader ligger dessa skattningar inte lägre än vid nybesök. Antalet patienter som upplever daglig smärta sjunker stegvis efter ett år. ASES-S har kritiserats ha brister i validiteten (42) och i BOAs årsrapporter diskuteras om resultaten i förändringen i SE kan ha påverkats av utformningen av mätinstrumentet (28, 43). Klinisk erfarenhet är att många patienter upplever det svårt att besvara frågorna i ASES-S och ber ofta om förklaring kring hur de skall tänka då de fyller i frågorna. Det är idag inte känt varför vissa personer med artros upplever det svårt att besvara frågorna i ASES-S.

### **2:7 Syfte**

Syftet med föreliggande studie var att utforska reflektioner personer med artros i höft och/eller knä uttryckte kring ifyllandet av den svenska versionen av Arthritis Self-Efficacy Scale, delskalorna upplevd kapacitet – smärta och andra symptom.

## **3. Metod**

### **3:1 Design**

Kvalitativ metod med intervjuer valdes för att erhålla ny kunskap om ASES-Ss förmåga att mäta det skalan är tänkt att mäta, validitet (55). Innehållsanalys användes för att analysera textinnehållet i de utskrivna intervjuerna, metoden ansågs passande då den avser att belysa likheter och skillnader (56).

### **3:3 Rekrytering**

Rekrytering av informanter genomfördes på en fysioterapiklinik i Stockholm. För att uppfylla nedanstående urvalskriterier hade SB kommunikation med sina fysioterapikollegor som upplyste om de tidigare kommit i kontakt med/skulle komma i kontakt med lämplig informant. Relevanta patienter informerades om studien på klinik alternativt via telefon av SB eller ansvarig fysioterapeut. SB informerade därefter patienten om studiens upplägg och syfte. Intresserade patienter erhöll skriftlig information om intervjuförfarande, dataförvaring, anonymitet samt att



de när som helst kunde avbryta studien (Bilaga 2). Därefter tog SB åter kontakt via telefon för att försäkra sig om att personen fått informationen, besvarade frågor samt erhöll muntligt samtycke.

### 3:2 Urval

För att spegla fenomenet och lyfta fram variation eftersträvades ett brett urval. Samtliga inkluderade informanter hade medverkat i artroskola med registrering i BOA-registret eller skulle komma att göra det. Informanterna plockades ut strategiskt för att få en spridning vad gäller tidpunkt i behandlingsprocessen, antal gånger de fyllt i ASES-S, kön och ålder. Spridning gällande sjukdomsduration, självskattad genomsnittlig smärtintensitet skattat med VAS (visuell analog skala), hur ofta smärta, primärt drabbad led, utbildningsnivå och nuvarande hälsotillstånd eftersträvades. Sistnämnd parameter är ett delmoment i EQ5D (index för att mäta hälsorelaterad livskvalité) och där nuvarande hälsotillstånd skattades på en termometerliknande skala graderad från 0 (sämsta tänkbara tillstånd) -100 (bästa tänkbara tillstånd) (<http://www.euroqol.org/>). Valet att eftersträva inkludering av parametrarna kön, ålder, självskattad genomsnittlig smärtintensitet primärt drabbad led baseras på liknande studier (50, 57). En studie som har berett grund för urvalet har visat att män och kvinnor upplever och diskuterar artros på olika sätt (58). Oro kopplat till artrossmärta skiljer sig beroende på om individen har knä- eller höftsmärta (58) Enligt författarens förförståelse kan eventuellt även utbildningsnivå, var i behandlingsprocessen man befinner sig och hur många gånger man fyllt i formuläret påverka hur man uppfattar, reflekterar och besvarar frågorna. Patienter som inte kommunicerade obehindrat på svenska eller som SB själv behandlat exkluderades. Tio personer valdes ut och tackade ja till deltagande, sex kvinnor och fyra män. Personerna var i åldrarna 57-72 år. Personerna befann sig i olika tidpunkter i behandlingsprocessen (nybesök-12 månader efter nybesök). Tre personer hade aldrig besvarat formuläret innan, tre personer hade besvarat det en gång, två personer hade besvarat det två gånger och en person fyra gånger tidigare (Tabell 1).

**Tabell 1.** Informanternas karaktäristiska.

infor- mant	kön	ålder	utbildningsnivå	symptomd- uration (år)	nuvarande hälso- tillstånd (0-100)	genomsnittlig smärta/hur ofta	mest besvär- ande led	besvarat ASES-S innan (ggr)	tidpunkt i behandlings- processen
1	kvinn	57	gymnasieskola	4	47	måttlig/varje månad	knä	1	3*
2	kvinn	70	grundskola	15	95	medelsvår/varje dag	höft	1	3*
3	kvinn	66	universitet/högskola	1	75	måttlig/varje vecka	höft	2	4*
4	man	67	universitet/högskola	0,75	65	måttlig/varje månad	knä	1	4*
5	man	64	universitet/högskola	1	70	måttlig/varje vecka	knä	0	nb
6	kvinn	68	universitet/högskola	3	83	medelsvår/varje dag	höft	2	4*
7	kvinn	62	universitet/högskola	12	70	medelsvår/varje dag	knä	4	12*
8	man	65	universitet/högskola	2	89	lät/varje dag	knä	2	6*
9	man	72	universitet/högskola	1	30	medelsvår- svår/alltid	höft	0	Nb
10	kvinn	63	universitet/högskola	20	70	måttlig- medelsvår/varje dag	knä	0	nb

nb= nybesök, \*= antal månader efter nybesök.

### 3:4 Datainsamlingsmetod: Think-aloud intervju

Datainsamling genomfördes under perioden april- maj 2014. Skriftligt informerat samtycke inhämtades på svarstalong (Bilaga 2) som togs emot av intervjuaren (SB) innan intervjun. Data

samlades in via röstupptagning av djupintervjuer med utgångspunkt från metoden think-aloud (53). Innan studiestart utarbetade SB en intervjumall (Bilaga 3) som testades vid fyra pilotintervjuer. Bearbetning av pilotintervjuerna resulterade i 11 öppna frågor (Bilaga 3). Via pilotintervju upptäcktes att flera av informanterna upplevde ovana i att tänka högt. De inkluderade informanterna fick innan intervjustart träna sitt kognitiva tänkande (Bilaga 3). Vid pilotintervjuerna framkom att informanten hade mindre behov av att föra dialog om intervjuaren var placerad i ett hörn av rummet för att efterlikna att informanten själv fyllde i frågorna, liknande har observerats i tidigare studie (50). Frågor och oklarheter besvarades och redades ut under teststillfallet. Varje intervju genomfördes av SB i ett enskilt rum på kliniken och varade mellan 16 och 38 minuter, medeltiden var 24 minuter. Informanten ombads att läsa frågorna i ASES-S (Bilaga 1) högt och reflektera kring vad hen tänkte vid besvarande av frågorna. Intervjuerna var standardiserade då informanterna erhöll samma information angående intervjuförfarande, för bevarande av öppenhet och fri reflektion varierade det vilka följdfrågor SB ställde (Bilaga 3).

### **3:5 Dataanalys**

De inspelade intervjuerna transkriberades ordagrant av SB fortlöpande. För att beskriva variationer; likheter och skillnader i datamaterialet analyserades intervjuerna med induktiv innehållsanalys enligt Graneheim and Lundman (59). Med induktiv ansats menas att texten analyseras förutsättningslöst och inte utifrån någon specifik teori. Syftet var att få en så bred beskrivning av fenomenet som möjligt (59). Författaren (SB) är legitimerad fysioterapeut och arbetar med berörd patientkategori sedan sex år tillbaka. SB har ingen tidigare erfarenhet av att genomföra think-aloud intervju. För att öka trovärdigheten har analys av textmaterial skett tillsammans med författarens handledare (MK) som är legitimerad fysioterapeut och medicine doktor med erfarenhet av både kvalitativa och kvantitativa metoder. För att bredda sättet att se på fenomenet ytterligare har en tredje person med yrkesbakgrund som socionom och magister inom kvalitativ forskning, varit med och analyserat materialet (KB). För att erhålla uppfattning om materialet i sin helhet genomförde SB upprepad noggrann läsning av de transkriberade intervjuerna. Analys genomfördes initialt av en intervju i taget. Utifrån studiens syfte tog SB ut meningsbärande enheter som sedan kondenserades, abstraherades och kodades (Tabell 2). SB och KB kondenserade och kodade de två första intervjuerna tillsammans, resterande gjorde SB och vid osäkerhet på hur materialet skulle tolkas diskuterade och analyserade SB och KB tillsammans till dess konsensus uppnåddes. Därefter såg SB och KB över samtliga intervjuers koder tillsammans och tog ut underkategorier och 23 kategorier. Granskning av analysprocessen genomfördes därefter av MK. Sedan diskuterade och sammanförde SB, KB och MK de preliminära kategorierna till 12 slutliga kategorier. Slutligen formulerade SB, MK och KB tillsammans 3 teman som framhävde den underliggande meningen. Temat beskrevs latent då kommunikationsinnehållet och frågorna var djupa (59). För att framhäva det viktigaste för varje fråga i ASES- S genomfördes ytterligare en granskning av samtliga intervjuer fråga för fråga för att belysa vilken kategori och underkategori som var vanligast förekommande under respektive fråga (Tabell 3).

**Tabell 2.** Utdrag ur analysprocessen

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori	Tema
Öö hm va e de för trötthet man menar då? Är det när man är sömnig eller vad är det för trötthet som menas undrar jag?...det finns ju olika typer av trötthet man kan vara trött på en person och man kan vara trött i kroppen....	Vad är det för typ av trötthet man menar? Det finns olika typer.	Vilken trötthet efterfrågas?	Oklart-hur tolka trötthet	Otydliga fråge- och formulärsinstruktioner	Utvärderings-instrumentets validitet
Men trötthet va, va e trötthet? Trötthet i bena eller?...allmän trötthet...trötthet av artrosen eller? Nej de e nog allmän trötthet överhuvudtaget?	Trötthet i bena, allmän trötthet eller av artrosen? Menar nog allmän trötthet?.	Menar nog allmän trötthet?			
Jämfört med andra personer? Betyder det här att jag kan hantera min smärta bättre eller varför ska jag göra en jämförelse här?	Bättre hantering eller varför jämföra?	Varför jämföra?	Oklart-varför jämföra med andra		
Va ska man göra? Ska man jämföra med andra personer och titta på dom med liknande besvär och fundera på om man är säker på om man kan hantera sin smärta, vad har det med andras att göra?	Hur bestämma säkerhet att hantera smärta genom att titta på andra?	Hur jämföra?			
Ja men dom vill väl ha svar på om man går och funderar på sin smärta skulle jag tro men de gör jag aldrig	Dom vill ha svar på om man funderar på sin smärta	Söker svar-funderar på smärtan	Belysa smärtpåverkan	Tolkning av frågornas och formulärets syfte	
Ja dom vill väl ha svar på hur man upplever sin smärta...dom handlar ju om det alla frågor i princip...	Dom vill ha svar på hur man upplever sin smärta	Söker svar på smärtupplevelse			

## 4. Etik

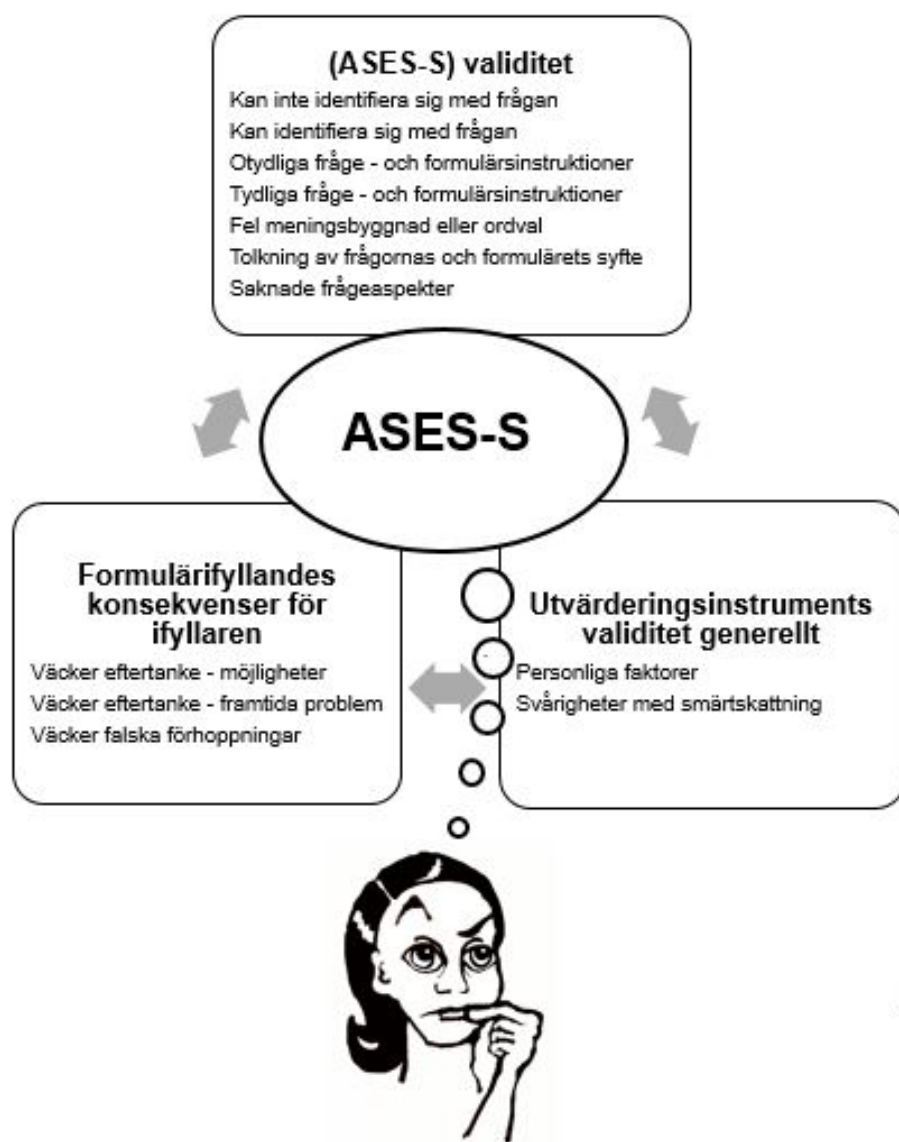
Vetenskapsrådets fyra huvudforskningsetiska principer följdes noggrant (<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>.) och Helsingforsdeklarationen (<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>) har väglett studiens etiska resonemang och ställningstaganden. Ingen etikansökan gjordes med hänvisning till etikprövningslagen (2003:460). Informanterna erhöll information om vad deltagandet innebar, studiens syfte och att de under vilken tidpunkt som helst under studiens gång hade rätt att avbryta utan att drabbas av efterföljande konsekvenser. Muntligt och skriftligt samtycke inhämtades efter försäkran att informationen införstås. Samtliga intervjuer och uppgifter aidentifierades och förvarades på låst USB-minne. Insamlad data har endast använts för forskningsändamål (<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>). Informanterna ombads kontakta intervjuaren vid eventuella funderingar efter intervjun. Beroendeförhållande mellan SB och informant förelåg inte och deltagarna hade inte erhållit individuell behandling av SB.

## 5. Resultat

### 5:1 Teman

Analysen av informanternas reflektioner resulterade i tre teman (Figur 2):

- ASES-S validitet: sju kategorier beskriver reflektioner som kan påverka ASES-S validitet i negativ och/eller positiv riktning
- Formuläryfyllandets konsekvenser för ifyllaren: tre kategorier beskriver positiva och negativa tankar kopplade till informanternas självbild/symptombild.
- Utvärderingsinstruments validitet generellt: två kategorier beskriver reflektioner kring faktorer som kan påverka validiteten vid ifyllande av utvärderingsinstrument generellt.



**Figur 2.** Översikt över studiens resultat gällande teman och dess kategorier.  
 (Bildillustrator: Sofia Heimdahl)

## 5:2 Sammanfattning av resultaten temavis

### 5:2:1 "ASES-S validitet"

Under detta tema (Figur 2) framkom skillnader i hur väl informanterna kände igen sig och kunde relatera till frågorna. Att inte kunna identifiera sig medförde att frågorna blev irrelevanta att besvara, exempelvis kring symptombeskrivningar. Detta påverkar validiteten i negativ riktning. Flertalet beskrev att de inte upplevde trötthet eller artrossmärta alternativt att de inte upplevde smärta på det sätt som förutsätts i frågorna. De som inte kunde identifiera sig med frågorna uttryckte stor variation vid skattning. Åtta av informanterna upplevde svårigheter att förstå och besvara fråga 9 "Jämfört med andra personer med besvär som liknar dina, hur säker är du på att

du kan hantera din smärta under dagliga aktiviteter”, detta eftersom de vanligtvis inte jämförde sig med andra samt att de inte kände någon med liknade besvär. De gav förslaget att ta bort ” jämfört med andra personer” i fråga 9. Några av informanterna löste besvarandet genom att tänka bort jämförelsen.

Frågorna upplevdes å andra sidan som bra och relevanta om informanterna förstod och kunde relatera till frågan, vilket påverkar validiteten i positiv riktning. Kunskap exempelvis via artrosskolan, gjorde att informanterna lättare kunde identifiera sig med frågan. Att förståelsen av frågornas innebörd underlättades av tidigare erfarenhet och kunskap inverkar på validiteten. Det förelåg även skillnader mellan informanternas reflektioner kring vilka frågor de kunde identifiera sig med, vilket i det stora hela påverkar validiteten för ASES-S negativt.

*”Dom kanske skulle fråga om jag har ont på nätterna...och då hade dom fått svaret nej....hade dom fått svaret ja så hade dom ju kunnat ställa den här frågan” (Informant 7, Fråga 3)*

*”Ja då funderar man ju ...va fan hur vet ni att jag är trött?...ja men det känns ju som att ni utgår från att alla är trötta på något sätt...” (15, F6)*

*” Ja det tror jag att jag kan nu efter att ha varit hos er och lärt mig litegrann om detta...öm så omkring 90 där skulle jag säga” (18, F4)*

Majoriteten av informanterna tyckte att frågorna var otydliga, komplicerade och krävde omläsning. Flera upplevde att frågorna var ospecifika och gav upphov till tolkningsproblem kring exempelvis ”trötthet”, ”en sjukdom” och ”aktivitet”. Det fanns skilda uppfattningar huruvida informanterna skulle relatera enbart till artrosen vid besvarande av frågorna eller inte. Det framkom problem med oklara formulärsinstruktioner och olika uppfattningar om hur formulärsinstruktionerna bör förtydligas. Endast en av informanterna upplevde att instruktionerna var tydliga medan flera informanter tog upp problem som visade att de hade svårt att förstå vilken tidsperiod. Två av informanterna besvarade frågorna med förhoppning på behandlingen alternativt med hopp om att inte försämras. Två informanter svarade med förhoppning grundad på kunskap i kombination med egna insatser.

*”Då frågar jag direkt vad menar dom med ”en sjukdom” är det denna sjukdom eller en sjukdom i största allmänhet?”(110, F11)*

*”Men om det skulle finnas nått snitt under en månad....eller va de nått annat....man skulle försöka se det här under en veckas tid eller?” (16, F1-11)*

*”Ja det här är ju lite mera allmänna frågor just det... det behöver inte ha och göra med artrosen som jag ser det” (110, F6-11)*

*” Ja jag har höga förhoppningar på det här så jag skulle skatta uppåt 70-80” (19, F1)*

Informanterna gav förbättringsförslag såsom att ställa tydliga välformulerade frågor, för att undvika missförstånd och därmed minska risken för att validiteten påverkas.

*” ...asså dom kunde ju även där frågat om jag är trött, om jag känner mig trött och när jag känner mig trött i vilket sammanhang jag är trött så hade det kanske blivit lite tydligare” (17, F6)*

Informanterna uppgav även att exempelvis orden "avsevärt", "vanmakt" och "muntra upp" var starka och att det försvårade besvarandet. Utöver det så ifrågasatte flera ordvalet "Hur säker är du". Ordet "säker" upplevdes göra frågorna svåra att besvara. Flera gav förslaget att använda "tror" istället.

Det framkom även varierande tolkningar av frågornas och formulärets underliggande syfte. Några informanter trodde att formulärets första del ville belysa det kroppsliga och smärtpåverkan. Över hälften uppfattade att del två handlar om psykiska aspekter och mental hantering av sjukdomen. Tre av informanterna menade att man med formuläret vill undersöka förmågan att själv kunna påverka sin totala situation. Ett par informanter trodde att formulärets syfte är att utvärdera vårdinsatser och behandlingseffekt.

*"...att dom vill veta vad jag, hur mycket jag tror på självförmågan, att min förmåga att påverka min situation i stort" (I10, F6)*

### **5:2:2 "Formuläryfyllandets konsekvenser för ifyllaren"**

Inom temat "Formuläryfyllandets konsekvenser för ifyllaren (Figur 2) framkom att formuläret väckte förhoppning kring att kontakten med vården skulle bidra med hjälp att hantera sina besvär. Frågorna väckte tankar kring strategier för att exempelvis muntra upp sig och hopp kring att själv kunna påverka sin situation. I kontrast till ovanstående framkom i kategorin "Väcker eftertanke - framtida problem" att frågorna satte igång tankar och oro om kommande besvär på grund av artrosen som informanterna inte tidigare hade reflekterat kring. Frågorna väckte även "Falska förhoppningar" kring att det fanns medicin som kan bota/hjälpa vid artros.

*"Att smärtan stör min sömn det har den aldrig gjort, det har jag inte ens tänkt på att den skulle kunna göra?..." (I5, F3)*

*"Ja det här med hur aktiv kan jag vara?, trots den här sjukdomen dom här tankarna kommer ju lite grann när man går igenom det här...kan jag fortsätta att gå till träningen i fortsättningen...Eller hur länge kan jag göra det...?" (I8, F6-11)*

### **5:2:3 "Utvärderingsinstruments validitet generellt"**

Under temat "Utvärderingsinstruments validitet generellt" (Figur 2) framkom att dagsform exempelvis humör och välmående antas påverka besvarandet. Informanterna reflekterade kring att smärta, upplevelsen av artros och trötthet är subjektivt vilket också påverkar validiteten. Dessutom reflekterade informanterna kring att livsomständigheter och personlig inställning som om man är optimist/pessimist, självsäker och problem- eller lösningsfokuserad påverkade hur frågorna besvarades. Flera av informanterna upplevde att vissa situationer och tillstånd inte gick att påverka. Exempelvis upplevde en informant att smärta inte kan styras mentalt. Det framkom även att informanterna upplevde att det är svårt att skatta smärta då det är en subjektiv upplevelse och att besvären fluktuerar.

*"Svaret kan nog också bero lite grann vad jag e på för humör tror jag...nån dag kan jag känna mig ganska säker och nån dag lite mindre säker"(I6, F1)*

*"Frågan är skattretande tycker jag...om jag kunde påverka min trötthet då skulle jag göra det!"(I3, F6)*

### 5:3 Presentation av resultaten fråga för fråga

**Tabell 3.** Redovisning av resultatet fråga för fråga med vanligast förekommande kategori och ett typiskt citat.

Fråga	Vanligast förekommande kategori	Illustrativt meningsbärande citat
<b>1. Hur säker känner Du Dig på att Du kan minska Din smärta avsevärt?</b>	Otydliga frågor och formulärsinstruktioner	<i>"e de med hjälp av den behandling jag får här eller vad jag kan åstadkomma själv?" (Informant 5)</i>
<b>2. Hur säker är Du på att Du kan fortsätta med Dina dagliga aktiviteter?</b>	Otydliga frågor och formulärsinstruktioner	<i>" Det kan man aldrig vara säker på, det beror på hur fysiken utvecklas, men som det ser ut i dag så hoppas jag på att jag ska kunna fortsätta med dem dagliga aktiviteterna, jag ringar in 90 där..." (18)</i>
<b>3. Hur säker är Du på att Du kan undvika att Din smärta stör din sömn?</b>	Kan inte identifiera sig med frågan	<i>"Mycket osäker, man sover dåligt överhuvudtaget, av andra orsaker än artrosen va" (14)</i>
<b>4. Hur säker är Du på att Du kan åstadkomma en liten-måttlig minskning av Din smärta genom andra metoder än ökad medicinering?</b>	Kan inte identifiera sig med frågan	<i>"Ja men ökad medicinering...det är väl många patienter som inte medicinerar...och dom pratar om ökad medicinering...för vi som inte medicinerar vad ska vi svara på det här?" (15)</i>
<b>5. Hur säker är Du på att Du kan åstadkomma en avsevärd minskning av Din smärta genom andra metoder än ökad medicinering?</b>	Otydliga frågor och formulärsinstruktioner	<i>"En liten- måttlig eller avsevärd minskning av din smärta de är lite samma sak bara om jag tror att jag kan få bort smärtan ännu mer än måttlig eller?" (17)</i>
<b>6. Hur säker är du på att Du kan påverka Din trötthet?</b>	Otydliga frågor och formulärsinstruktioner	<i>"Vad är det för trötthet man menar då? är det när man är sömning eller är det trötthet av fysisk aktivitet eller vad är det för trötthet som menas undrar jag?" (18)</i>
<b>7. Hur säker är Du på att Du kan anpassa dina aktiviteter så att Du kan vara aktiv utan att förvärra Dina besvär?</b>	Kan identifiera sig med frågan	<i>" Det där tycker jag att jag kan och har lärt mig så det tycker jag inte är någon svår fråga" (16)</i>
<b>8. Hur säker är du på att Du kan muntra upp Dig om du känner Dig nere?</b>	Kan inte identifiera sig med frågan	<i>"Jag har absolut ingen anledning att känna mig nere om jag säger så" (12)</i>



<b>9. Jämfört med andra personer med besvär som liknar Dina, hur säker är Du på att Du kan hantera Din smärta under dagliga aktiviteter?</b>	Kan inte identifiera sig med frågan	<i>"Jag förstår inte hur man ska jämföra med andra personer... då måste man ju ha hela deras sjukdomsbild å...eller ska man gå efter hur mycket dom "ojar" sig eller?...tycker man ska ta bort det där att jämföra sig det förstår jag inte hur man ska kunna göra..." (13)</i>
<b>10. Hur säker är Du på att Du kan hantera Dina symptom så att Du kan göra saker Du tycker om att göra?</b>	Väcker eftertanke-möjligheter	<i>"Ja den (frågan) andas optimism på nåt vis...ja som jag tolkar den i alla fall....att här ska det inte komma någon alltså min kropp och tala om vad jag ska ha för mig...om jag vill göra någonting så ska jag göra det (13)"</i>
<b>11. Hur säker är Du på att Du kan hantera den besvikelse/vanmakt som en sjukdom medför?</b>	Tolkning av frågornas och formulärets syfte	<i>"Hur man klarar att ta sådana här saker alltså psykisk...så det här är en fråga om psyket...hur man ska orka med det" (11)</i>

## 6. Diskussion

### 6:1 Resultatdiskussion

Resultatet i denna studie visade att ASES-S har brister i validiteten för personer med höft- och/eller knäartros. Informanterna ansåg att det var omöjligt att svara på hur säkra de var på att kunna hantera situationer eller symptom de inte ställts inför eller upplevt tidigare exempelvis, smärta på natten. Besvarandet påverkades även av externa faktorer såsom dagsform och humör. Utöver det påverkade frågorna i negativ riktning personernas framtidstro och tilltro till sin kunskap kring hanterande av artrosbesvären.

Efter utformningen av det ursprungliga formuläret 1989 (37) har ingen kvalitativ studie utvärderat frågorna i ASES. Däremot redovisas liknade problem vid besvarande av frågeformulär i kvalitativa studier som exempelvis utvärderat muskuloskeletal smärta med kognitiv intervjuteknik (49, 60, 61). De beskriver svårigheter med besvarandet på grund av att smärta är intermittent, varierar och svår att särskilja kroppsligen vilket även beskrivs i föreliggande studie under temat "utvärderingsinstruments generella validitet" (60, 61).

#### 6:1:1 Resultaten kopplade till teoretisk referensram

Efter genomförd analys uppmärksammades att informanterna i föreliggande studie upplevde problem kopplade till fyra av problemkategorierna beskrivna i Conrad et als. modell (Figur 1). Lexikala problem framkom, ord som exempelvis "avsevärt/avsevärd" och "säker" skapade tolkningsproblem (45). Även temporal problem uppmärksammades då det framkom oklarhet kring vilken tidsaspekt man skulle utgå ifrån. Logiska problem framkom då flera informanter upplevde att de inte kunde identifiera sig med frågorna. Det framkom även inklusions- och exklusionsproblem, det vill säga oklarheter kopplade till innebörd av ord i frågan, exempelvis gällande vad orden "en sjukdom" eller "trötthet" innebar. (45). Då respondenten inte förstod frågan bidrog det med utebliven övergång till nästa steg alternativt ignorerade informanten sin oförståelse och påbörjade nästa steg utan reflektion, vilket bidrog med att frågan besvarades utan adekvat input. De uttryckte även problem kopplade till steg 3 då de skulle uttrycka sitt svar på den graderade "säkerskalan". Dels på grund av problem som uppstod vid föregående steg samt att de upplevde att det var svårt att skatta säkerhet. Olika skattning kan förklaras av att

informanterna inte kunde relatera till frågan. Sammantaget påverkar dessa problem vid besvarande av ASES-S validiteten i negativ riktning.

En konsekvens av att inte kunna ta till sig frågan är uteblivet svar (47), vilket i föreliggande studie upprepades flera gånger. En svaghet i studien är att det är svårt att härleda om det berodde på själva frågan eller instruktion inför intervjun. Valet att respondenterna inte behövde ringa in/eller uppge en siffra grundar sig på pilotintervjuerna. Det visade att informanterna reflekterade med ökad öppenhet kring sitt frågesvar då detta inte behövde anges. Författaren till studien ansåg att instruktionen bidrog med att syftet besvarades mer konsekvent, valet betraktas även i efterhand gagna studiens resultat.

#### **6:1:2 ASES-S konsekvenser för ifyllaren**

Frågorna i ASES-S satte igång tankar hos informanterna som äventyrade deras tilltro till sin kunskap kring artros. Vissa frågor skapade oro kring eventuella kommande symptom och funktionsnedsättningar, vilket sannolikt inte är syftet med frågorna. Samtidigt är det viktigt att ta fasta på att informanterna gav uttryck för att frågorna även tog upp viktiga frågeområden, dock skilde det sig vilka frågor informanterna upplevde som viktiga.

#### **6:1:3 Brister med ASES-S**

Det föreligger en vetenskaplig debatt kring vad ASES egentligen mäter. Lorig et al (62) anser att instrumentet mäter beteendespecifik SE medan Brady (42, 63) anser att det mäter OE. Föreliggande studies resultat stödjer båda dessa antaganden. Några informanter svarade med förväntan på att behandlingen skulle leda till resultat medan andra utöver det betonade vikten av egen insats. Resultatet visade dock att kunskap exempelvis via artrosskolan bidrog med ökad förståelse av frågorna vilket möjligtvis kan förklaras av att frågorna i större utsträckning utvärderar OE istället för SE (42). Brady kritiserar hur frågorna i ASES är formulerade, att de påverkas av humör och att de snarare mäter psykologiskt tillstånd och funktionsnedsättning än SE (42), vilket även resultaten i föreliggande studie visade. Informanterna hade olika uppfattningar kring syftet med formuläret och de ifrågasatte varför ordvalet "säker" användes, vilket kan förklaras av en osäkerhet kring vad instrumentet utvärderar.

Utformarna av ASES beskriver att formuläret är utformat utifrån problemfrågor som är viktiga för individer med "arthritis" (37). Utvärdering av innehållsvaliditeten hade varit önskvärt, eftersom resultaten i föreliggande studie visade att frågorna till viss del inte beskrev de situationer och artrosrelaterade besvär som personer med artros i knä och eller höft upplevde. Granskning av innehållsvaliditet vid utvärdering av ett frågeformulär som mäter SE för fysisk aktivitet har visat sig vara ett bra komplement till annan undersökningsmetodik (64). Vidare kan den ursprungliga amerikanska utvärderingen av samtidig validitet ifrågasättas då SET särskiljer inställningen inför genomförandet (SE) från resultat/utfallet vid genomförande (65).

Enligt Bandura (65) bör ett instrument som mäter SE ta hänsyn till individuella svårigheter och omständigheter. Ett för generellt instrument påverkar dess validitet. Skalor som mäter SE bör skraddarsys utifrån den funktion som är av intresse och utifrån aspekter som ställer krav och utmaning för besvararen (65). Tidigare studier som genomförts inom andra patientkategorier har visat att instrument som mäter uppgiftsspecifik SE bör utgå från beteendespecifika problem och situationer som specifik patientkategori ställs inför (66-68). En studie som utvärderade och utformade ett utvärderingsinstrument som mätte uppgiftsspecifik SE hos personer med RA belyser vikten av tydliga frågeformuleringar (68), vilket föreliggande studie stödjer. Tidigare studier har även visat att frågorna bör stå i relation till den beteendeförändring man önskar uppnå med behandlingen (65-68), vilket i föreliggande fall skulle vara förändring till följd av BOA-modellens artrosskola.

I föreliggande studie framkom bland annat problem kopplade till utebliven identifikation i frågornas beskrivningar. Mot denna bakgrund ifrågasätter författaren till studien att ASES används vid olika typer av besvärstillstånd såsom artros, RA samt fibromyalgi. Sjukdomsbilderna vid sistnämnda tillstånd skiljer sig från besvärsbilden vid artros. Exempelvis beskrivs förekomsten av trötthet (fatigue) i litteraturen hos en person med RA vara cirka 40-98% (69-74), fibromyalgi cirka 90% (75) och artros cirka 40-50% (72, 73). Flertalet med RA medicinerar då medikamenter har god inflammationshämmande effekt, detta gäller inte för personer med artros (19). En studie har även visat att det skiljer sig hur man upplever artros beroende på om besvären är lokaliserade till knä eller höft (58). Beskriven problematik kan ligga till grund för att flera av deltagarna i föreliggande studie uttryckte att frågorna i ASES- S var svåra att relatera till och besvara.

Ytterligare ett exempel på att formuläret inte till fullo är anpassat för personer med artros är att nuvarande ASES-S som används i BOA är avsett för patienter med kronisk smärta. Formuläret skiljer sig åt från reumatism-formuläret där ordet "ledsmärta" används i stället för "smärta" och ordet "ledsjukdom" istället för "sjukdom". Om syftet är att man vid besvarande skall utgå från artrosen skulle det förmodligen underlätta besvarandet om man använde pre ordet "led". I föreliggande studie råder det delad uppfattning om man skall relatera till artrosen vid besvarande eller inte.

Enligt författaren till föreliggande studie förekommer brister kopplade till översättningen från amerikanska till svenska. ASES- S överbrik innehåller det engelska uttrycket "self efficacy", vilket är ett begrepp som gemene man inte är bekant med. Det skulle sannolikt underlätta besvarandet om formuläret hade en svensk titel då flertalet informanter inte förstod vad instrumentet utvärderar. Vidare översattes "Quite a bit" med "avsevärt" i fråga 1. I fråga 5 översattes ordet "large" åter till ordet "avsevärt", och i fråga 11 översattes "frustration" med ordet "vanmakt". Författaren till studien ifrågasätter ordvalet då resultaten visade att informanterna upplevde problem med dessa ordval. Översättning av ASES till Spansk version (76) var till skillnad från den Svenska versionen (38) mer omfattande och genomfördes av flera personer i flera steg, troligen hade en liknande översättningsprocess till svenska gynnat utformningen av ASES-S.

## **6:2 Metoddiskussion**

### **6:2:1 Trovärdighet/giltighet**

Valet av kvalitativ metod baseras på att författaren ville utforska personer med artros i knä och/eller höfts reflektioner kring formuläret. Innehållsanalys med induktiv ansats valdes då det är en vedertagen analysmetod (59). Latent analys av textinnehållet genomfördes för att lyfta upp resultatet till en högre abstraktionsnivå och belysa dess meningsinnehåll (59).

Resultatens giltighet stärks av det strategiska urvalet. Författaren anser att en god spridning av valda urvalsvariabler uppnåddes med undantag för kriteriet utbildningsnivå. Det är en brist då förståelse av frågor generellt troligen påverkas av utbildningsnivå. Det hade varit intressant att intervjua fler som aldrig kommit i kontakt med formuläret tidigare, då analysen visade att tidigare kunskap påverkade hur man uppfattade frågorna. Eventuellt hade ökad variation erhållits om fler än tio inkluderats, men samtidigt kan ett för stort material bidra med en ytlig analys (77). Styrd rekrytering av individer utifrån kultur, etnicitet, besvär från en eller flera leder eller olika personligheter skulle eventuellt tillfört ytterligare variation i undersökt fenomen. För att öka chanserna att uppnå urvalskriterierna inkluderades dock inte fler faktorer än de beskrivna.

Författaren valde att utgå från kognitiv intervjuteknik och metoden think-aloud för att erhålla ökad kunskap ur ett respondent-perspektiv. Metoden ansågs lämplig då den tidigare används i hälsoforskning (48-50, 52, 78) samt att utfallet bidrar med ökad förståelse för kognitiv processande i samband med besvarande av frågeformulär (45). En nackdel med think-aloud kan vara att respondenten får intrycket att det är något fel med formuläret trots att motsats föreligger (53). Det är inte känt om informanterna i föreliggande studie fick den uppfattningen.

Valet av djupintervjuer baserades på tidigare think-aloud studier som genomförts på liknade vis (49, 50). Enskild intervju valdes även för att efterlikna ifyllandet av frågeformuläret i praktiken. Författaren hade förförståelsen att intervjuerna inte skulle blivit lika djupa om fokusgruppsintervjuer hade genomförts. Å andra sidan hade en fokusgrupp eventuellt kunnat bidra med vidare diskussioner och utvecklande av tankar och reflektioner (79). För att erhålla värdefull information under intervjuförandet strävade SB efter att balansera en växelverkan mellan närhet och distans till intervjupersonen. De strukturerade frågorna skapade ett ramverk men det varierade vilka frågor som valdes att ställas vilket skapade öppenhet och utrymme inför det okända. Författaren har uppfattningen att övningstillfället där respondenten fick träna på att tänka högt och följdfrågorna hjälpte respondenten att utveckla sina resonemang. Enligt Willis et al (80) är fördelarna med utforskande följdfrågor ökad kontroll över intervjun samt att informanten ofta upplever det bekvämt och tryggt. Willis belyser vikten av öppna följdfrågor som inte hindrar eller låser informanternas tankebanor. Att det inte förelåg något beroendeförhållande mellan intervjuare (SB) och informant stärker trovärdigheten.

För att öka trovärdigheten i studien genomfördes pilotintervjuer där teknisk utrustning och intervjuförande testades. Resultaten i föreliggande studie visar att intervjuguiden efter omarbetning var täckande nog för att uppnå syftet.

För att stärka trovärdigheten har urval- och analysförfarande beskrivits noggrant i metod-delen. Utdrag ur analysprocessen presenteras i tabell 2. Resultaten har även förstärkts med representativa citat. Vid analys som resulterade i tabell 3 observerades mestadels samstämmighet där mellan tre- nio informanter tyckte lika. I två fall (fråga 5 och 8) var endast två informanter ense, resterande informanter tog upp olika saker. Sammanfattningsvis är informanterna överlag samstämmiga i de flesta frågor. A

För att öka resultatens giltighet, det vill säga att resultat åskådliggör det säregna och sanna som intervjuerna skildrar och åskådliggör, och även tolkningens giltighet (56) granskades intervjuer och analysförfarande fram till kategoristadiet (genomfört av SB och KB) av en tredje person (MK).

### **6:2:2 Tillförlitlighet**

För att öka studieresultatens tillförlitlighet har författare och medförfattare reflekterat över sina förförståelser under studiens gång. Bredden i analytikernas verksamhetsområden och därmed förförståelser har förmodligen bidragit med en varierad tolkning och förståelse av det empiriska materialet. Resultatets tillförlitlighet stärks av att analysen till stor del genomfördes av två personer (SB, KB) vilket bidrog med att samtliga steg i analysförandet diskuterades och överlades. Intervjuerna genomfördes under en sex-veckors period, tidsramen hölls vilket bidrog med att intervjuaren förhöll sig på liknande vis under alla intervjuer. En brist är att SB inte genomfört think-aloud intervju tidigare. SB har dock klinisk erfarenhet inom undersökt område och KB har erfarenhet inom kvalitativ metod. Insamling av data genomfördes parallellt med påbörjad transkribering vilket underlättade bedömningen att trolig mättnad uppnåtts. Det hade dock varit av fördel om ytterligare ca två-tre intervjuer genomförts för att se att inget nytt skulle

tillkommit. Möjlighet att ses flera gånger erbjöds inte vilket kan ses som en svaghet. Ljudupptagning genomfördes problemfritt med mobiltelefon av nyare modell.

### **6:2:3 Överförbarhet**

Informanternas karaktäristiska beskrivs (Tabell 1) på individnivå för att upprepning av studien skall vara möjlig samt för att framhäva spridningen i urvalet. För att stärka överförbarheten beskrivs intervju- och analysförfarande under metodavsnittet, studieresultaten presenteras i figur 2, text och tabell 3. Det är upp till läsaren att bedöma om resultaten går att överföra till annan kontext (59). Författaren anser dock att studiens resultat delvis kan överföras till andra situationer och grupper eftersom resultat stödjer Banduras slutsats att ett ospecifikt mätinstrument som avser utvärdera SE äventyrar dess validitet (65). Däremot kan resultaten i detalj endast anses giltiga för personer med artros i knä och eller höft som reflekterar kring ASES-S. Resultaten har bidragit med ökad insikt i varför frågorna i ASES-S upplevs svåra att besvara för personer med artros i knä och eller höft vilket bereder grund för vidare forskning. Studien visade att think-aloud intervju är ett bra komplement till andra metoder för att utvärdera validiteten i ett frågeformulär. Vidare hade det varit intressant att genomföra en likvärdig studie på patienter med RA och fibromyalgi. Med tanke på den stora omfattningen individer som via BOA besvarar ASES-S årligen så är studiens nyvunna kunskap till stor nytta.

### **6:2:4 Etik**

Frågorna skapade tankar om kommande problem och ur etisk synvinkel kan intervjuförandet ha påverkat deltagarnas självuppfattning. En informant blev uppringd och fick diskutera sina tankar med SB efter intervjun då hen upplevde att formuläret väckte falska förhoppningar om att det finns botemedel mot artros. Det är dock troligt att liknande tankar skulle kommit vid enskilt besvarande, skillnaden är att respondenten då lämnas ensam med sina funderingar. Författaren bedömer därför att studien gjort mer nytta än skada ur ett helhetsperspektiv.

## **7. Konklusion**

Resultaten från denna intervjustudie visade att ASES-S, delskalor upplevd kapacitet – smärta och andra symptom hade brister i validiteten för att mäta SE hos personer med artros i höft och/eller knä. Formulärets etiska aspekter ifrågasätts då frågorna påverkade deltagarnas självuppfattning. SE är ett komplext och potent begrepp som kräver ett väl genomarbetat utvärderingsinstrument om det ska kunna stödja BOAs kvalitetsarbete. Ett nytt instrument som enbart utvärderar SE bör därför tas fram där frågorna är specificerade utifrån vanliga besvär eller situationer som personer med artros i höft och/eller knä måste hantera.

## **8. Acknowledgement**

Ett stort tack till de informanter som deltog i denna studie, utan er hade studien inte varit möjlig att genomföra. Ett varmt tack till min handledare Maria Klässbo som har varit ett ovärderligt stöd genom hela arbetsprocessen. Tack Kjerstin Bergman för allt arbete du lagt ned tillsammans med mig på resultatanalysen. Stor eloge till min vän och konstnär Sofia Heimdahl för illustrationen ”den tänkande människan” (sidan 8). Jag vill även tacka min familj Anders och Edward Almryd för teknisk support men framför allt för att ni stått ut och gett mig tid att genomföra studien.

## 9. Referenslista

1. Bandura A. The nature and structure of self-efficacy. In: Susan FB, editor. Self-efficacy: the exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company; 1997. p. 36-78.
2. Johnson VL, Giuffre BM, Hunter DJ. Osteoarthritis: what does imaging tell us about its etiology? *Semin Musculoskelet Radiol*. 2012;16(5):410-8.
3. Arden N, Nevitt MC. Osteoarthritis: epidemiology. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2006;20(1):3-25.
4. Woolf AD, Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. *Bull World Health Organ*. 2003;81(9):646-56.
5. Hunter DJ. Osteoarthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2011;25(6):801-14.
6. Thorstensson CA, Petersson IF, Jacobsson LT, Boegard TL, Roos EM. Reduced functional performance in the lower extremity predicted radiographic knee osteoarthritis five years later. *Ann Rheum Dis*. 2004;63(4):402-7.
7. Cooper C, Snow S, McAlindon TE, Kellingray S, Stuart B, Coggon D, et al. Risk factors for the incidence and progression of radiographic knee osteoarthritis. *Arthritis Rheum*. 2000;43(5):995-1000.
8. Coggon D, Croft P, Kellingray S, Barrett D, McLaren M, Cooper C. Occupational physical activities and osteoarthritis of the knee. *Arthritis Rheum*. 2000;43(7):1443-9.
9. Sandmark H, Hogstedt C, Vingard E. Primary osteoarthrosis of the knee in men and women as a result of lifelong physical load from work. *Scand J Work Environ Health*. 2000;26(1):20-5.
10. Spector TD, Cicuttini F, Baker J, Loughlin J, Hart D. Genetic influences on osteoarthritis in women: a twin study. *BMJ*. 1996;312(7036):940-3.
11. Lohmander S. Artros är vanligt, mycket vanligt. Vad kan vi göra åt det? [Internet]. 2002 [cited 2002; 99(44):[4342-4 pp.]. Available from: [http://www.lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/bakg\\_dok/bakgrundartros.pdf](http://www.lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/bakg_dok/bakgrundartros.pdf).
12. Lane NE. Clinical practice. Osteoarthritis of the hip. *N Engl J Med*. 2007;357(14):1413-21.
13. Hannan MT, Felson DT, Pincus T. Analysis of the discordance between radiographic changes and knee pain in osteoarthritis of the knee. *J Rheumatol*. 2000;27(6):1513-7.
14. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2012: Osteoporos, artros, inflammatorisk ryggsjukdom och ankyloserande spondylit, psoriasisartrit och reumatoid artrit. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen.
15. Nuesch E, Dieppe P, Reichenbach S, Williams S, Iff S, Juni P. All cause and disease specific mortality in patients with knee or hip osteoarthritis: population based cohort study. *BMJ*. 2011;342:d1165.
16. Baker KR, Xu L, Zhang Y, Nevitt M, Niu J, Aliabadi P, et al. Quadriceps weakness and its relationship to tibiofemoral and patellofemoral knee osteoarthritis in Chinese: the Beijing osteoarthritis study. *Arthritis Rheum*. 2004;50(6):1815-21.
17. Klässbo M. Funktionshinder i höftleden. In: Holmström E, Moritz U, editors. Rörelseorganens funktionsstörningar Klinik och sjukgymnastik. Lund: Studentlitteratur; 2007. p. 252-94.
18. Allegrante JP, Marks R. Self-efficacy in management of osteoarthritis. *Rheum Dis Clin North Am*. 2003;29(4):747-68.
19. 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;72(7):1125-35.

20. Zhang W, Nuki G, Moskowitz RW, Abramson S, Altman RD, Arden NK, et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis: part III: Changes in evidence following systematic cumulative update of research published through January 2009. *Osteoarthritis Cartilage*. 2010;18(4):476-99.
21. Klassbo M, Larsson G, Harms-Ringdahl K. Promising outcome of a hip school for patients with hip dysfunction. *Arthritis Rheum*. 2003;49(3):321-7.
22. de Jong OR, Hopman-Rock M, Tak EC, Klazinga NS. An implementation study of two evidence-based exercise and health education programmes for older adults with osteoarthritis of the knee and hip. *Health Educ Res*. 2004;19(3):316-25.
23. Hansson EE, Jonsson-Lundgren M, Ronnheden AM, Sorensson E, Bjarnung A, Dahlberg LE. Effect of an education programme for patients with osteoarthritis in primary care--a randomized controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord*. 2010;11:244.
24. Hurley MV, Walsh NE, Mitchell H, Nicholas J, Patel A. Long-term outcomes and costs of an integrated rehabilitation program for chronic knee pain: a pragmatic, cluster randomized, controlled trial. *Arthritis Care Res*. 2012;64(2):238-47.
25. de Jong R, Tak E, Klazinga N, Hopman-Rock M. The impact on health services utilization in a replication study of two self-management programmes for osteoarthritis of the knee and hip. *Prim Health Care Res Dev*. 2008;9(01):64-74.
26. Svege I, Nordsletten L, Fernandes L, Risberg MA. Exercise therapy may postpone total hip replacement surgery in patients with hip osteoarthritis: a long-term follow-up of a randomised trial. *Ann Rheum Dis*. 2013.
27. Sundén A, Ekdahl C, Magnusson SP, Johnsson B, Gyllensten AL. Physical function and self-efficacy – Important aspects of health-related quality of life in individuals with hip osteoarthritis. *Eur J Physiother*. 2013;15(3):151-9.
28. BOA-registret. Årsrapport 2012: Bättre Omhändertagande av patienter med Artros [Internet]. Västra Götaland: Registercentrum; 2012 [Cited 20141026]. Available from: [www.boaregistret.se](http://www.boaregistret.se).
29. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977;84(2):191-215.
30. Bandura A. Theoretical Perspectives. In: Brennan SF, editor. *Self-Efficacy: the exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company; 1997. p. 1-35.
31. Bandura A. Health Promotion from the Perspective of Social Cognitive Theory. *Psychology and health*. 1998;13:623-49.
32. Harrison AL. The influence of pathology, pain, balance, and self-efficacy on function in women with osteoarthritis of the knee. *Phys Ther*. 2004;84(9):822-31.
33. Bandura A, Barab PG. Processes governing disinhibitory effects through symbolic modeling. *J Abnorm Psychol*. 1973;82(1):1-9.
34. Callahan LF, Shreffler JH, Altpeter M, Schoster B, Hootman J, Houenou LO, et al. Evaluation of group and self-directed formats of the Arthritis Foundation's Walk With Ease Program. *Arthritis Care Res*. 2011;63(8):1098-107.
35. Winett RA, Williams DM, Davy BM. Initiating and maintaining resistance training in older adults: a social cognitive theory-based approach. *Br J Sports Med*. 2009;43(2):114-9.
36. Rawiworrakul T, Sirapo-ngam Y, Tsang Davis AH, Malathum P, Kulthanan T, T V. A community-based exercise program promotes self-efficacy for exercise among Thai women with osteoarthritis of the Knee\*. *Thai J Nurs Res* 2007;11(2):132-50.
37. Lorig K, Chastain RL, Ung E, Shoor S, Holman HR. Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis. *Arthritis Rheum*. 1989;32(1):37-44.
38. Lomi C. Evaluation of a Swedish version of the Arthritis Self-Efficacy Scale. *Scand J Caring Sci*. 1992;6(3):131-8.

Ändrad fältkod

39. Lomi C, Nordholm LA. Validation of a Swedish version of the Arthritis Self-efficacy Scale. *Scand J Rheumatol*. 1992;21(5):231-7.
40. Polit DF, Beck CT. Measurement and data quality. In: Surrena H, editor. *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012. p. 328-50.
41. Terwee CB, Mokkink LB, Knol DL, Ostelo RW, Bouter LM, de Vet HC. Rating the methodological quality in systematic reviews of studies on measurement properties: a scoring system for the COSMIN checklist. *Qual Life Res*. 2012;21(4):651-7.
42. Brady TJ. Do common arthritis self-efficacy measures really measure self-efficacy? *Arthritis Care Res*. 1997;10(1):1-8.
43. BOA-registret. Årsrapport 2013. Bättre Omhändertagande av patienter med Artros [Internet]. Västra Götaland: Registercentrum; 2013 [Cited 20141026]. Available from: [www.boaregistret.se](http://www.boaregistret.se).
44. Jobe JB, Mingay DJ. Cognitive research improves questionnaires. *Am J Public Health*. 1989;79(8):1053-5.
45. Conrad F, Blair J. From impressions to data: increasing the objectivity of cognitive interviews. 1996 [cited 1996:[1-10 pp.]. Available from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?jsessionid=74C59F5E61653AA3AED5A53BCDE595E4?doi=10.1.1.117.4003&rep=rep1&type=pdf>.
46. Pasick RJ, Stewart SL, Bird JA, D'Onofrio CN. Quality of data in multiethnic health surveys. *Public Health Rep*. 2001;116 Suppl 1:223-43.
47. Drennan J. Cognitive interviewing: verbal data in the design and pretesting of questionnaires. *J Adv Nurs*. 2003;42(1):57-63.
48. Shaw MJ, Talley NJ, Beebe TJ, Rockwood T, Carlsson R, Adlis S, et al. Initial validation of a diagnostic questionnaire for gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol*. 2001;96(1):52-7.
49. Wylde V, Jeffery A, Dieppe P, Gooberman-Hill R. The assessment of persistent pain after joint replacement. *Osteoarthritis Cartilage*. 2012;20(2):102-5.
50. Horwood J, Pollard B, Ayis S, McIlvenna T, Johnston M. Listening to patients: using verbal data in the validation of the Aberdeen Measures of Impairment, Activity Limitation and Participation Restriction (Ab-IAP). *BMC Musculoskelet Disord*. 2010;11:182.
51. Grant EN, Turner-Roan K, Daugherty SR, Li T, Eckenfels E, Baier C, et al. Development of a survey of asthma knowledge, attitudes, and perceptions: the Chicago Community Asthma Survey. Chicago Asthma Surveillance Initiative Project Team. *Chest*. 1999;116(4 Suppl 1):178s-83s.
52. Darker CD, French DP. What sense do people make of a theory of planned behaviour questionnaire?: a-aloud study. *J Health Psychol*. 2009;14(7):861-71.
53. Ericsson KA, Simon HA. Effects of verbalisation. In: (Rev. ed.) Cambridge M, editor. *Protocol analysis: verbal reports as data*. Boston: MIT Press; 1993. p. 63-107.
54. Benyon K, Hill S, Zadurian N, Mallen C. Coping strategies and self-efficacy as predictors of outcome in osteoarthritis: a systematic review. *Musculoskeletal Care*. 2010;8(4):224-36.
55. Malterud K. Shared understanding of the qualitative research process. Guidelines for the medical researcher. *Fam Pract*. 1993;10(2):201-6.
56. Lundman B, Hällgren Graneheim U. Kvalitativ innehållsanalys. In: Granskär M, Höglund-Nielsen B, editors. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. 2 ed. Lund: Studentlitteratur AB; 2013. p. 187-201.
57. Thorstensson CA, Roos EM, Petersson IF, Arvidsson B. How do middle-aged patients conceive exercise as a form of treatment for knee osteoarthritis? *Disabil Rehabil*. 2006;28(1):51-9.

Ändrad fältkod



58. Goberman-Hill R, French M, Dieppe P, Hawker G. Expressing pain and fatigue: a new method of analysis to explore differences in osteoarthritis experience. *Arthritis Rheum.* 2009;61(3):353-60.
59. 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.
60. Goberman-Hill R, Woolhead G, Mackichan F, Ayis S, Williams S, Dieppe P. Assessing chronic joint pain: lessons from a focus group study. *Arthritis Rheum.* 2007;57(4):666-71.
61. Ong BN, Hooper H, Jinks C, Dunn K, Croft P. 'I suppose that depends on how I was feeling at the time': perspectives on questionnaires measuring quality of life and musculoskeletal pain. *J Health Serv Res Policy.* 2006;11(2):81-8.
62. Lorig K, Holman H. Arthritis Self-Efficacy Scales measure self-efficacy. *Arthritis Care Res.* 1998;11(3):155-7.
63. Brady TJ. Measures of self-efficacy, helplessness, mastery, and control: The Arthritis Helplessness Index (AHI)/Rheumatology Attitudes Index (RAI), Arthritis Self-Efficacy Scale (ASES), Children's Arthritis Self-Efficacy Scale (CASE), Generalized Self-Efficacy Scale (GSES), Mastery Scale, Multi-Dimensional Health Locus of Control Scale (MHLC), Parent's Arthritis Self-Efficacy Scale (PASE), Rheumatoid Arthritis Self-Efficacy Scale (RASE), and Self-Efficacy Scale (SES). *Arthritis Care Res.* 2003;49(S5):S147-S64.
64. Rydwik E, Hovmoller F, Bostrom C. Aspects of reliability and validity of the Swedish version of the Self-Efficacy for Exercise Scale for older people. *Physiother Theory Pract.* 2014;30(2):131-7.
65. Bandura A. Guide for constructing self-efficacy scales. In: Urdan T, Pajares F, editors. *Self-efficacy Beliefs of Adolescents* [Internet]. Greenwich, CT; 2006. P. 307-37. [Cited 20141026]. Available from: <http://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/BanduraGuide2006.pdf>.
66. Bartholomew LK, Parcel GS, Swank PR, Czyzewski DI. Measuring self-efficacy expectations for the self-management of cystic fibrosis. *Chest.* 1993;103(5):1524-30.
67. Hewlett S, Cockshott Z, Almeida C, Richards P, Lowe R, Greenwood R, et al. Sensitivity to change of the Rheumatoid Arthritis Self-Efficacy scale (RASE) and predictors of change in self-efficacy. *Musculoskeletal Care.* 2008;6(1):49-67.
68. Hewlett S, Cockshott Z, Kirwan J, Barrett J, Stamp J, Haslock I. Development and validation of a self-efficacy scale for use in British patients with rheumatoid arthritis (RASE). *Rheumatology (Oxford).* 2001;40(11):1221-30.
69. Rupp I, Boshuizen HC, Jacobi CE, Dinant HJ, van den Bos GA. Impact of fatigue on health-related quality of life in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2004;51(4):578-85.
70. Rheumatoid arthritis and fatigue. *Nurs Stand.* 2014;28(45):19.
71. Oncu J, Basoglu F, Kuran B. A comparison of impact of fatigue on cognitive, physical, and psychosocial status in patients with fibromyalgia and rheumatoid arthritis. *Rheumatol Int.* 2013;33(12):3031-7.
72. Snijders GF, van den Ende CH, Fransen J, van Riel PL, Stukstette MJ, Defoort KC, et al. Fatigue in knee and hip osteoarthritis: the role of pain and physical function. *Rheumatology (Oxford).* 2011;50(10):1894-900.
73. Stebbings S, Herbison P, Doyle TC, Treharne GJ, Highton J. A comparison of fatigue correlates in rheumatoid arthritis and osteoarthritis: disparity in associations with disability, anxiety and sleep disturbance. *Rheumatology (Oxford).* 2010;49(2):361-7.
74. Hewlett S, Cockshott Z, Byron M, Kitchen K, Tipler S, Pope D, et al. Patients' perceptions of fatigue in rheumatoid arthritis: overwhelming, uncontrollable, ignored. *Arthritis Rheum.* 2005;53(5):697-702.
75. Sumpton JE, Moulin DE. Fibromyalgia. *Handb Clin Neurol.* 2014;119:513-27.

76. Gonzalez VM, Stewart A, Ritter PL, Lorig K. Translation and validation of arthritis outcome measures into Spanish. *Arthritis Rheum.* 1995;38(10):1429-46.
77. Malterud K. *Urval. Kvalitativa metoder i medicinsk forskning.* 2 ed. Lund: Studentlitteratur AB; 2009. p. 55-65.
78. Grant EN, Turner-Roan K, Daugherty SR, Li T, Eckenfels E, Baier C, et al.
79. Malterud K. *Insamling och bearbetning av kvalitativ data. Kvalitativa metoder i medicinsk forskning.* 2 ed. Lund: Studentlitteratur AB; 2009. p. 67-75.
80. Willis GB. *Cognitive Interviewing " a how to do guide"* [Internet]. Rockville, MD: National Center for Health Statistics, Cognitive Research Laboratory, Research Triangle Institute; 1999 [Cited 20141026]. Available from: <http://www.uiowa.edu/~c07b209/interview.pdf>

## BILAGA 1

### ARTHRITIS SELF-EFFICACY SCALE-SWE (ASES-S)

(Delskalorna ingår i BOAs patientformulär)

#### Upplevd kapacitet – smärta

Med följande frågor vill vi ta reda på hur Din smärta och värk påverkar Dig. Vid varje fråga ska Du ringa in den siffra som bäst beskriver hur säker Du känner Dig på att Du nu kan utföra följande uppgifter.

1. Hur säker känner Du Dig på att Du kan minska Din smärta avsevärt?

10    20    30    40    50    60    70    80    90    100

mycket osäker                      någorlunda säker                      mycket säker

2. Hur säker är Du på att Du kan fortsätta med Dina dagliga aktiviteter?

10    20    30    40    50    60    70    80    90    100

mycket osäker                      någorlunda säker                      mycket säker

3. Hur säker är Du på att Du kan undvika att Din smärta stör Din sömn?

10    20    30    40    50    60    70    80    90    100

mycket osäker                      någorlunda säker                      mycket säker

4. Hur säker är Du på att Du kan åstadkomma en liten till måttlig minskning av Din smärta genom andra metoder än ökad medicinering?

10    20    30    40    50    60    70    80    90    100

mycket osäker                      någorlunda säker                      mycket säker

5. Hur säker är Du på att Du kan åstadkomma en avsevärd minskning av Din smärta genom andra metoder än ökad medicinering?

10    20    30    40    50    60    70    80    90    100

mycket osäker                      någorlunda säker                      mycket säker

### Upplevd kapacitet – andra symptom

Med följande frågor vill vi ta reda på din förmåga att påverka Din sjukdom. Vid varje fråga ska Du ringa in den siffra som bäst beskriver hur säker Du känner Dig på att Du nu kan utföra följande aktiviteter eller uppgifter.

1 (6). Hur säker är Du på att Du kan påverka Din trötthet?

10    20    30    40    50    60    70    80    90    100

mycket osäker                      någorlunda säker                      mycket säker

2(7). Hur säker är Du på att Du kan anpassa Dina aktiviteter så att Du kan vara aktiv utan att förvärra Dina besvär?

10    20    30    40    50    60    70    80    90    100

mycket osäker                      någorlunda säker                      mycket säker

3 (8). Hur säker är Du på att Du kan göra något för att muntra upp Dig om Du känner dig nere?

10    20    30    40    50    60    70    80    90    100

mycket osäker                      någorlunda säker                      mycket säker

4 (9). Jämfört med andra personer med besvär som liknar Dina, hur säker är Du på att Du kan hantera Din smärta under dagliga aktiviteter?

10    20    30    40    50    60    70    80    90    100

mycket osäker                      någorlunda säker                      mycket säker

5 (10). Hur säker är Du på att Du kan hantera Dina symptom så att Du kan göra saker Du tycker om att göra?

10    20    30    40    50    60    70    80    90    100

mycket osäker                      någorlunda säker                      mycket säker

6 (11). Hur säker är Du på att Du kan hantera den besvikelse/vanmakt som en sjukdom medför?

10    20    30    40    50    60    70    80    90    100

mycket osäker                      någorlunda säker                      mycket säker

### Referenser:

Lorig K, Chastain RL, Ung E, Shoor S, Holman HR. Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis. *Arthritis Rheum.* 1989;32(1):37-44.

Lomi C. Evaluation of a Swedish version of the Arthritis Self-Efficacy Scale. *Scand J Caring Sci.* 1992;6(3):131-8.

## BILAGA 2

### Information om magisterprojekt angående utvärdering av artrosbehandling

Det pågår för tillfället ett magisterprojekt på Hela Kroppen Sjukgymnastik, via Karolinska Institutet, som syftar till att ta reda på hur våra knä- och/eller höft-artrospatienter tänker, tolkar och reflekterar kring frågorna i formuläret Arthritis Self Efficacy Scale- Swe (ASES-S). ASES-S ingår som en del i ett större frågebatteri som våra artrospatienter erbjuds fylla i inför och vid uppföljning av artroskola och som skickas in till det nationella kvalitetsregistret BOA (projektet för bättre omhändertagande av artrospatienter).

Studien genomförs med hjälp av intervjuer som beräknas ta ca 25 minuter. Du får läsa varje fråga i ASES-S formuläret högt och därefter reflektera fritt kring vad du tänker då du läser frågorna. ASES-S består sammanlagt av 11 frågor. Studien syftar till att ta reda på mer om frågorna i ASES-S och hur de kan utvärdera tilltron till den egna förmågan att påverka smärta och andra symptom hos personer med knä- och/eller höftartros. Du får själv välja om du vill genomföra intervjun i ett ostört rum på Hela Kroppen Sjukgymnastik eller om du vill göra intervjun i ditt hem. Intervjuerna kommer att bandas för att skapa bästa förutsättning för bearbetning av materialet. Dina svar och uppgifter behandlas konfidentiellt och avidentifieras, de kommer att förvaras så att inte obehöriga kan ta del av dem. När studien är slutförd kommer all ljudupptagning samt dokumentation att makuleras. I sammanställningen av intervjuerna kommer inte uppgifter om enskilda personer att kunna röjas. Resultaten kommer att presenteras i form av en magisteruppsats och eventuellt i form av publikation i vetenskaplig artikel i Sverige eller utomlands.

För att kunna medverka skall du ha diagnosen artros i knä och/eller höft samt medverka i artrosskolan, BOA. Ditt deltagande är frivilligt. Du kan när som helst välja att avbryta intervjun utan att behöva ge någon förklaring och utan att det påverkar framtida behandling.

Om du vill delta i studien anmäler du dig till Sofie Bergman, Legitimerad sjukgymnast via telefon: 070-461 36 41, alternativt via mail: [sofie.bergman@helakroppen.se](mailto:sofie.bergman@helakroppen.se)

.....  
Jag bekräftar härmed att jag har tagit del av ovanstående information och att jag har haft möjlighet att få svar på mina frågor. Jag har uppfattat att jag kan tacka nej eller när som helst avbryta deltagandet utan efterföljande konsekvenser för mig.

Talongen undertecknas och lämnas till intervjuaren i samband med intervjun

Namn:.....

Datum:.....

Underskrift:.....

## BILAGA 3

### Intervjuguide

*Intervjuaren:* ”Syftet med föreliggande studie är att ta reda på hur personer med knä- och/eller höftartros tänker, tolkar och reflekterar kring frågorna i formuläret ASES-S”

”Jag kommer be dig läsa varje fråga högt och därefter tänka och reflektera högt då du besvarar frågan. Jag kommer sitta avsides för att efterlikna en situation där du fyller i frågan själv. Jag kommer framförallt lyssna och eventuellt påminna dig om att fortsätta tänka högt. Ibland ställer jag någon följdfråga”

”Innan vi börjar så ska du få öva dig på att tänka högt då du ser den här bilden” (naturbild visas).

”Vad tänker du när du ser den här bilden”. Informanten tänker högt.

”Nu ska du få öva lite till genom att tänka och reflektera högt kring vad du tänker då du besvarar frågan”:

- Berätta om det senaste du såg på TV? (informant tänker högt)
- Hur tog du dig hit idag? (informant tänker högt)

Intervjuaren ställer följdfrågor...övning sker.

”Nu har vi övat klart, har du några frågor?” (eventuella frågor ställs). Du behöver inte ringa in eller bestämma dig för någon siffra under den här intervjun. Jag kommer framförallt lyssna och eventuellt påminna dig om att fortsätta tänka högt. Ibland ställer jag någon följdfråga. Har du några fler frågor?”

”Dyker det upp frågor under intervjun så ställ dom efter intervjun”. ”Nu ska du få tänka och reflektera högt då du besvarar frågorna i frågeformuläret. Börja med att läsa igenom instruktionstexten högt” (instruktionen som inleder ASES-S): ”*Med följande frågor vill vi ta reda på din förmåga att påverka Din sjukdom. Vid varje fråga ska Du ringa in den siffra som bäst beskriver hur säker Du känner Dig på att Du nu kan utföra följande aktiviteter eller uppgifter*”.

”Då kan du läsa första frågan högt och berätta sedan vad du tänker när du besvarar frågan”

Följande frågor använde sig intervjuaren av beroende på då det är lämpligt:

- ”Vill du utveckla din tanke?”
- ”Berätta mer om hur du tänker”
- ”Någon mer tanke kring den frågan”
- ”Vad tänker och reflekterar du kring då du läser den här frågan?”/ alternativt: ”Vad tänker du om frågan?”/ alternativt: ”Hur uppfattar du frågan?”
- ”Vad tror du de som gjort formuläret vill ha svar på?”
- ”Kan frågan formuleras så att det blir lättare för dig att besvara?”
- ”Har du någon mer tanke om den frågan?”
- ”Tycker du frågan är lätt eller svår att besvara?”
- ”Är frågan relevant?”

Varje intervjudel (två stycken) avslutas med någon eller några av följande frågor:

- ”Har du några mer tankar kring frågorna i det här formuläret?”
- ”Har du förslag på hur någon av frågorna skulle formuleras annorlunda?”/ ”Kan någon fråga formuleras så att det blir lättare för dig att svara?”

