



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för hälsovetenskaper
Fysioterapeutprogrammet

Utbildningsprogram
i fysioterapi 180 hp

Examensarbete 15 hp
Våren 2019

**Primärvårdsfysioterapeuters erfarenheter av mötet med patienter, med
psykosomatisk problematik efter övergrepp
- en kvalitativ studie**

Författare

Sofia Håkansson
Linn Nilsson
Fysioterapeutprogrammet,
Lunds Universitet
So5787ha-s@student.lu.se
i7317ni-s@student.lu.se

Handledare

Lena Hedlund
Leg. Fysioterapeut, PhD
Adjunkt,
Lunds Universitet
Lena.Hedlund@med.lu.se

Examinator

Kjerstin Stigmar
Leg. Sjukgymnast, Med Dr
Biträdande universitetslektor
Lunds Universitet
Kjerstin.Stigmar@med.lu.se

Sammanfattning

Bakgrund: En obearbetad traumatisk händelse kan ge både psykiska och fysiska symtom. Många är ovilliga att söka hjälp för framförallt psykisk problematik och saknar kunskap om psykosomatik, det vill säga kopplingen mellan kropp och psyke. Istället kan de söka för sina fysiska symtom, därav är det viktigt för fysioterapeuter att känna till hur ett trauma kan påverka hela kroppen för att således kunna hjälpa patienten fullt ut.

Syfte: Studien syftade att beskriva primärvårdsfysioterapeuters erfarenheter av mötet med patienter som söker för symtom, vilka fysioterapeuten bedömer är orsakade av ett trauma där patienten blivit utsatt för psykiskt och/eller fysiskt övergrepp. Dessutom undersöktes primärvårdsfysioterapeuters tankar om fysioterapi för den här patientgruppen och hur traumat påverkar behandlingsupplägget.

Studiedesign: Intervjustudie.

Material och metoder: Åtta fysioterapeuter intervjuades utifrån en semistrukturerad intervjuguide. Materialet transkriberades och analyserades sedan med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats.

Etik: Kontakten med potentiella deltagare fördes via en tredje part, detta för att värna om de tillfrågades integritet och sekretess. Således tog endast de som önskade delta i studien kontakt med författarna. Ett skriftligt informerat samtycke skrevs under och samlades in innan intervjuerna genomfördes. Insamlat ljud- och textmaterial förvarades och hanterades konfidentiellt och raderades vid studiens avslut.

Resultat: Resultatet presenteras under följande rubriker; *lyhördhet och mod skapar förutsättningar för en trygg behandlingsmiljö, doserad psykosomatisk behandling stärker och skapar stabilitet, med egenvård och nätverk blir fysioterapeuten tryggare samt organisationen försvårar behandlingens upplägg*. I kategorierna beskrivs bland annat att mötet med patienten är en komplex situation som kräver mycket av båda parter samt att det är viktigt att som behandlare våga fråga om patienten har tagit emot fysisk beröring mot sin vilja. Flertalet fysioterapeuter fokuserade sin behandling på att stärka patienterna så att de orkar bära det de har inom sig och medvetandegöra dem om den psykosomatiska kopplingen. Många upplevde en begränsning i sitt arbete på grund av krav på patientflöde och en allmän kunskapsbrist om psykosomatik i primärvården.

Konklusion: Fysioterapeuterna upplevde mötet med patienterna som komplexa men stimulerande eftersom de får arbeta med någonting som involverar hela kroppen. De ansåg även att fysioterapeutisk kontakt är viktig för en holistisk behandling.

Nyckelord: Trauma, Holistisk, Behandling, Team, Basal kroppskänedom

Abstract

Background: An unprocessed traumatic event can cause both mental and physical symptoms. Numerous are unwilling to seek help for their mental symptoms and lacks knowledge of the association between body and soul. Instead they present their physical symptoms, hence it is important for physical therapists to be aware of how a trauma can affect the whole body. When addressing this, physical therapists are able to fully assist their patients.

Objectives: The aim of this study was to describe how outpatient physical therapists experience the meeting with patients seeking for symptoms possibly caused by a physical and/or psychological trauma. In addition, their thoughts about physical therapy and how the trauma can affect the treatment are examined.

Study design: Interview.

Method: Eight physical therapists were interviewed based on a semi-structured interview guide. The material was transcribed and then analyzed using a qualitative content analysis with an inductive approach.

Ethical considerations: The study's ethical consideration includes that the physical therapists were recruited by a third party, so that they only reached out to the authors if interested in participating. A written informed consent was also included. Collected audio and text material was treated and kept confidential.

Result: The result is presented under following headlines: *preceptiveness and courage creates conditions for a safe environment for treatment, dosed psychosomatic treatment strengthens and creates stability, with self-care and a social network the physiotherapist becomes more secure* as well as *organization makes treatment structure difficult*. These categories describes the meeting with patients as complex that requires a lot from both parts. In addition, the importance of asking the patient if they have received physical contact against their will. Several physical therapists focused their treatment on strengthening the patient so that they can handle their experiences and make them aware of the connection between body and soul. Many physical therapists have noticed a limitation in treatment due to the need to have many patients and a general lack of knowledge about body and soul connection in outpatient care.

Conclusion: The physical therapists described their meetings with patients as complex but at the same time stimulating since they can work with and engage both body and soul. They also regarded physical therapy being important for a holistic treatment.

Key words: Trauma, Holistic, Intervention, Team, Basic body awareness therapy

Innehållsförteckning

1 Bakgrund	1
1.1 Psykosomatik	1
<i>1.1.1 Nervsystemet och den Polyvagala teorin</i>	1
<i>1.1.2 Psykosomatisk behandling</i>	2
1.2 Ökad skade- och sjukdomsrisk	3
1.3 Fysioterapeutens roll	3
2 Syfte	4
3 Frågeställningar	4
4 Metod och material	4
4.1 Design	4
4.2 Urval och rekrytering	4
4.3 Datainsamling	4
<i>4.3.1 Intervjuguide</i>	4
<i>4.3.2 Genomförande av intervjuer</i>	5
4.4 Dataanalys	5
4.5 Etiska ställningstagande	6
5 Resultat	6
5.1 Bakgrundsinformation	6
5.2 Kategorierna	6
6 Diskussion	10
6.1 Metoddiskussion	10
6.2 Resultatdiskussion	11
6.3 Framtida studier	13
7 Konklusion	13
8 Klinisk relevans	14
9 Referenser	15
Bilaga 1 Intervjuguide	17
Bilaga 2 Informerat samtycke	19

1 Bakgrund

1.1 Psykosomatik

Psykosomatik är ett komplext begrepp och definitionerna skiljer sig åt. Gemensamt för dem är ett holistiskt synsätt på människan, det handlar om förståelse av att kropp och psyke hänger ihop och kan, rent konkret, exempelvis innebära att psykisk problematik leder till att den drabbade utvecklar fysiska symtom och/eller sjukdomar (1).

Psykisk problematik kan bero på många faktorer. I den här uppsatsen innebär psykisk problematik vad som följer efter trauma i form av fysiska och/eller psykiska övergrepp, såsom mobbning, kränkningar, misshandel eller övergrepp av sexuell karaktär. En studie har visat att patienter med posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) ofta söker hjälp av fysioterapeuter på grund av kroppslig smärta och fysisk dysfunktion (2). Vad patienterna vanligtvis inte känner till är den psykosomatiska kopplingen. Att komma fram till den egentliga orsaken till patientens problem är viktigt eftersom symptomen annars kan behandlas i det oändliga utan att de försvinner (3).

1.1.1 Nervsystemet och den Polyvagala teorin

Utvecklingen av fysiska symtom beror på nervsystemet, som gör att kroppen förutom med psykiska symtom, även reagerar somatiskt på ett trauma. Nervsystemet består av det centrala och det perifera systemet. Det perifera systemet utgörs i sin tur av en autonom och en somatisk del (1).

Autonoma nervsystemet består av sympaticus och parasympaticus. Sympaticus aktiverar organ som krävs vid kamp eller flykt och parasympaticus aktiveras i vila eller uppgivenhet. Optimalt är en balans mellan dessa två system. En traumatisk händelse kan leda till att organen har högre aktivitet av något av systemen, vilket gör att symtom från exempelvis mage/tarm, andning och hjärta kan uppstå (1). Polyvagala teorin (PVT) används allt mer för att förstå känslomässigt och socialt beteende kopplat till stress och sjukdom. PVT är en komplex teori som kortfattat innebär att det finns tre autonoma grundlägen som hjälper människan att hantera livet (4). Dessa är; *optimal aktivering* där parasympaticus styr och personen har hög social funktion samt goda möjligheter att hantera och reglera känslor och fysiologiska tillstånd. Det andra grundläget är *mobilisering* vilket innebär en hyperaktivering och att kroppen gör sig redo för kamp eller flykt då sympaticus aktiveras. Tolkar kroppen situationen som omöjlig att ta sig an eller fly ifrån hämmar istället parasympaticus och personen försätts i det tredje och sista grundläget, *immobilisering* (1, 4).

Den parasympatiska aktiviteten i kroppen förmedlas till stor del av Vagusnerven, som består av en ventral och en dorsal del. När aktiviteten främst kommer från den ventrala delen är kroppen i grundläget optimal aktivering (4). Akilleshälen för ventrala Vagus är att den är känslig för uttrötning, då minskas aktiviteten i ventrala Vagus och kroppen försätts i något av de andra två grundlägena. När kroppen försätts i immobiliseringstillstånd är det den dorsala delen av Vagusnerven som är aktiverad (1, 4).

Vagusnervens aktivitet kan mätas genom Heart Rate Variability (HRV), som görs med EKG (Elektrokardiografi). Genom denna mätning tas variationen i tid mellan hjärtslagen i beaktning. Ett välfungerande autonomt nervsystem, högt HRV, innebär att kroppen är lugnare och bättre rustad för att hantera olika situationer. Lågt HRV är kopplat till förekomst av bland annat ångestdiagnoser, hjärtproblem och mag-/tarmproblematik (5).

Det somatiska nervsystemet, det vill säga det muskuloskeletala systemet, styrs vanligtvis medvetet. I det akuta skedet av en traumatisk händelse, likväl som vid en långtgående obearbetad traumatisk händelse, kan kroppen inte skilja på nutid eller dåtid. Hjärnan ställer alltså in kroppen på att överleva med en högre grad av beredskap, vilket visar sig genom exempelvis ökad muskelspänning. Hjärnan förbereder kroppen på att den hotfulla händelsen kan ske igen (1).

1.1.2 Psykosomatisk behandling

Med body-mind terapier kan man genom kroppsövningar, andningsteknik och uppmärksamhetsreglering påverka exempelvis muskel-, hjärt- och kärlfunktion, nervsystem och beteenden (4). Basal Kroppskännedom (BK) är en body-mind terapi som utövas av fysioterapeuter där man har ett holistiskt synsätt. Genom enkla rörelser fokuserar man på att bli uppmärksam på hur kroppen används, öka kontakten med underlaget och den posturala kontrollen samt att medvetandegöra känslor i kroppen (5). En studie visade att BK i kombination med medicinsk och psykoterapeutisk behandling vid PTSD kan ha goda effekter hos patienterna med positiv påverkan på bland annat deras kroppsmedvetenhet, smärtskattning och känsloreglering (2).

En review-artikel har visat att även fysisk aktivitet i form av aerob träning och yoga är interventioner med goda resultat hos patienter med PTSD. Positiva effekter kunde ses i allmänhet vid PTSD, framförallt sågs en minskning av de depressiva symtomen (6).

Psykoterapeutisk behandling vid PTSD kan vara i form av t.ex. traumafokuserad kognitiv beteende terapi (TF-KBT) eller eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) d.v.s ögonrörelseterapi. TF-KBT är en form av kognitiv beteendeterapi (KBT) och bygger på att patienten i en trygg miljö blir exponerad för smärtsamma minnen av det upplevda trauma vilka patienten annars försöker undvika. Patienten är då först instruerad i tekniker såsom djupandning och att kunna kommunicera vid nöd. Successivt får patienten sedan möta minnena, hela tiden vid en tolererbar nivå och med stöd av en terapeut. Processen fortsätter tills minnena inte längre triggat negativa reaktioner och undvikandebeteendet är borta. En annan form av KBT är den icke-exponerande, här arbetar patient och terapeut mer med kognitiv bearbetning. EMDR innebär att patienten får återkalla bilder representabla för den traumatiska händelsen och samtidigt uppmanas att utföra horisontella ögonrörelser alternativt annan bilateral stimulans. Den här tekniken har visat sig minska känslomässiga reaktioner på minnet av traumat (7-8).

En studie fann att TF-KBT var bäst lämpad av nämnda psykoterapeutiska behandlingar för PTSD (7). En annan studie menar att det finns evidens som stödjer att TF-KBT och EMDR ger likvärdiga behandlingsresultat (8).

1.2 Ökad skade- och sjukdomsrisk

En traumatisk händelse, som inte är bearbetad, kan visa sig i exempelvis mag-tarmbesvär, smärta och muskelspänningar. Kroppsdelar som ofta blir påverkade vid traumatiska händelser är rygg och nacke (2, 9-10).

En studie belyste sambandet mellan sexuella övergrepp/fysisk misshandel och idrottsskador/icke-idrottsrelaterade skador. Man har sett en högre risk för idrottsskador hos framförallt kvinnliga elitidrottare som blivit utsatta för fysisk misshandel och en ökad risk för icke idrottsrelaterade skador för kvinnor som blivit utsatta för sexuella övergrepp. Resultatet i denna studie visade vikten av att nå orsaken till de fysiska problemen och fånga upp dessa patienter i tid för att förebygga skador (11).

Andra studier uppmärksammade hur fysiska och/eller psykiska övergrepp ökar risken för somatiska sjukdomar. Exempelvis har kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relationer visat sig ha ökad smärta, muskuloskeletal-, matsmältnings- och gynekologisk problematik, migrän samt fatigue (12-14). Vidare menade man även att PTSD är den vanligaste psykiska konsekvensen av ett trauma (12-13). Psykiska symtom som kännetecknar PTSD är flashbacks (återupplevande), undvikande och mental överspändhet (10). PTSD i sig kan också leda till somatiska symtom vilket indirekt stärker sambandet mellan psykisk problematik och somatiska symtom (12-13). Studier visade även att skolungdomar vilka är frekvent utsatta för mobbning lider, i betydligt större utsträckning, av symtom såsom smärta i mage och huvud, yrsel samt sömnsvårigheter än de som säger sig inte ha varit utsatta för mobbning (15-16).

1.3 Fysioterapeutens roll

En studie (17) visade att många personer är ovilliga att söka hjälp för psykisk problematik. Det finns olika anledningar till detta, exempelvis är de oroliga för vad hjälpen ska leda till, de tycker att det känns generande att söka hjälp av specialister, samt har de en oro över att andra människor ska få en negativ syn på dem för att de söker hjälp för psykisk problematik. På grund av denna stigmatisering (17) och en större benägenhet att söka för fysiska symtom (2), är det viktigt för fysioterapeuter att känna till den psykosomatiska kopplingen till trauman. Därtill blir det viktigt hur fysioterapeuter på ett bra sätt kan närma sig traumat och hur detta kan bemötas samt integreras i patientens rehabilitering. Vidare visade forskning att PTSD och diagnoser som exempelvis depression/ångest har flertalet liknande symtom vilket gör att PTSD ofta missas bland patienter med depression (18). En studie visade dessutom att i vårdsituationer där man har adresserat traumat, har patienter färre PTSD-symtom, högre självskattad hälsa samt större tillit till vårdpersonal (19).

Inga liknande studier har hittats kring fysioterapeuters egna erfarenheter av att arbeta med patienter med psykosomatisk problematik efter övergrepp. Problematik relaterad till psykosomatik förekommer allt mer frekvent i samhället och det är viktigt för likväl patient som behandlare att känna till den psykosomatiska kopplingen. Fysioterapeuter ställs inför den här patientgruppen, varför det är viktigt för dem att på ett lämpligt sätt kunna identifiera, adressera och förhålla sig till patientens trauman. Med den här uppsatsen vill författarna med hjälp av erfarna fysioterapeuter belysa ämnet ur deras perspektiv.

2 Syfte

Syftet var att beskriva primärvårdsfysioterapeuters, vilka arbetar kliniskt med psykosomatik, erfarenheter av möten med patienter som sökt för symtom bedömda vara orsakade av ett trauma där patienten blivit utsatt för psykiskt och/eller fysiskt övergrepp. Dessutom undersöktes deras tankar om fysioterapi för den här patientgruppen och hur traumat påverkar behandlingsupplägget.

3 Frågeställningar

- Vilka erfarenheter har primärvårdsfysioterapeuter av möten och behandlingssituationer med patienter som varit utsatta för fysiska och/eller psykiska övergrepp?
- Vad ansåg primärvårdsfysioterapeuter om fysioterapeutisk kontakt för patienter med ovan problematik?

4 Metod och material

4.1 Design

Data samlades in via semistrukturerade djupintervjuer (20-21).

4.2 Urval och rekrytering

Till studien användes ett så kallat strategiskt urval, då syftet var att intervjua personer med mycket erfarenhet av ämnet (20, 22). En fysioterapeut med erfarenhet och ett brett kontaktnät föreslog femton fysioterapeuter till studien. Dessa tillfrågades av nämnd fysioterapeut via e-mail. Det första utskicket bestod av ett informationsbrev där studiens syfte och deltagandet beskrevs samt en blankett gällande informerat samtycke. En påminnelse skickades efter en vecka. Åtta av de femton återkopplade till författarna och inkluderades i studien.

Inklusionskriterierna för deltagande i intervjun var legitimerad fysioterapeut/sjukgymnast med; minst tre års erfarenhet av arbete på öppen mottagning, erfarenhet av patienter med psykosomatisk problematik orsakad av psykiskt och/eller fysiskt övergrepp samt yrkesverksam i Skåne län. Inga krav ställdes på deltagarnas ålder, kön eller vidareutbildning.

4.3 Datainsamling

4.3.1 Intervjuguide

Författarna arbetade fram en semistrukturerad intervjuguide. Ett semistrukturerat upplägg innebar att intervjuerna strukturerades samtidigt som deltagarna gavs utrymme att tala fritt, eftersom intervjuguiden innehöll öppna frågor och följdfrågor (20, 23). Intervjuguiden togs fram i samråd med handledaren samt fysioterapeuten som föreslog deltagare till studien. Efter

den första intervjun formulerades den första frågan i intervjuguiden om, då författarna upplevde den som allt för öppen.

4.3.2 Genomförande av intervjuer

För att förbereda sig inför intervjuerna såg författarna till att vara inlästa på bakgrundsmaterial samt intervjuteknik. Intervjuerna spelades in och transkriberades sedan ordagrant av författarna (23). Båda författarna var närvarande vid alla intervjuer (22), en var huvudansvarig och den andra var behjälplig och kontrollerade att inget missades samt ställde följdfrågor vid behov och ansvarade för inspelning. Författarna var huvudansvariga för fyra intervjuer var. Intervjuerna varade mellan 30-50 minuter.

4.4 Dataanalys

Det insamlade materialet analyserades med hjälp av manifest kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats (21). Tillvägagångssättet valdes eftersom studien inte baserades på någon teori och syftade inte heller att besvara en hypotes. Istället ville författarna kunna beskriva och se mönster i materialet förutsättningslöst.

För att öka studiens trovärdighet användes triangulering vid analysarbetet av en av de transkriberade intervjuerna (20-21, 23). Författarna och handledaren analyserade och kontextualiserade en intervju genom att tillsammans plocka ut meningsbärande enheter och vid behov diskutera textens innehåll tills samstämmighet uppstod. Därefter arbetade författarna gemensamt med resterande material och plockade ut meningsbärande enheter. I nästa steg kondenserades de meningsbärande enheterna till mindre sammanfattningar och kodades. Sedan klassificerades koderna in i underkategorier samt slutligen kategorier (*se tabell 1*). Analysarbetet skedde enligt Graneheim och Lundman (21) samt beskrivningar av kvalitativ innehållsanalys, vilket finns beskrivet i litteraturen (20, 24).

Tabell 1: Exempel på tabell med meningsbärande enheter, kondenserad sammanfattning, kod, underkategori och kategori.

Meningsbärande enhet	Kondenserad enhet	Kod	Underkategori	Kategori
misstänker att det ligger något annat bakom.. stress av ena eller andra slaget.. öppnar upp för att man vill ställa fler frågor.. mer vaksam..	Känsla av bakomliggande stress hos patienten gör fysioterapeuten mer vaksam.	Mer vaksam	Kroppsliga signaler	Lyhördhet och mod skapar förutsättningar för en trygg behandlingsmiljö

4.5 Etiska ställningstagande

Kontakten med potentiella deltagare fördes via ovan nämnd fysioterapeut, detta för att värna om de tillfrågades integritet och sekretess. Således tog endast de som önskade delta i studien kontakt med författarna. Deltagarna erhöll ett skriftligt informerat samtycke som skrevs under och samlades in innan intervjuerna genomfördes (25). Dessutom behandlades och förvarades insamlat ljud- och textmaterial konfidentiellt och raderades vid studiens avslut (20).

5 Resultat

5.1 Bakgrundsinformation

Deltagarna är alla kvinnor med en medelålder på 49 år (38-63). Antalet verksamma år som fysioterapeut/sjukgymnast var i snitt 20 år (6-34). 37,5% arbetar inom den offentliga sektorn medan 62,5% har en privat praktik, deltagarna arbetade på sju olika kliniker. Alla deltagarna har flertalet vidareutbildningar såsom internationell ortopedisk medicin (OMI), ortopedisk manuell terapi (OMT), akupunktur, samtalsterapi, kognitiv beteendeterapi (KBT) samt diverse andra terapiutbildningar. Gemensamt för gruppen är utbildning i Basal Kroppskännedom, från steg B upp till terapeutisk kompetens.

5.2 Kategorierna

Intervjuerna och analysen av materialet resulterade i fyra kategorier; *lyhördhet och mod skapar förutsättningar för en trygg behandlingsmiljö, doserad psykosomatisk behandling stärker och skapar stabilitet, med egenvård och nätverk blir fysioterapeuten tryggare samt organisationen försvårar behandlingens upplägg*. Framtagna kategorier presenteras i tabellen nedan tillsammans med respektive underkategorier (*se tabell 2*).

Tabell 2: Kategorier med tillhörande underkategorier

Kategori	Underkategori
Lyhördhet och mod skapar förutsättningar för en trygg behandlingsmiljö	Kroppsliga signaler Våga fråga Relation ger möjligheter
Doserad psykosomatisk behandling stärker och skapar stabilitet	Sambandet mellan kropp och psyke Stärka patienten Dosering och vägledning
Med egenvård och nätverk blir fysioterapeuten tryggare	Känslor i patientmötet Klinisk erfarenhet Samarbete mellan professioner
Organisationen försvårar behandlingens upplägg	Systemet och vårdkedjan Samhället Önskemål till förbättring

Lyhördhet och mod skapar förutsättningar för en trygg behandlingsmiljö

Den här kategorin är uppbyggd av tre underkategorier; kroppsliga signaler, våga fråga och relation ger möjligheter. Fysioterapeuterna fick berätta om vad som får dem att ana ett bakomliggande övergrepp när de möter en patient. Flertalet är av inställningen att de flesta patienter inte har varit med om ett övergrepp och de har därför inga misstankar om detta initialt. Det som gör fysioterapeuterna uppmärksamma är när en till synes enkel diagnos upplevs svår av patienten, osammanhängande anamnestiska berättelser eller långdragna besvär där behandlingen inte går som förväntat. En fysioterapeut ger som exempel en tidigare fullt fungerande person bryter foten, som vid första anblick är en relativt lätt skada, upplever plötsligt att livet inte fungerar. Det kroppsliga försvaret som byggts upp genom livet ändrar struktur och personen hamnar i process. Ofta utan att förstå att det är den fysiska skadan som satt igång den känslomässiga processen där något omedvetet och obearbetat kommer upp till ytan. Även andra signaler, vilka kan synas med blotta ögat, såsom återhållen andning, sammanbitenhet och en tydlig orolighet i kropp och psyke. Det nämns även att patienternas volontära rörelsemönster kan verka avvikande, medan spontana rörelser flyter på.

När fysioterapeuterna anar ett bakomliggande övergrepp berättade flertalet om vikten av att våga fråga om patienterna har tagit emot fysisk beröring mot sin vilja, hur deras relationer ser ut och om patienterna själva tror att något särskilt kan ligga till grund för symtomen de söker för.

“ ...då frågar jag den här frågan, har du tagit emot fysisk beröring mot din vilja?... våga ställa frågan... och om det inte blir ett svar då så kanske det blir svar hos en annan vårdgivare en annan gång. Men man har i alla fall väckt den.”

Huruvida ovan nämnda frågor ingår i den initiala anamnesen eller om de ställs senare varierade. Några frågade inte alls utan avvaktade till berättelsen kom självmant när patienten var tillräckligt trygg och stabil. Oavsett reagerar patienter ofta med tacksamhet för att få berätta och att någon lyssnar.

“Jag frågar ofta om relationen. Hur det är i relationerna, inte bara hur bor du ... Sen så kanske inte liksom hela bilden kommer fram men då har man i alla fall öppnat upp för att det finns en.. en plats att prata om det på ... ”

En behandlingsrelation tar tid att bygga och tillit, förtroende och trygghet är viktiga delar i att ge patienter en chans att våga öppna och anförtro sig. Många ansåg att eftersom en fysioterapeut träffar patienter frekvent och kontinuerligt så finns det en god möjlighet och grund för en relation. En möjlighet som kan fattas andra professioner på grund av tidsbrist.

“ Alltså jag kan ju se det från olika håll. Och ofta är det ju så att genom att vi har en del behandlingar som är återkommande... då bygger man en annan relation. Som kan ju, hjälpa att personen öppnar sig mer.”

Doserad psykosomatisk behandling stärker och skapar stabilitet

Den här kategorin består av de tre underkategorierna; sambandet mellan kropp och psyke, stärka patienten och dosering och vägledning. Flertalet upplevde att patienterna har en brist på förståelse och kunskap om sambandet mellan kropp och psyke d.v.s. hur det upplevda traumat och känslor kring det visar sig genom fysiska symtom. Vissa patienter söker en "quick-fix" för sina fysiska symtom, medan andra kan ha vetskap om sin mentala ohälsa och går i psykoterapeutisk behandling för detta, men söker därtill för sina somatiska besvär parallellt utan att förstå att det kan höra ihop. Några ansåg att fysioterapeuter besitter god kunskap om psykosomatik och har stora möjligheter att förklara för patienter att symptomen kan härledas till deras traumatiska upplevelser. För att själva belysa och tydliggöra detta samband för patienter använder några av fysioterapeuterna sig av den illustrerade bilden "Ekipaget". De menar att bilden även bidrar till att förklara vad som sker i kroppen när man inte längre har tillgång till sina upplevelser.

"... då brukar jag använda Ekipaget... vagnen är då skelett och muskulatur och hur det påverkas och hästen är andningen/cirkulation, mag-tarm och hormonellt, kusken är ju den som är det psykologiska, att vara närvarande här och nu och passageraren är det existentiella, är det så här livet ska se ut?"

Vidare fokuserar fysioterapeuterna initialt behandlingen på att patienterna ska bli tillräckligt trygga och stabila i sina kroppar för att orka bära vad de har inom sig. En väg att gå är via BK, där fysioterapeuterna vägleder patienterna till att finna samling och stabilitet samt att de låter dem uppleva och känna vad som händer i kroppen här och nu. Några fysioterapeuter ansåg att målet med BK är att integrera samtal med kroppsövningar för att komma förbi det kroppsliga försvaret, d.v.s. att patienter efter ett trauma distanserar sig ifrån vissa minnen och/eller kroppsdelar för att skydda sig mot upplevelsen. Det kroppsliga försvaret kan också te sig i form av muskelspänningar och återhållen andning för att undvika känslor.

Fysioterapeuterna menar att det holistiska synsätt som finns i BK kan hjälpa patienter att återfå tillgång till hela kroppen. Några uttryckte vidare att de efter erfarenhet har sett bättre behandlingsresultat om man integrerar och bemöter både psykiska och somatiska bekymmer.

Ytterligare tankar som uttrycktes var vikten av att ha en ständig kommunikation med patienterna och att ha deras vilja i fokus för att på så vis stärka deras självbestämmande. Gemensamt för flertalet fysioterapeuter var deras generella mål med behandlingen. De strävar mot att hjälpa patienter att stärka sina egna gränser och lära sig säga stopp både i behandlingsrummet och utanför samt att tillsammans skapa strategier för att finna lugn och verktyg för att hantera livets toppar och dalar. Flera fysioterapeuter är även noga med att förmedla att det är en aktiv behandling som inte tar slut när personen lämnar rummet.

Det berättades även om värdet i att ha någon med kunskap om psykosomatik i utövandet av kroppsövningar. Som fysioterapeut behöver man kunna känna av hur mycket patienterna klarar och utifrån var de befinner sig i sin process samt efter deras dagsform dosera fysisk aktivitet, samtal eller BK. Trots att en behandlingsplan redan är upprättad ska man kunna se var patienterna befinner sig just nu och justera interventionerna därefter. Någon hade erfarenhet av patienter som på egen hand övat avslappning och förankring utan inre stabilitet. Har patienterna ingen förståelse för hur kroppens försvarsmekanismer fungerar och

att en kroppsövning inte bara är en kroppsövning, utan att även hjärnan påverkas, riskerar de att kraschlunda ner i det obearbetade traumat. Det tilläggs att psykosomatik är ny och komplicerad kunskap som utan vägledning kan vara svår att förstå.

“Det tog ju ett tag själv innan man kunde liksom lite förstå hur hjärnan och kroppen hör ihop och autonoma nervsystemet... Så det är ju inte så konstigt att det är svårt för patienten.”

Med egenvård och nätverk blir fysioterapeuten tryggare

Känslor i patientmötet, klinisk erfarenhet och samarbete mellan professioner är komponenter som denna kategori är uppbyggd av. Fysioterapeuterna fick beskriva vilka känslor och tankar som kan komma upp i mötet med patienterna. Beroende på vad fysioterapeuterna har för egna erfarenheter eller hur nära patientens berättelse kommer deras egen historia blir de mer eller mindre berörda. Det är komplexa situationer som stundtals är krävande av likväl fysioterapeut som patient. Samtidigt upplever många det som spännande och stimulerande att få arbeta med något som engagerar hela kroppen och att få vara med på patienternas resa till trygghet och stabilitet i sig själva.

För att kunna ge patienterna ett tryggt och stabilt bemötande är vikten av egenvård, det vill säga att ta hand om sig själv, stor. Likaså att gå på handledning kontinuerligt och att öva praktiskt, då ett av de mest användbara verktygen är den egna kroppen. Viktigt är dessutom att som fysioterapeut ta hänsyn till sig själv och inse sina begränsningar för hur mycket man klarar av. Flera tyckte att den kliniska erfarenheten har gjort att de blivit trygga och kan känna att de gör så gott de kan. Några nämnde även betydelsen av egenterapi samt gav konkreta exempel på vad de gör för att kunna stanna hos patienter i jobbiga situationer. De berättade om att hitta kontakten i underlaget, trampa, andas och att förankra sig för att komma i kontakt med sin inre stabilitet.

“För två väldigt otrygga i samma rum brukar inte hjälpa så mycket.”

Deltagarna fick även beskriva vad de ansåg var sina styrkor respektive svagheter i mötet med patienter. När det kom till styrkor ansåg sig de vara bland annat trygga, empatiska, närvarande, envisa, nyfikna samt ha en god förmåga att se samband och avläsa patienter. De svagheter som framkom var gränssättning i form av att sätta stopp på patientflödet och att inte bli smittad av patientens känslor. Flertalet deltagare har med åren fyllt i de kunskapsluckor som funnits och ansåg sig därför inte ha specifika svagheter i mötet med patienter. Däremot arbetar de med sig själva för att kunna förbättra mötet, exempelvis ha ett större tålamod eller att inte ha mer motivation än patienten.

Gällande interprofessionellt samarbete var flera av fysioterapeuterna av åsikten att samarbetet är viktigt för patienterna då kompetenserna kring psykosomatik kompletterar varandra. Majoriteten hade ett gott nätverk av likväl andra professioner som fysioterapeuter med mer rörelse-/stödjeinriktning. De menar att det är en trygghet för både patient och fysioterapeut när de kan erbjuda en helhet, där både BK, läkarkontakt, samtal och fysisk aktivitet etc. kan ingå. Endast ett fåtal hade besvär att få tag på andra professioner, alternativt ingen möjlighet till samarbete. Fysioterapeuternas upplevelser av hur väl andra professioner förstod vad de kan bidra med varierade. På någon arbetsplats hade andra professioner fått

prova på fysioterapi med inriktning på psykosomatik och här upplevdes förståelsen som större.

Organisationen försvårar behandlingens upplägg

Här ryms underkategorierna; systemet och vårdkedjan, samhället samt önskemål till förbättring. De flesta av fysioterapeuterna upplevde att det finns ett krav på patientflöde, det vill säga att hålla sig inom ramarna för hur många behandlingstillfällen samt nybesök som krävs av arbetsgivaren. Upprätthålls inte detta flöde kan man bli kontrollerad, vilket upplevdes som ett stort stressmoment. Några nämnde att det känns oetiskt att inleda behandlingar som de inte får tid att avsluta. Det kan göra mer skada än nytta då de inte kan rehabilitera fullt ut och således fortsätter patienterna att söka runt, vilket i sin tur kostar både pengar och lidande. Någon föreslog att istället för att rakt av mäta antal patienter kan man mäta hur många som återkommer efter att ha fullföljt en fysioterapeutisk behandling med inriktning på psykosomatik. På så vis satsar man på kvalitet framför kvantitet.

Majoriteten upplevde att det råder en brist på både kunskap om psykosomatik och tid för patienter i primärvården. Detta riskerar att patienter faller mellan stolarna när de är för bra för psykiatrin och inte får den hjälp som behövs på primärvårdsnivå; vem de träffar kan vara avgörande för den fortsatta behandlingen. Några nämnde även stigmatiseringen som finns i samhället angående psykisk ohälsa, de hade önskat en större öppenhet för att fler ska våga söka hjälpen de behöver.

“Jag tror det finns dels den som blivit utsatt har ju mycket skam och skuld i detta så de vågar inte ... pinsamt eller vad ska de tro om mig “

Fysioterapeuterna hade tankar om hur behandlingen kan bli ännu bättre. De vill ha mer kunskap om hur de kan fånga upp fler patienter, bli bättre på att formulera mätbara, konkreta mål och att det ska bli tydligare hur de ska prioritera patienter. Några önskade att få arbeta med bara psykosomatik och BK för att verkligen bli bra på det.

6 Diskussion

6.1 Metoddiskussion

Urvalet var strategiskt då författarna ville intervjua fysioterapeuter med erfarenhet av studiens ämne. Eftersom kontakten togs via en fysioterapeut och många av deltagarna visade sig ha en och samma handledare inom BK kan detta ha färgat deras svar och tankar. Det kan spekuleras i huruvida det är vedertaget att arbeta på liknande sätt oavsett handledare och hur stor påverkan handledaren har i det kliniska arbetssättet. Kanske hade studiens resultat och konklusion sett annorlunda ut om fysioterapeuter med lika stor erfarenhet men från skilda kontaktnät hade intervjuats istället. Alternativt om deltagarna haft större spridning än från Skåne, arbetssättet skiljer sig kanske något i olika delar av landet.

Författarna hade inga inklusionskriterier på ålder, kön eller vidareutbildning, däremot krävdes minst tre års erfarenhet av arbete på öppen mottagning. Spridningen på ålder och antal verksamma år föll sig bra. Alla fysioterapeuter som deltog var av kvinnligt kön, det

hade varit intressant med manliga deltagare för att se om resultatet sett annorlunda ut med en mer jämn fördelning mellan könen.

Upplägget med en semistrukturerad intervjuguide var bra, dock är intervjuteknik något som förvärvas genom övning och erfarenhet. Författarna hade mycket liten erfarenhet av att intervjua och kanske hade intervjuerna sett annorlunda ut om de utfördes av någon med mer erfarenhet. Exempelvis hade andra följdfrågor ställts och på så vis fått ut mer av svaren. Provintervjuer hade varit ett sätt för författarna att förbereda sig, dock hade urvalet blivit mindre och således även materialet. Samtidigt kan ett otränat öga vara öppet för andra synvinklar än ett med rutin. Likaså var intervjuerna olika lätta att tolka, vilket man kan förvänta sig då människor är olika, både gällande kommunikation och förberedelser.

Gällande frågorna i intervjuguiden gjordes efter första intervjun en justering. Den första frågan upplevdes vara allt för öppen så författarna bytte plats på den och en av följdfrågorna. Resterande intervjuer upplevde författarna flöt på bättre efter ändringen.

Efter svårigheter att analysera materialet rörande en fråga har författarna ifrågasatt formuleringen av denna; "Hur upplever du mötet med den här typen av patient, jämfört med de som varit med om ett annat sorts trauma, exempelvis en trafikolycka?". Det var en fråga som både var svår att ställa och upplevdes svår att svara på vid flera intervjuer. Kanske hade den gått att formulera om och förenkla. Detta är dock inget som går att utläsa i förväg, utan provintervjuer eller liknande. Det är en lärdom författarna tar med sig till eventuella liknande situationer i framtiden.

Materialet analyserades med hjälp av manifest kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats, vilket har passat studien bra då författarna har haft utrymme att tolka och se mönster. Författarna har En analys av detta slag innebär att materialet blir väl bearbetat, då intervjuer bryts ned till sina minsta beståndsdelar. En omfattande process som varit nödvändig för att utvinna så mycket som möjligt ur materialet och minimera risken att missa något väsentligt.

Fördelaktigt för studiens trovärdighet är att intervjuerna spelades in och sedan transkriberades ordagrant, således kom allt material med in i bearbetningsprocessen, till skillnad för om svaren endast noterats skriftligt. Dessutom var båda författarna engagerade i processen, från intervju till färdig bearbetning, detta så att eventuella oenigheter och oklarheter har kunnat diskuteras.Handledare och således en tredje part har varit behjälplig under studiens gång.

Populationen i studien är relativt liten, det i kombination med att det är erfarenheter som undersökts gör det svårt att generalisera resultatet. Eftersom fysioterapeuternas svar många gånger stämmer överens med varandra ger det en hint om att liknande tankesätt hos andra fysioterapeuter vilka arbetar med samma patientgrupp kan finnas.

6.2 Resultatdiskussion

Författarna har i denna studie funnit att fysioterapeuternas erfarenheter inte sällan liknar varandra. Vikten av att i mötet med patienterna lägga märke till både synliga och osynliga signaler, kunna stärka patienterna i sig själva och arbeta med mot en trygg och stabil kropp var återkommande reflektioner. Gemensamt var även att fysioterapi ansågs vara en nödvändig del i bearbetning av trauma.

Det framkommer i kategorin *lyhördhet och mod skapar förutsättningar för en trygg behandlingsmiljö* att när behandlingen inte ger förväntat resultat med samtida symtom såsom spända muskler, orolighet i kropp och psyke samt ytlig andning blir fysioterapeuterna vaksamma för att problematiken kan vara mer än fysisk. Återhållen andning och mental/fysisk överspändhet är typiska symtom för PTSD och går i enlighet med vad Blaauwendraat et al och Pacella et al skriver i respektive studier (2, 10).

Al-Saffar et al menar att patienter visar färre PTSD-symtom om man i behandlingen uppmärksammar traumat och att det även ökar förtroendet för behandlarna (19) vilket man kan tolka leder till bättre behandlingsresultat. Detta stämmer överens med vad som faller in under *lyhördhet och mod skapar förutsättningar för en trygg behandlingsmiljö*, fysioterapeuterna har sett bättre resultat när både fysiska och psykiska problem får vara en naturlig del i behandlingen och patienterna har uppskattat att någon verkligen tagit sig tid för dem och deras historia.

I kategorin *organisationen försvårar behandlingens upplägg framgår* att det generellt saknas kunskap om psykosomatik i primärvården och i *doserad psykosomatisk behandling stärker och skapar stabilitet* framgår att det även gäller bland patienter. Blaauwendraat menar att ett obearbetat trauma kan påverka nervsystemet och således utlösa såväl psykiska som fysiska symtom, något som patienterna vanligtvis inte vet. Många med somatiska besvär vänder sig till fysioterapeuter (2), därför är det viktigt för fysioterapeuter att känna till den psykosomatiska kopplingen, att psykiska symtom även uttrycker sig genom fysisk problematik. Oavsett var i hälso- och sjukvården man som fysioterapeut är verksam behövs det psykosomatiska tänket, då många kan gå runt och omedvetet bära på obearbetade händelser vilka kan komma upp till ytan genom en fysisk skada.

Gemensamt för fysioterapeuterna är att de använder sig av body-mind terapier i sina behandlingar, framförallt BK, vilket går att utläsa i kategorin *doserad psykosomatisk behandling stärker och skapar stabilitet*. Mantovani et al skriver att med enkla rörelser kan man bland annat hjälpa patienter att återfå kroppsmedvetenhet och öka den posturala kontrollen (5). Vidare i kategorin beskrivs hur fysioterapeuterna doserar både BK och fysisk aktivitet för att hjälpa patienterna att bli tillräckligt stabila i sina kroppar för att orka bära vad de har inom sig. Målen med BK varierade men syftet var detsamma och det är en god vägledning som kan hjälpa patienterna att återfå tillgång till sina kroppar. Något även Blaauwendraat understryker är fördelarna med BK, att det är ett bra komplement till traditionell behandling för PTSD (2). Vikten av att fysisk aktivitet bör ingå i behandling understryks i artikeln av Rosenbaum et al som där tar upp bland annat traumafokuserad yoga och aerob träning (6).

I *Med egenvård och nätverk blir fysioterapeuten tryggare* framgår att samarbete professioner emellan är viktigt för den här patientgruppen. Det bidrar till en trygghet för alla inblandade och underlättar tillgodoseendet av patienternas behov. Fysioterapeuterna hade en ödmjukhet inför sin roll i teamet kring patienten, att alla bitar krävs för en optimal behandling. Något som stundtals inte upplevdes som ömsesidigt från andra professioner, då det fattades både kunskap och intresse om vad en fysioterapeut kan bidra med. I artiklarna av Blaauwendraat et al och Rosenbaum et al understryks vikten av fysioterapeutens roll i det multidisciplinära teamet kring psykisk ohälsa och hur fysioterapeutiska interventioner bidrar till en holistisk behandling (2, 6). Intressant är att på en arbetsplats där fysioterapeutens roll

var en naturlig del av teamet kring psykisk ohälsa har andra professioner fått prova bland annat BK och på så sätt kunnat uppleva det själva. Om fler arbetsplatser inför fler tillfällen att få prova andra professioners behandlingar kan det bidra till att fysioterapeuten får ta mer plats i teamet kring psykisk ohälsa.

I *organisationen försvårar behandlingens upplägg* ingår att det var ett stressmoment att det förs statistik på antal besök per patient. Det upplevdes oeristiskt att påbörja en behandling som kanske inte fick avslutas på ett bra sätt eftersom besökskvoten var full. Ett förslag som uppkom var att istället för att mäta antal besök, skulle man mäta hur många av patienterna som fick fullfölja en fysioterapeutisk behandling inriktad på psykosomatik som var återkommande. Möjligtvis kan det resultera i att färre patienter blir återkommande samt att det kan minska stress hos fysioterapeuterna. Statistiken blir då ett sätt på vilket behandlingen kan utvärderas. En period med flera behandlingstillfällen kan visa sig lönsamt i längden, får patienterna fullfölja en behandling blir de förhoppningsvis inte återkommande. Några fysioterapeuter var dessutom av åsikten att när en patient nått max antal besök hos en behandlare utan bot söker de sig till andra och denna brist på kontinuitet kan komma att försvåra och förlänga processen. Tvingas patienterna att berätta traumat flera gånger kan både relevanta detaljer försvinna på vägen samtidigt som en del istället sluter sig för att det blir för tungt att öppna upp halvstängda dörrar på nytt.

I kategorin *organisationen försvårar behandlingens upplägg* nämndes även vikten av att kunna formulera mätbara och konkreta mål. Mantovani et al skriver om mätning av HRV, som ett mått på ett välfungerande autonomt nervsystem (5), vilket kan vara möjligt att använda som en komplettering vid utvärderandet av en behandling. Tillsammans med den kliniska bilden, patientens egna upplevelse och denna mätning kan man få en mer holistisk bild av patientens utveckling.

6.3 Framtida studier

Det hade varit intressant med en liknande studie där primärvårdsfysioterapeuter som inte uttalat arbetar med den här typen av patienter intervjuas, för att se om deras upplevelser i mötet med patienter är likvärdiga de resultat som den här studien gett.

7 Konklusion

Fysioterapeuterna upplever mötet med patienterna som komplexa men stimulerande eftersom de får arbeta med någonting som involverar hela kroppen. De anser även att fysioterapeutisk kontakt är nödvändigt för en holistisk behandling vid trauma.

8 Klinisk relevans

Oavsett var man arbetar som fysioterapeut inom hälso- och sjukvården är det viktigt att ha ett holistiskt synsätt på människor. Psykosomatik förekommer inte bara i primärvården och inte heller endast efter övergrepp. Som fysioterapeut är det mycket fokus på den fysiska kroppen, därför är det viktigt med kännedom om psykosomatik för att kunna uppmärksamma det för patienten, på så vis kan det bli en naturlig del av behandlingen. Därtill finns det mycket vinning att få genom att sprida kunskap och dela erfarenheter fysioterapeuter emellan, för att optimera och hela tiden utveckla mötet med patienter.

9 Referenser

1. Biguet G, Keskinen-Rosenqvist R, Levy Berg A, redaktörer. Att förstå kroppens budskap: sjukgymnastiska perspektiv. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur; 2012.
2. Blaauwendraat C, Berg A.L, Gyllensten A.L. One-year follow-up of basic body awareness therapy in patients with posttraumatic stress disorder. A small intervention study of effects on movement quality, PTSD symptoms, and movement experiences. *Physiotherapy Theory and Practice* 2017; 33(7): 515-526.
3. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer. Vård vid depression och ångestsyndrom – stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017 [citerad 2018-09-12]. Hämtad från:
<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20743/2017-12-4.pdf>
4. Sullivan MB, Erb M, Schmalzl L, Moonaz S, Noggle taylor J, Porges SW. Yoga Therapy and Polyvagal Theory: The Convergence of Traditional Wisdom and Contemporary Neuroscience for Self-Regulation and Resilience. *Front Hum Neurosci.* 2018;12:67:1-15.
5. Mantovani AM, Fregonesi CE, Lorençoni RM, Savian NU, Palma MR, Salgado AS, et al. Immediate effect of basic body awareness therapy on heart rate variability. *Complement Ther Clin Pract.* 2016;22:8-11.
6. Rosenbaum S, Vancampfort D, Steel Z, Newby J, Ward PB, Stubbs B. Physical activity in the treatment of Post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2015;230(2):130-136.
7. Shalev A, Liberzon I, Marmar C. Post-Traumatic Stress Disorder. *N Engl J Med.* 2017;376(25):2459-2469.
8. Greenberg N, Brooks S, Dunn R. Latest developments in post-traumatic stress disorder: diagnosis and treatment. *Br Med Bull.* 2015;114(1):147-155.
9. Sachs-ericsson N, Kendall-tackett K, Hernandez A. Childhood abuse, chronic pain, and depression in the National Comorbidity Survey. *Child Abuse Negl.* 2007;31(5):531-547.
10. Pacella ML, Hruska B, Delahanty DL. The physical health consequences of PTSD and PTSD symptoms: a meta-analytic review. *J Anxiety Disord.* 2013;27(1):33-46.
11. Timpka T, Janson S, Jacobsson J, et al. Lifetime history of sexual and physical abuse among competitive athletics (track and field) athletes: cross sectional study of associations with sports and non-sports injury. *Br J Sports Med.* 2018;0:1–7.
12. Norman SB, Means-christensen AJ, Craske MG, Sherbourne CD, Roy-Byrne PP, Stein MB. Associations between psychological trauma and physical illness in primary care. *J Trauma Stress.* 2006;19(4):461-470.
13. Farley M, Patsalides BM. Physical symptoms, posttraumatic stress disorder, and healthcare utilization of women with and without childhood physical and sexual abuse. *Psychol Rep.* 2001;89(3):595-606.
14. Alhalal E, Ford-gilboe M, Wong C, Albuhairan F. Factors mediating the impacts of child abuse and intimate partner violence on chronic pain: a cross-sectional study. *BMC Womens Health.* 2018;18(1):160:1-15.

15. Lee JH. Victimization by Bullying and Physical Symptoms Among South Korean Schoolchildren. *J Sch Nurs*. 2018;34(2):149-155.
16. Williams K, Chambers M, Logan S, Robinson D. Association of common health symptoms with bullying in primary school children. *BMJ*. 1996;313(7048):17-19.
17. Barney LJ, Griffiths KM, Jorm AF, Christensen H. Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;40(1):51-54.
18. Kostaras P, Bergiannaki JD, Psarros C, Ploumbidis D, Papageorgiou C. Posttraumatic stress disorder in outpatients with depression: Still a missed diagnosis. *J Trauma Dissociation*. 2017;18(2):233-247.
19. Al-Saffar S, Borgå P, Lawoko S, Edman G, Hällström T. The significance of addressing trauma in outpatient psychiatry. *Nord J Psychiatry*. 2004;58(4):305-312.
20. Kristensson J. Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap. 1. utg. Stockholm: Natur & Kultur; 2014.
21. Höglund-Nielsen B, Granskär M, redaktörer. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Upplaga 3. Lund: Studentlitteratur; 2017.
22. Yin Robert K. Kvalitativ forskning från start till mål. Upplaga 1. Lund: Studentlitteratur; 2013.
23. Malterud K. Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduktion. upplaga 3. Lund: Studentlitteratur; 2014.
24. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24(2):105–112.
25. CODEX [Internet]. Uppsala: Stefan Eriksson; 2000-. Informerat samtycke [uppdaterad 2018-06-06; citerad datum 2018-09-11]. Hämtad från: <http://www.codex.vr.se/manniska2.shtml>

Bilaga 1 Intervjuguide

Ljudtest

Vi ska bara testa ljudet, vill du säga vad du heter och var du arbetar..

Introduktion till intervjun

Vi läser den femte terminen på Fysioterapeutprogrammet vid Lunds Universitet. Vi skriver vår kandidatuppsats om fysioterapeutens upplevelse i möten med patienter med psykosomatisk problematik, där trauma misstänks vara en stor bidragande orsak till de psykosomatiska besvären. Vi kommer att intervjua åtta fysioterapeuter/sjukgymnaster som arbetar inom öppen mottagning och som har erfarenhet av patienter som utsatts för psykiskt och/eller fysiskt övergrepp.

Vi kommer att ställa öppna frågor som du får prata fritt utifrån. Intervjun kommer att spelas in och de uppgifter som framkommer under inspelningen kommer att avidentifieras och behandlas konfidentiellt. Intervjun tar ungefär 1 timme och vi pausar om du behöver. Utan anledning kan du välja att avbryta intervjun. Är det något du undrar över innan vi börjar?

Introduktionsfrågor

Hur gammal är du?

Hur länge har du arbetat som fysioterapeut/sjukgymnast?

Vad har du för vidareutbildning?

Hur länge har du jobbat på denna arbetsplats?

Vilka områden har du tidigare arbetat inom?

Arbetar ni i team? Vilka innefattas i teamet?

Arbetar du med patienter i grupp? Individuell Behandling? Eller både och?

Fysioterapeutens upplevelse av möten med patienter med psykosomatisk problematik på grund av trauma

Vad får dig att misstänka att det ligger ett psykiskt och/eller fysiskt övergrepp bakom vad patienten söker för?

- Vilka signaler lägger du märke till?
- När börjar du misstänka ett bakomliggande psykiskt och/eller fysiskt övergrepp?
- Hur gör du då?
- Hur upplever du mötet med dessa patienter?

Hur upplever du den fortsatta kontakten med patienten?

- Hur närmar du dig patientens trauma?
- Hur gör du för att få patienten att närma sig sitt trauma?

Upplever du dig ha verktyg för att kunna bemöta den här patienten på ett bra sätt?

- Om ja, vilka?
- Om nej, vad hade du önskat för verktyg?
- Hur skulle mötet med patienterna kunna bli ännu bättre?
- Vad anser du är dina styrkor respektive svagheter i mötet med dessa patienter?

Eventuellt förtydligande: Verktyg såsom inre resurser och/eller rutiner.

Hur upplever du mötet med den här typen av patient, jämfört med de som varit med om ett annat sorts trauma, exempelvis en trafikolycka?

- Är det någon skillnad på vilken form av trauma (olyckor kontra övergreppstrauma) patienterna har, för mötet och behandlingen?
- Upplever du något av mötena som svårare än det andra?

Hur tror du det ser ut i allmänhet i primärvården gällande dessa patienter?

Hur skulle ett optimalt omhändertagande från primärvårdens sida se ut för patientgruppen?

Berätta om dina tankar kring hur det kommer sig att en fysioterapeut är viktig i arbetet kring dessa patienter.

- Vad kan vi bidra med som andra professioner inte kan?

Stödfrågor

Berätta mer om..

Hur menar du med..

Du nämnde tidigare..

Ge ett exempel..

Avslutningsvis

Har du något du skulle vilja tillägga?

Bilaga 2 Informerat samtycke

Primärvårdsfysioterapeuters erfarenheter av mötet med patienter, med psykosomatisk problematik efter övergrepp

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående intervjustudie som är ett examensarbete för Fysioterapeutprogrammet vid Lunds universitet. Studien utförs av Sofia Håkansson och Linn Nilsson.

Psykosomatik engagerar både kropp och psyke och kan, rent konkret, exempelvis innebära att psykisk problematik leder till att den drabbade utvecklar fysiska symtom och/eller sjukdomar. Studier visar att människor är ovilliga att söka hjälp för psykisk problematik och istället söker många av dessa patienter hjälp för kroppslig smärta och fysisk dysfunktion. Vad patienterna vanligtvis inte känner till är just den psykosomatiska kopplingen. Syftet med den här studien är att beskriva hur fysioterapeuter i primärvården upplever mötet med patienter som söker för symtom, vilka fysioterapeuten bedömer är orsakade av ett trauma där patienten blivit utsatt för psykiskt och/eller fysiskt övergrepp.

Vi önskar Ditt deltagande i intervjustudien. Intervjun genomförs av nedanstående fysioterapeutstudenter på Din arbetsplats och beräknas ta ca 1 timme. Med Din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun, inspelningen kommer att förvaras inlåst och materialet vara konfidentiellt. Transkribering av materialet kommer sedan ske avidentifierat. Deltagandet är frivilligt och går att avbryta när som helst under studiens gång. Vid deltagande kommer intervjuerna ske löpande under v **42, 43, 45**. Önskemål om dag och tid görs vid svar till någon av studenternas mejladresser nedan. **O.s.a senast tisdagen den 16 oktober.**

För att förbereda Dig för intervjun ber vi Dig fundera över följande;

- Vad får Dig att misstänka ett bakomliggande psykiskt och/eller fysiskt övergrepp?
- Dina tankar kring vikten av fysioterapi för den här typen av patienter.

Om du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänlig hälsning

Sofia Håkansson
Studerande på Fysioterapeutprogrammet
Lunds Universitet
So5787ha-s@student.lu.se
Tel: 0734-161910

Linn Nilsson
Studerande på Fysioterapeutprogrammet
Lunds Universitet
li7317ni-s@student.lu.se
Tel: 0708-787794

Handledare: Lena Hedlund
Leg. fysioterapeut, PhD
Universitetsadjunkt vid Lunds Universitet.
E-post: lena.hedlund@med.lu.se
Tel: 046- 222 00 00

Informerat samtycke

Primärvårdsfysioterapeuters erfarenheter av mötet med patienter, med psykosomatisk problematik efter övergrepp

Intervjustudien genomförs av nedanstående av fysioterapeutstudenter vid Lunds Universitet under handledning av Lena Hedlund vid Lunds Universitet. **Denna blankett skrivs under vid intervjutillfället.**

Studiens kontaktpersoner:

Sofia Håkansson
Studerande på Fysioterapeutprogrammet
Lunds Universitet
So5787ha-s@student.lu.se
Tel: 0734-161910

Linn Nilsson
Studerande på Fysioterapeutprogrammet
Lunds Universitet
li7317ni-s@student.lu.se
Tel: 0708-787794

Handledare: Lena Hedlund
Leg. fysioterapeut, PhD
Universitetsadjunkt vid Lunds Universitet.
E-post: lena.hedlund@med.lu.se
Tel: 046- 222 00 00

Informerat samtycke

- Jag bekräftar att jag har fått skriftlig information om intervjustudien: "Primärvårdsfysioterapeuters erfarenheter av mötet med patienter, med psykosomatisk problematik efter övergrepp"
- Jag bekräftar att jag har fått möjlighet att ställa frågor till studieansvariga.
- Jag är medveten om att jag när som helst och utan att ange skäl kan avbryta mitt deltagande samt att deltagandet är frivilligt.
- Jag är medveten om att allt material behandlas konfidentiellt och avidentifierat.
- Jag ger mitt samtycke till att delta i ovanstående intervjustudie.

.....
Datum

.....
Deltagarens namnteckning

.....
Namnförtydligande

Undertecknad har delgivit information om studien och erhållit deltagarens samtycke:

.....
Datum

.....
Namnteckning

.....
Namnförtydligande