



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för hälsovetenskaper
Fysioterapeutprogrammet

Utbildningsprogram
i fysioterapi 180 hp

Examensarbete 15 hp **Våren 2024**

Fysioterapeuters upplevelser av att arbeta med spasticitet hos personer med ryggmärgsskada - en intervjustudie

Författare

Ida Daugaard Hjorth
Fysioterapeutprogrammet
Lunds Universitet
id8405da-s@student.lu.se

Författare

Nellie Upphoff
Fysioterapeutprogrammet
Lunds Universitet
nellie.upphoff@gmail.com

Handledare

Christina Brogårdh
Professor i fysioterapi
Lunds Universitet
Institutionen för hälsovetenskaper
christina.brogardh@med.lu.se

Examinator

Catharina Sjö Dahl Hammarlund
Universitetslektor i fysioterapi
Lunds Universitet
Institutionen för hälsovetenskaper
catharina.sjodahl_hammarlund@med.lu.se

Innehållsförteckning

Sammanfattning

Abstract

1. Bakgrund	1
1.1 Vad är en ryggmärgsskada?	1
1.2 Konsekvenser av ryggmärgsskador	1
1.3 Rehabilitering av ryggmärgsskador	2
1.4 Spasticitet och fysioterapeutens roll	3
2. Syfte	4
2.1 Frågeställningar	4
3. Metod	4
3.1 Studiedesign	4
3.2 Undersökningsgrupp	4
3.3 Datainsamling	5
3.4 Dataanalys	5
3.5 Etiska ställningstaganden	6
4. Resultat	6
4.1 Spasticitet påverkar patienter på olika sätt	7
4.1.1 Fysiska konsekvenser av spasticitet	7
4.1.2 Spasticitet påverkar aktivitet och delaktighet i vardagen	7
4.1.3 Spasticitet kan upplevas både positivt eller negativt	8
4.2 En helhetsbedömning av spasticitet är viktig	9
4.2.1 Grundläggande bedömning på funktionsnivå	9
4.2.2 Vikten av observation i aktivitet	9
4.2.3 Delaktighet och upplevelse bör inkluderas i bedömningen	9
4.3 Fysioterapeutiska åtgärder utgör en stor del av teambehandlingen	10
4.3.1 Stor variation av fysioterapeutisk behandling	10
4.3.2 Fysioterapeutisk behandling ger kortvarig effekt	11
4.3.3 Vikten av teamarbete vid behandling av spasticitet	11
4.4 Betydelsen av att personcentrera behandling och göra patienter delaktiga	12
4.4.1 Individanpassa behandling och målsättning	12
4.4.2 Utbilda patienter i spasticitet och egenvård	13
4.4.3 Öka självständighet genom att låta patienter ta ansvar	14
5. Diskussion	14
5.1 Resultatsammanfattning	14
5.2 Resultatdiskussion	15
5.2.1 Spasticitet påverkar patienter på olika sätt	15
5.2.2 En helhetsbedömning av spasticitet är viktig	15
5.2.3 Fysioterapeutiska åtgärder utgör en stor del av teambehandlingen för spasticitet	

15	
5.2.4 Betydelsen av att personcentrera behandling och göra patienter delaktiga	16
5.3 Metoddiskussion	16
6. Klinisk relevans	17
7. Konklusion	18
Referenslista	19
Bilagor	
Bilaga 1: Intervjuguide	
Bilaga 2: Informationsbrev till enhetschef	
Bilaga 3: Informationsbrev till studiedeltagare	
Bilaga 4: Samtyckesblankett	

Sammanfattning

Titel

Fysioterapeuters upplevelser av att arbeta med spasticitet hos personer med ryggmärgsskada - en intervjustudie.

Bakgrund

Varje år drabbas cirka 19 personer per miljon invånare av ryggmärgsskador i Sverige, som orsakas av traumatiska skador eller av olika sjukdomstillstånd i ryggmärgen. En vanlig konsekvens av ryggmärgsskador är spasticitet, som förekommer hos 60-80% av personer med ryggmärgsskada. Fysioterapeuter har en central roll i behandlingen av spasticitet, men det saknas studier om deras upplevelser av det kliniska arbetet.

Syfte

Syftet med denna kandidatuppsats var att utforska fysioterapeuters upplevelser av att arbeta med rehabilitering av spasticitet hos personer med ryggmärgsskada.

Studiedesign och metod

En kvalitativ studie genomfördes där datainsamlingen utfördes genom åtta semistrukturerade individuella intervjuer. Undersökningsgruppen bestod av fysioterapeuter som arbetar med nationell högspecialiserad vård för ryggmärgsskador i Region Stockholm och Region Skåne. Intervjuerna genomfördes huvudsakligen digitalt och pågick mellan 45-60 minuter. Därefter transkriberades intervjumaterialet ordagrant och analyserades med innehållsanalys.

Resultat

Analysen resulterade i fyra huvudkategorier och tolv subkategorier. Informanterna beskrev att spasticiteten oftast påverkar patienterna negativt, men att det ibland kan vara positivt och underlätta moment, såsom förflyttningar. För att förstå hur spasticiteten påverkar patienternas funktion, aktivitet och delaktighet gör fysioterapeuterna en helhetsbedömning. De använder ofta flera olika åtgärder, såsom töjning och långvariga vilopositioner, men dessa upplevs ha kortvarig effekt. Behandlingen kan ändå vara lindrande för patienten eftersom den kan förebygga komplikationer. Åtgärderna utformas av fysioterapeuten och resten av teamet utifrån patienternas egna mål och syftar till att göra dem självständiga och att låta dem ta ansvar för sin egenvård.

Slutsats

Fysioterapeuterna arbetar med spasticitet vid ryggmärgsskador på flera olika sätt. De gör en helhetsbedömning och använder flera individuella spasticitetsreducerande åtgärder utifrån patienternas aktivitet och delaktighet. Även om åtgärderna har kortvarig effekt anses de underlätta vardagen. För att stötta egenvård involveras patienterna tidigt i rehabiliteringen.

Nyckelord

Fysioterapi, ryggmärgsskador, muskelspasticitet, kvalitativ forskning, neurologisk rehabilitering

Abstract

Title

Physiotherapists' experiences of working with spasticity among people with spinal cord injury - an interview study.

Background

Each year approximately 19 people per million inhabitants in Sweden suffer from spinal cord injuries caused by traumatic injuries or by different diseases in the spinal cord. A common consequence of spinal cord injury is spasticity, which occurs in 60-80% of people suffering from this condition. Physiotherapists have a central role in the treatment of spasticity, but there is a lack of studies about their experiences of the clinical work.

Aim

The aim of this study was to explore physiotherapists' experiences of working with rehabilitation of spasticity among people with spinal cord injury.

Study design and method

A qualitative study where data was collected by eight semi-structured individual interviews. The informants consisted of physiotherapists working at the national highly specialised care units for spinal cord injuries in Region Stockholm and Region Skåne. The interviews were mainly conducted digitally and lasted between 45-60 minutes. The interviews were transcribed verbatim and analysed through content analysis.

Results

The analysis resulted in four main categories and twelve subcategories. The informants described that spasticity often affects patients negatively, but can have positive consequences and facilitate certain movements. A complete assessment is performed by the physiotherapists to determine how the spasticity affects the patients' function, activity and participation. Different treatments are used, such as stretching and prolonged resting positions, but with short term effects. Still, the treatment can relieve and prevent complications of the spasticity. The treatment is based on the patients' individual goals and aims to make them independent by letting them take responsibility for self care.

Conclusion

Physiotherapists are working with spasticity among persons with spinal cord injuries in several ways. They make a thorough assessment and use several individualised spasticity-reducing interventions based on the patient's disability. Although the interventions often have a short-term effect, they could ease everyday life. To support self-care, patients are involved early in the rehabilitation process.

Keywords

Physical therapy modalities, spinal cord injuries, muscle spasticity, qualitative research, neurological rehabilitation

1. Bakgrund

1.1 Vad är en ryggmärgsskada?

De vanligaste orsakerna till ryggmärgsskador är frakturer i ryggraden till följd av trafikolyckor, fallolyckor eller skottskador (1). Incidensen för ryggmärgsskador i Sverige är cirka 19,0-19,5 fall per miljon invånare och år (2,3). Ryggmärgsskador drabbar huvudsakligen män i 30-årsåldern, men på senare år har incidensen även ökat bland den äldre befolkningen. Detta anses framförallt bero på fallolyckor (4).

Det finns olika typer av ryggmärgsskador. Traumatiska ryggmärgsskador beror på en yttre kraft som har orsakat skada på ryggmärgen, på grund av till exempel fall eller trafikolyckor. Icke-traumatiska ryggmärgsskador orsakas av sjukdomar i kroppen, antingen akut eller långvarigt. Detta kan exempelvis vara tumörer eller degenerativa tillstånd (5). Vanligtvis brukar ryggmärgsskador klassificeras som antingen kompletta eller inkompleta. Inkomplett skada innebär att motoriska och/eller sensoriska funktioner är bevarade nedanför det skadade segmentet i ryggmärgen. Den motoriska och/eller sensoriska funktionen kan antingen vara helt intakt eller nedsatt. En komplett skada innebär total förlust av motoriska- och sensoriska funktioner nedanför det skadade segmentet. Till följd av ryggmärgsskada i ett cervikalt segment kan man få totalt eller delvist bortfall av neurologiska funktioner (motoriska och/eller sensoriska) i kroppens alla fyra extremiteter. Detta benämns som tetraplegi. Utöver armar och ben påverkas även bålen och organen i bäckenbotten. Ryggmärgsskador där armarnas funktion är bevarad benämns som paraplegi. Beroende på skadans lokalisering kan man få totalt eller delvist bortfall av neurologiska funktioner i bålen, benen och/eller organen i bäckenbotten. Vid paraplegi kan skadan vara lokaliserad antingen thorakalt, lumbalt eller sakralt. Ju högre skadelokalisering desto större påverkan (6).

Det mest kaudala segmentet av intakt motorisk och sensorisk funktion avgör var den neurologiska lokaliseringen för skadan är. För att identifiera hur omfattande ryggmärgsskadan är, avseende de neurologiska funktionerna, används i många fall ASIA (American Spinal Injury Association) Impairment Scale (AIS). AIS är ett klassifikationssystem som beskriver omfattningen av förlorade neurologiska funktioner efter ryggmärgsskada. Skadorna kan klassificeras från A till E, där A innebär fullständigt bortfall av motorisk och sensorisk funktion i det mest sakrala segmentet av ryggmärgen (S4-S5), medan E innebär normalt neurologiskt tillstånd. Vid kompletta ryggmärgsskador (AIS A) kan ett fåtal dermatom och myotom ha viss bevarad neurologisk funktion (6).

1.2 Konsekvenser av ryggmärgsskador

Beroende på var ryggmärgsskadan är lokaliserad uppkommer olika medicinska, respiratoriska och neurologiska konsekvenser som kräver olika åtgärder (1). Sensorisk och motorisk påverkan är vanligt, liksom spasticitet (5). Spasticitet förekommer bland 60-80% av alla personer som drabbats av ryggmärgsskador. Spasticitet uppkommer till följd av en skada på övre motorneuron och definieras därför som en motorisk funktionsnedsättning. Vid spasticitet blir sträckreflexen överkänslig vilket resulterar i en hastighetsberoende ökning av sträckreflexen (7). Detta leder i sin tur till ökad muskeltonus, stelhet, muskelspasmer och en ofrivillig aktivering av muskler, vilket kan påverka förflyttningar och andra vardagliga aktiviteter negativt (7,8). Förutom spasticitet är även sexuell dysfunktion och urinvägskomplikationer vanligt förekommande vid ryggmärgsskador (1). Personer med tetraplegi, där segment C1-C3 är skadat, kräver mekanisk andningshjälp (9). Den vanligaste

dödsorsaken hos personer med ryggmärgsskada är komplikationer till följd av respiratorisk svikt, vilket kan innefatta atelektaser och pneumoni. Vid traumatiska ryggmärgsskador drabbas 80% av respiratoriska komplikationer. De kan vara olika omfattande beroende på vilket segment som är skadat i ryggmärgen och vilken nivå av muskelfunktion som finns kvar. Vid skador på segment C3-C5 påverkas funktionen av diafragma, kroppens viktigaste andningsorgan (10). Vid lägre cervikala ryggmärgsskador påverkas den interkostala muskulaturen vilket ofta kan leda till minskad total lungvolym (11). Vid cervikala skador behövs rullstolar med högt ryggstöd och säkerhetsbälte för att stabilisera kroppen. Ju lägre skadan är, desto större självständighet i förflyttningar och vardagliga aktiviteter, samt bättre motorisk funktion (9).

Personer med ryggmärgsskador lever längre idag jämfört med tidigare. Men i takt med ökad livslängd medföljer även sekundära komplikationer till följd av åldrandet. Till exempel är fatigue, muskelsvaghet, benskörhet, kardiovaskulära sjukdomar och diabetes vanligt förekommande vid ryggmärgsskador. Utöver de fysiska komplikationerna kan även delaktigheten i vardagsaktiviteter påverkas, såsom minskat socialt umgänge och sexliv (12). De nedsatta neurologiska funktionerna och rörelseförmågan kan även leda till sämre livskvalitet. Sämre spontanitet och delaktighet kan också ge tankar om hopplöshet, minskad motivation och depression (13). Depression uppskattas att drabba var tredje person med ryggmärgsskada inom loppet av tre månader efter att skadan inträffat. Även posttraumatisk stress är vanligt förekommande inom de närmsta åren efter skadan (9). Det är därför viktigt att ta detta i beaktning i rehabiliteringen av dessa patienter, eftersom försämrad livskvalitet kan vara en ökad riskfaktor för dödlighet (14).

1.3 Rehabilitering av ryggmärgsskador

Multidisciplinära team, som inkluderar olika yrkesprofessioner, är viktiga vid rehabilitering av personer med ryggmärgsskador. Teamrehabilitering, och personcentrerad där patienterna involveras i sin egen rehabilitering, har visat sig ha en god effekt för att återfå funktion och självständighet i sin vardag (13,15).

Efter att en ryggmärgsskada inträffat är det primära fokuset att stabilisera ryggraden för att undvika ytterligare skada på ryggmärgen. Det vanligaste sättet att göra detta är via kirurgiska ingrepp, såsom dekompression eller fusion/steloperation (15). För att fixera ryggraden förekommer även användning av korsetter (9). I det akuta stadiet ligger dessutom stort fokus på att bibehålla blodtryck, energitillförsel, kroppstemperatur och förhindra respiratoriska komplikationer. En stor del av det initiala fysioterapeutiska arbetet handlar om respiratoriska åtgärder (15), men också att utföra passiva rörelseuttag för att bibehålla rörlighet i leder och förhindra kontrakturer (9). Balansträning i sittande, styrketräning för övre extremitet och stretching bör också prioriteras i det tidiga stadiet efter att en ryggmärgsskada inträffat. Detta är delvis fördelaktigt för blodtrycket, eftersom patienterna kommer upp från sängliggande, samtidigt som det förbättrar funktionella aktiviteter som i ett senare stadium kan hjälpa patienterna till självständiga förflyttningar. Det är extra viktigt att ta ut passiva rörelser och utföra träning med motstånd i den övre extremiteten hos paraplegiker. Detta beror på att det krävs en stark överkropp för att kunna transportera och förflytta sig själv (9). Inte förrän personerna är medicinskt stabila, vilket kan variera mellan dagar upp till veckor, påbörjas rehabiliteringen för att återfå motorisk funktion och vid behov minska spasticitet (15).

För att kunna identifiera vilka motoriska funktioner som är påverkade till följd av skadan, behöver fysioterapeuterna initialt bedöma personens sensorik samt rörelseförmåga. Detta

genomförs vanligtvis via bedömningsinstrument och observationer där patienterna får utföra vissa förflyttningar, till exempel från säng till rullstol (15). Det är av stor vikt att rehabiliteringen syftar till att göra patienterna så självständiga som möjligt för att de ska kunna integrera sig i samhället och delta i vardagliga aktiviteter. För att möjliggöra detta kan anpassningar i patienternas hem behövas, såsom att justera dörrbredd och eliminera trösklar och mattor. Även om rehabiliteringen syftar till att öka patienternas självständighet, kan de behöva stöd i vardagen och därför är det viktigt att även involvera närstående i rehabiliteringen, både i tidigt och sent skede (9).

Fysioterapeutiska interventioner kan bidra till att förbättra funktions- och aktivitetsförmågan samt delaktigheten hos personer med ryggmärgsskador (16). I takt med att kroppsfunktioner förbättras påbörjas träning av aktiviteter såsom förflyttningar och rullstolskörning, vilket bidrar till ökad delaktighet och självständighet (9,15,16). Vid inkompleta ryggmärgsskador är det ofta möjligt att återfå gångförmågan, och därför kan även stående balansträning och gångträning vara relevant i rehabiliteringen (9). Fysioterapeuter arbetar också med att förbättra styrka, uthållighet och rörlighet för att motverka och minska benskörhet, muskelsvaghet och spasticitet (16). På så sätt bidrar fysioterapeuter till att potentiellt öka ryggmärgsskadade personers livskvalitet, vilket är det främsta målet vid rehabilitering av ryggmärgsskador (15,16).

1.4 Spasticitet och fysioterapeutens roll

Spasticitet uppkommer ofta efter en ryggmärgsskada. Det kan i vissa fall vara fördelaktigt och hjälpa personerna i deras vardag (17), och bidra till ökad stabilitet vid förflyttningar som annars hade varit svåra till följd av hypoton muskulatur. Men spasticitet kan också vara ett hinder (8), som kan leda till smärta, kontrakturer och minskat rörelseomfång (17,18). Spasticitet har visat sig försämra livskvaliteten för ryggmärgsskadade personer, och det finns ett samband mellan spasticitet och psykologiska faktorer. Ångestladdade känslor kan framkalla spasmer och trigga spasticitet, medan lyckokänslor och hoppfullhet kan lindra spasticitet. Dessa psykologiska faktorer har visat sig ha stor betydelse för ryggmärgsskadade personers uppfattning gällande omfattningen och svårighetsgraden av deras spasticitet (17).

En viktig uppgift för fysioterapeuten är att bedöma och behandla spasticitet hos personer med ryggmärgsskada (19). Ett vanligt kliniskt bedömningsinstrument som används för att mäta ökad muskeltonus är Modifierad Ashworth Skala (20). Vanligtvis brukar spasticitet behandlas genom fysisk träning, farmakologisk behandling och botulinumtoxin (18). Det finns olika fysioterapeutiska åtgärder som används, exempelvis passiv stretch, massage, olika träningsformer och elektrisk stimulering i form av TENS. Huruvida spasticitet lindras av fysioterapeutiska interventioner finns det däremot ingen hög evidens för. Tidigare forskning som har utvärderat effekterna av fysioterapi i jämförelse med ingen fysioterapi, har dock visat att fysioterapi kan minska spasticitet hos ryggmärgsskadade personer. Resultaten är emellertid inte entydiga (19). Det finns således ett behov av fler studier som undersöker effekten av fysioterapeutiska behandlingsmetoder för spasticitet (15), men också studier som utforskar fysioterapeuters upplevelser av åtgärder i det kliniska arbetet. En tidigare uppsats har undersökt fysioterapeuters erfarenheter av att arbeta med ryggmärgsskador i Sydafrika (21), men det saknas motsvarande kvalitativ forskning i Skandinavien. Det tycks inte heller finnas några tidigare kvalitativa studier som har belyst fysioterapeuters arbete med spasticitet hos denna patientgrupp, vilket leder till syftet med denna uppsats.

2. Syfte

Syftet med denna kandidatuppsats var att utforska fysioterapeuters upplevelser av att arbeta med rehabilitering av spasticitet hos personer med ryggmärgsskada.

2.1 Frågeställningar

- Hur upplever fysioterapeuter att spasticitet påverkar personer med ryggmärgsskada?
- Vilka erfarenheter har fysioterapeuter av att bedöma spasticitet?
- Vilka erfarenheter har fysioterapeuter gällande behandlingsmetoder som kan reducera spasticitet?
- Hur involverar fysioterapeuter personer med ryggmärgsskada i sitt rehabiliteringsförlopp?

3. Metod

3.1 Studiedesign

Denna uppsats är en intervjustudie där datainsamlingen analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys (22). Intervjuerna genomfördes av uppsatsens författare, två kvinnliga studenter vid Lunds universitet som studerar vid fysioterapeutprogrammet. Strukturen i uppsatsen presenteras med stöd av COREQ checklista (23).

3.2 Undersökningsgrupp

Inklusionskriterierna för att delta i studien var legitimerade fysioterapeuter verksamma vid någon av de fyra nationella högspecialiserade vårdenheterna (NHV) för ryggmärgsskador. För att få ett brett urval eftersträvades en varierad undersökningsgrupp avseende ålder, kön, erfarenhet av och arbete i olika delar av rehabiliteringsprocessen. Fysioterapeuter som arbetade med ryggmärgsskador hos barn exkluderades. Vid rekrytering av deltagare kontaktades samtliga NHV-enheter, det vill säga enheterna i Region Västerbotten, Västra Götalandsregionen, Region Skåne och Region Stockholm. Inga potentiella studiedeltagare från Region Västerbotten och Västra Götalandsregionen gav samtycke till att delta i studien. Urvalet inkluderade därför åtta informanter från Region Skåne och Region Stockholm; tre män och fem kvinnor. I tabellen nedan (tabell 1) presenteras karakteristika av informanterna. Det var stor variation mellan dem avseende antal år de arbetat som fysioterapeut och med ryggmärgsskador, samt vilken del av vårdkedjan de arbetade inom. Informanterna hade i genomsnitt arbetat 25 år som fysioterapeut varav 19 år med ryggmärgsskador.

Tabell 1. Karakteristika av informanterna.

Karakteristika	
Medelålder, år, medelvärde (SD) [spridning]	54 (9) [40-65]
Kön; man/kvinna, n	3/5
Arbete som fysioterapeut, år, medelvärde (SD) [spridning]	25 (12) [2-42]
Arbete med ryggmärgsskador, år, medelvärde (SD) [spridning]	19 (12) [1,5-40]
Arbete i vårdkedjan; öppenvård/slutenvård, n	2/6
Vidareutbildning; ja/nej, n	5/3
Specialistkompetens i neurologi; ja/nej, n	1/7

3.3 Datainsamling

Individuella semistrukturerade intervjuer genomfördes utifrån en intervjuguide (bilaga 1) med syfte att huvudsakligen ställa öppna frågor. Innan genomförandet av intervjuerna genomfördes en pilotintervju med en kurskamrat med erfarenhet av arbete som rehabassistent. Syftet med pilotintervjun var att få chans att justera intervjuguiden och frågorna, samt att få erfarenhet av att intervjua. För att få ytterligare erfarenhet intervjuade studieförfattarna dessutom varandra, innan intervjuerna genomfördes med informanterna.

Intervjuerna med informanterna pågick mellan 45-60 minuter. De fick bestämma om intervjun skulle ske på plats eller via Zoom. Intervjuerna inleddes med en presentation av studieförfattarna samt studiens syfte och frågeställning. Intervjun spelades in, efter samtycke från deltagarna. Båda studieförfattarna deltog vid intervjuerna, där författarna ledde hälften av intervjuerna var. Den som ledde intervjun ställde frågor utifrån intervjuguiden, medan den andra författaren ansvarade för att spela in intervjun. Båda hade möjlighet att ställa eventuella följdfrågor.

3.4 Dataanalys

Analysen av datainsamlingen genomfördes utifrån en modell för kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (24). Båda studieförfattarna inledde processen med att transkribera intervjumaterialet ordagrant, där vardera studieförfattare transkriberade hälften av intervjuerna var. Därefter lästes texterna noggrant igenom ett flertal gånger för att få en generell uppfattning om materialet och vad deltagarna sagt. Utifrån allt transkriberat intervjumaterial valdes meningsbärande enheter ut från texten. Dessa meningsbärande enheter kondenserades, för att sedan tilldelas olika koder. Koderna kontrollerades och justerades efterhand för att därefter bilda olika subkategorier och huvudkategorier, se exempel i tabell 2. Det transkriberade intervjumaterialet lästes igenom flera gånger av vardera studieförfattare, för att säkerställa att inga meningsbärande enheter missades. På så sätt kunde studieförfattarna även fastställa att samtlig information tolkades på likvärdigt sätt.

Tabell 2. Exempel på analysprocess.

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Huvudkategori
Och det kan vara vid förflyttningar att man [patienten] blir väldigt spastisk. Fötterna, framförallt då, vill sträcka sig eller böja sig och då blir det fallrisk.	Spasticitet kan leda till fallrisk vid förflyttningar.	Konsekvens - försvåra aktivitet	Spasticitet påverkar aktivitet och delaktighet i vardagen	Spasticitet påverkar patienter på olika sätt
Sen är det positiva också att en del använder sin spasticitet för att kunna förflytta sig och sådant också.	Spasticitet kan underlätta förflyttningar.	Konsekvens - underlätta aktivitet	Spasticitet kan upplevas både positivt eller negativt	

3.5 Etiska ställningstaganden

Etiska aspekter i uppsatsen beaktades enligt Helsingforsdeklarationen (25). Informationsbrev skickades ut till verksamhetschefer (bilaga 2) och fysioterapeuter (bilaga 3) på NHV-enheter för ryggmärgsskador i Sverige. I informationsbrevens förklarades vad projektet syftade till, att deltagandet var frivilligt och kunde avbrytas när som helst. Deltagandet dokumenterades via samtyckesblanketter (bilaga 4) som fylldes i innan intervjuerna. All datainsamling från intervjuerna aidentifierades och informationen behandlades konfidentiellt. Detta innebar att ingen obehörig fick tillgång till informationen och att ingen enskild informant kunde identifieras. Efter att uppsatsen är godkänd förstörs allt inspelat och transkriberat intervjumaterial.

4. Resultat

Innehållsanalysen av samtliga intervjuer resulterade i fyra huvudkategorier med tre subkategorier i varje kategori, vilka presenteras i tabell 3 nedan.

Tabell 3. Presentation av huvudkategorier och subkategorier.

Huvudkategorier	Subkategorier
Spasticitet påverkar patienter på olika sätt	Fysiska konsekvenser av spasticitet
	Spasticitet påverkar aktivitet och delaktighet i vardagen
	Spasticitet kan upplevas både positivt eller negativt
En helhetsbedömning av spasticitet är viktig	Grundläggande bedömning på funktionsnivå
	Vikten av observation i aktivitet
	Delaktighet och upplevelse bör inkluderas i bedömningen
Fysioterapeutiska åtgärder utgör en stor del av teambehandlingen	Stor variation av fysioterapeutisk behandling
	Fysioterapeutisk behandling ger kortvarig effekt
	Vikten av teamarbete vid behandling av spasticitet
Betydelsen av att personcentrera behandling och göra patienter delaktiga	Individanpassa behandling och målsättning
	Utbilda patienter i spasticitet och egenvård
	Öka självständighet genom att låta patienter ta ansvar

4.1 Spasticitet påverkar patienter på olika sätt

Fysioterapeuterna upplevde att spasticitet kan medföra många olika konsekvenser som påverkar patienterna både positivt och negativt i det vardagliga livet. Men de uttryckte också att det varierar i vilken grad patienterna påverkas av sin spasticitet samt hur spasticiteten utvecklas i tidsförloppet efter inträffad ryggmärgsskada.

4.1.1 Fysiska konsekvenser av spasticitet

Fysioterapeuterna beskrev att flera av de fysiska konsekvenserna av spasticitet är på strukturell nivå. De menade att spasticiteten kan bidra till att lederna är i samma positioner under lång tid vilket kan leda till asymmetrier och felställningar. Till följd av detta får patienterna även stram muskulatur som inskränker rörligheten, vilket på sikt kan leda till kontrakturer. Den nedsatta rörligheten och att patienterna befinner sig i en viss position stora delar av tiden bidrar även till ökad risk för trycksår. Informanterna tydliggjorde vikten av att förebygga detta eftersom det kan leda till en ond spiral då trycksår kan trigga spasticitet. Andra vanliga konsekvenser av spasticitet som nämndes var smärta, svaghet och ofrivilliga rörelser, vilket informanterna poängterade kan påverka patienterna i stor utsträckning.

“Smärta är ju en del av spasticiteten... svaghet är ju också en komponent i det hela... Ehm, men det man ofta förknippar spasticitet med, det många tänker med spasticitet, är ju ofrivilliga rörelser, spasmer, att benen börjar röra på sig ofrivilligt när den spinala chocken har lagt sig...”

Informant 3

4.1.2 Spasticitet påverkar aktivitet och delaktighet i vardagen

Fysioterapeuterna upplevde att spasticitet kan påverka förflyttningar negativt och att många patienter därför är i behov av stöd. De menade dels att spasticitet kan försämra balansen i både sittande och stående förflyttningar, och dels kan det leda till ökad fallrisk, framförallt i samband med ofrivilliga rörelser. Många fysioterapeuter lyfte även att spasticitet kan påverka gångförmågan, och leda till förkortad steglängd, nedsatt gånghastighet och svårigheter att dorsalflektera foten. En annan aspekt av detta, som en informant nämnde, är att ökad gånghastighet triggar spasticitet.

“...När spasticiteten blir hög så brukar aktivitetsgraden bli sämre. Ehm, om vi har en patient som gör till exempel låga förflyttningar så kan det vara svårigheter att få fäste i golvet eller liksom de vågar inte riktigt, ehm, vara självständiga, eller kanske inte klarar att vara självständiga på grund av det. Det är obehagligt och oberäkneligt vad som händer liksom. I gången, ehm, så, så kan det vara svårt med balans och så där.”

Informant 5

“Och det kan vara vid förflyttningar att man [patienten] blir väldigt spastisk. Fötterna, framförallt då, vill sträcka sig eller böja sig och då blir det fallrisk. Att det blir...svårt att kunna utföra sina förflyttningar för att man påverkas av spasticiteten... Ja, det [spasticiteten] kan ju göra då att man ehm har svårt att göra förflyttningar själv, att kanske man behöver ha någon med sig... för att det känns så pass osäkert.”

Informant 7

Det framkom också i intervjuerna att spasticitet kan försämra självständigheten och göra att många patienter är i behov av hjälp för att sköta sin personliga hygien. Flera fysioterapeuter berättade att spasticitet i höftadduktorer ger svårigheter att sköta intim hygien och tömma

blåsan. Dessutom kan spasticiteten påverka på- och avklädning. Fysioterapeuterna menade därför att många patienter är i behov av assistans i vardagliga livet. En annan aspekt av spasticitet som påverkar patienternas aktivitet och delaktighet är störd sömn. På grund av smärta och ofrivilliga rörelser till följd av spasticiteten kan det vara svårt för dem att hitta vilopositioner och få tillräckligt med vila. Den störda sömnen kan begränsa patienternas ork att vara aktiva och sociala under dagen.

“Det kan ju ibland vara att man [patienten] har svårt med sömnen för att benen hoppar liksom hela tiden, på nätterna. Då blir man ju väldigt trött och då påverkar det ju, orkar man kanske inte vara så social ehm dagtid heller.”

Informant 7

4.1.3 Spasticitet kan upplevas både positivt eller negativt

Fysioterapeuterna menade dock att det kan finnas både negativa och positiva aspekter av spasticitet. En positiv aspekt som flera betonade var att spasticitet kan bidra till förbättrad blodcirkulation och minskad svullnad i benen, vilket kan uppstå vid slapp muskulatur. En fysioterapeut nämnde att spasticitet även kan göra att musklerna inte förtvinar lika mycket, att frakturrisken minskar och att magen fungerar bättre. Ytterligare en positiv aspekt av spasticitet, som flertalet nämnde, är att det kan underlätta vissa förflyttningar om patienterna annars har fullkomligt avsaknad av funktion. Spasticiteten kan vid sådana fall vara till hjälp då patienter till exempel kan ta stöd på sina ben och hitta nya strategier att förflytta sig.

“Att man [patienten] kan komma upp och stå på sina ben kanske igenom att man är extensionsspastisk och att man kan belasta på det viset. Man kan göra förflyttningar som man kanske inte skulle kunnat gjort om man inte hade haft den här spasticiteten... så att absolut kan man också bidra till att man faktiskt kan få en mer ökad delaktighet än man hade kunnat utan spasticitet.”

Informant 2

Trots de positiva aspekterna av spasticitet tydliggjorde flera fysioterapeuter att det i regel oftast påverkar patienterna negativt. Många patienter upplever spasticitet som obehagligt eftersom det är ofrivilliga rörelser som sker. En informant menade att rädslan för spasticitet på sikt kan göra att patienter drar sig undan från aktivitet. Andra berättade att spasticitet påverkar patienterna individuellt, till exempel vid debut av spasticitet där vissa tycker det är positivt att det sker aktivitet i musklerna medan andra upplever det som obehagligt.

“Det [spasticitet] är ju både positivt och negativt, som ni vet. Och jag menar det negativa är ju att det medför, eller att det försämrar funktionen, till exempel förflyttningar. Eller att det medför att man inte kan sova på natten. Eller att det kan ge smärta också... Sen är det positiva också att en del använder sin spasticitet för att kunna förflytta sig och sådant också. Så det är ju en negativ del och en positiv del, men kanske oftast en negativ.”

Informant 6

“Ehm, vissa upplever det [spasticitet] positivt, att det börjar hända någonting. Medan andra tycker att det är väldigt jobbigt, för det ter sig väldigt olika från individ till individ. Den ena är ju aldrig lik den andra. Det ser alltid olika ut, och man upplever det också väldigt olika som person.”

Informant 3

4.2 En helhetsbedömning av spasticitet är viktig

Vid bedömning av spasticitet betonade informanterna vikten av att få ett helhetsperspektiv. Därför använde de olika metoder vid bedömning för att bland annat fånga patienters upplevelser, den fysiska påverkan på kroppen och begränsningarna i aktivitet.

4.2.1 Grundläggande bedömning på funktionsnivå

Fysioterapeuterna berättade att de gör en grundläggande bedömning av spasticitet på funktionsnivå. Samtliga uppgav att de använder sig av Modifierad Ashworth Skala och att det är det bedömningsinstrumentet som används mest. Ett annat bedömningsinstrument som nämndes är Penn, vilket är en subjektiv skattningsskala där patienterna får gradera sina spasmer från milda till svåra. Att bedöma fotklonus är också vanligt förekommande, där antalet klonusslag som utlöses mäts. Komplementerande bedömningar på funktionsnivå som informanterna uppgav var bedömning av ledrörlighet, muskellängd och muskelstyrka.

“Dels så bedömer jag ju kraften, för svaghet är ju en del av komponenten i spasticiteten... Passiv rörlighet, så man har en god överblick över patientens rörlighet från början, så att man kan jämföra och liksom mäta skillnader. Rörligheten kanske inte mäter själva spasticiteten, men jag kan ju gå tillbaka och titta på om patienten blivit mer spastisk, alltså mer tonusökad så de inte får ut rörligheten lika mycket. Så kan jag ju se om det har blivit någon kontraktur, av den här spasticiteten, för att patienten befinner sig i ett visst läge hela tiden... Sen är det ju fotklonus... det är ett hopplock av bedömningsinstrument, Modifierad Ashworth framförallt, aktiv rörlighet, passiv rörlighet och aktivitetsutförande, delaktighet.”

Informant 3

4.2.2 Vikten av observation i aktivitet

Fysioterapeuterna upplevde att det kan vara stor skillnad på tonus i aktivitet och vila. Därför menade de att observation i aktivitet är en viktig del av bedömningen. Vid bedömning på funktionsnivå fokuserar de på en muskelgrupp i taget, men vid bedömning i aktivitet kan ett mönster av spasticitet observeras i hela kroppen. Informanterna sade att de ofta kan observera en lätt spasticitet i vila som förvärras vid aktivitet. Även om patienterna påverkas i låg grad av sin spasticitet i vila, kan den leda till besvär för dem i aktivitet. Fysioterapeuten observerar därför om spasticiteten leder till felställningar i sittande och stående position. De utför rörelseanalyser i gång och vid andra förflyttningar. Vid gånganalys analyseras även fallrisk.

“Jag vill gärna se hur personens rörelsemönster är i aktivitet. Därför att det kan vara väldigt stor skillnad mellan hur tonus är i aktivitet och i vila... Så jag försöker liksom göra en helhetsbild av aktiv tonus, tonus i vilande, och tonus över tjugofyra timmar om man så att säga sammanfattar det så.”

Informant 2

4.2.3 Delaktighet och upplevelse bör inkluderas i bedömningen

För att få en helhetsbedömning av spasticitet tydliggjorde fysioterapeuterna vikten av att fråga om patienternas upplevelse och hur deras spasticitet påverkar dem i det vardagliga livet, vilket främst görs genom anamnes. I samband med detta frågar de även om patienterna är medvetna om vilka faktorer som triggat deras spasticitet. Patienternas upplevelser ligger sedan till grund för val av behandling. Beroende på hur mycket spasticiteten inskränker patienternas delaktighet i det vardagliga livet kan fysioterapeuternas behandling syfta till att

minska spasticiteten. Å andra sidan betonade de att det är en avvägning hur mycket spasticiteten ska minskas ifall patienterna nyttjar sin spasticitet.

“Ja, utan samtalet med dem [patienterna] så går det ju liksom inte... alltså all respekt, de har levt med sin ryggmärgsskada i flera år och varje dag. Utan deras beskrivning om exakt hur deras vardag fungerar och vilka faktorer som påverkar, det är ju liksom... det går inte att behandla spasticitet utan att involvera patienten.”

Informant 8

4.3 Fysioterapeutiska åtgärder utgör en stor del av teambehandlingen

Under intervjuerna nämndes många olika fysioterapeutiska åtgärder för att minska spasticitet och att dessa utgör en stor del av behandlingen. Åtgärderna tycks oftast ha en kortvarig effekt, men bidrar till att förebygga komplikationer. Vid behandling av spasticitet är även andra professioner inblandade och fysioterapeuterna uppgav att de har ett tätt samarbete.

4.3.1 Stor variation av fysioterapeutisk behandling

Informanterna nämnde många olika behandlingsalternativ för spasticitet, men den som alla använde sig av är töjning. De nämnde att det finns olika variationer av töjningsövningar, till exempel långvariga vilopositioner, kontrakturprofylax och kyltöjning. Genom vilopositioner kan långvarig töjning uppnås i syfte att motverka muskelstramhet. Vid spasticitet i höftflexorer uppmanas patienterna att dagligen hitta viloposition i magliggande. Flertalet fysioterapeuter nämnde att de gärna använder sig av belastning vid töjningsövningar, till exempel ståträning med tippbräda eller stårullstol. Däremot sa de att töjningarna inte bör orsaka smärta eftersom det kan trigga spasticitet. För att motverka kontrakturer uppgav fysioterapeuterna att de utför kontrakturprofylax.

“...töjning ingår nästan alltid, långvarig töjning, och det innebär att man håller kvar positionen och låter den [muskeln] slappna av med belastning på gärna... Och det ska ju inte göra ont för då triggar du spasticiteten istället. Så det ska ju helst gå att göra utan smärta... Och de långvariga positionerna och stretchingen kan man ju ordna genom att ha ett regelbundet stående, till exempel en stårullstol.”

Informant 8

Även om töjningsövningar var den vanligaste åtgärden vid spasticitet, nämndes även många andra. En del av behandlingen handlar om att byta sittställning och avlasta kroppen dagligen för att förebygga trycksår, eftersom trycksår kan trigga spasticitet. En annan behandling som många fysioterapeuter lyfte var upprepade rörelseuttag i form av passiv bencyklning för att sänka muskeltonus temporärt. En informant nämnde bassängträning som en behandlingsmetod för att uppnå passivt rörelseuttag. Även ridterapi nämndes som tonussänkande behandling, samt att stärka upp antagonister för att motverka de spastiska muskelgrupperna.

“Kan vara jättebra till exempel att simma där man [patienten] också sträcker ut i höfterna och får ett passivt rörelseuttag egentligen i nedre extremiteterna när man simmar, om man klarar att simma med övre extremiteterna. Annars regelbundna, alltså så här upprepad rörelseuttag under längre tid... där det är elcyklar som så att säga gör cykelrörelser under femton minuter till exempel.”

Informant 2

4.3.2 Fysioterapeutisk behandling ger kortvarig effekt

Vid frågor om effekt av fysioterapeutiska åtgärder uppgav många informanter att det kan vara utmanande att välja behandlingsmetoder med god effekt. Flera exempel på åtgärder som de nämnde med kortvarig lindrande effekt på spasticitet var töjning, kyltöjning och passiv bencykling. Vissa informanter uppgav att de inte längre inkluderar kyltöjning i behandlingen eftersom de upplevde den omständigt i förhållande till den kortvariga effekten. Ståträning och kontrakturprofilax nämndes som behandlingsmetoder med liten effekt. De menade att effekten av behandling kan vara individuell och det kan vara lättare att behandla lätt spasticitet. Även om spasticitet kan lindras tillfälligt menade fysioterapeuterna att spasticiteten kommer tillbaka och i de flesta fall finns kvar hela livet. Trots liten effekt uppgav de att patienterna kan uppleva behandlingen som behaglig och lindrande.

“Ja, det [behandlingen] sällan botar men lindrar. Så kan man väl lugnt säga. Det är ju sällan att problemen försvinner helt, men att det kan öka förmågan lite grann. Så det är inga underverk, tyvärr... Men det kan ha väldigt stor betydelse för patienten ändå. Och då gäller det liksom att nischas in så att det finns en rimlig förväntan på vad man uppnår.”

Informant 8

4.3.3 Vikten av teamarbete vid behandling av spasticitet

Vid behandling av spasticitet uppgav informanterna att de har ett tätt samarbete med läkare gällande injicering av botulinumtoxin. Fysioterapeuterna brukar bedöma vilka muskler som är aktuella att behandla och läkarna ger dosen. De är dessutom med och gör en avvägning avseende hur mycket spasticiteten ska minskas eftersom de inte vill göra patienterna för svaga. De sade att den injicerade dosens effekt avtar och efter cirka tre månader är det uppföljningsbesök, där patienterna kan behöva få en ny dos av botulinumtoxin. En av informanterna berättade att det är lätt att påbörja en behandling, men att det kan vara svårt att avsluta den om patienterna tycker att den hjälper även om fysioterapeuten ibland upplever avsaknad av förbättring i aktivitet.

“Många gånger är vår bedömning av spasticitet, vår kunskap om patientens aktivitetsutförande och rörelsemönster som kan leda till att vi tillsammans med läkare kommer fram till att patienten behöver botox, botulinumtoxin. Vi behöver liksom minska på överaktiviteten i den här och den här muskeln för att den här aktiviteten ska göras och utföras på ett bättre sätt. Och det är ju vi som gör det, även om det är dem [läkarna] som ger själva sprutan... men det är ju många gånger uteslutande, i de allra flesta fallen, vi fysioterapeuter som gör den bakomliggande bedömningen, både funktionsmässigt och i aktivitet...”

Informant 3

Utöver läkare berättade fysioterapeuterna att de samarbetar med många andra professioner gällande behandlingen av spasticitet. Dels kan undersköterskor vara en bra resurs som kan hjälpa till med fysioterapeutisk behandling. De kan till exempel instrueras i att utföra töjningar och förflyttningar med patienterna. Fysioterapeuterna samarbetar även med arbetsterapeuter gällande övre extremitet där arbetsterapeuterna bland annat bidrar med skenor för långvarig töjning vid spasticitet i händerna. De samarbetar dessutom med ortopedtekniker gällande andra ortoser för långvarig töjning, men även med sjuksköterskor, rehabcoacher och fritidskonsulenter. En informant lyfte även att patienterna ska ingå i teamet.

“Så jag skulle säga att i stort sett alla professioner utom kanske ehm kurator är involverade i spasticiteten... Så det är vi, arbetsterapeut, läkare, sköterskor, undersköterskor och patient.”

Informant 1

Vid uttalad spasticitet är medicinsk behandling med baklofen ett långsiktigt alternativ för att minska spasticiteten. Denna behandling kan ske i form av tablettbehandling eller genom att operera in en baklofenpump. Fysioterapeuterna berättade att de gör en bedömning både före och efter behandling för att utvärdera effekten och avgöra om det är en lämplig behandlingsmetod. Om spasticiteten minskar men muskelstyrkan finns kvar brukar baklofen rekommenderas. Men fysioterapeuterna förklarade att det finns mycket biverkningar av behandlingen, exempelvis trötthet. Vid svåra fall av spasticitet berättade informanterna att steloperation eller senförlängning kan vara ett alternativ.

“Sen är det klart baklofen är en viktig faktor ehm som absolut inte ska underskattas när patienten får en spasticitet som blir väldigt, ehm, begränsande. Man [patienten] kanske inte klarar sina förflyttningar, man kommer inte vidare i rehabiliteringen, då är det ju självklart att baklofen kan vara en del i det.”

Informant 2

“Senförlängningar i värsta fall... Det är ju tufft att göra en senförlängning för en patient. Det är ju gipstid och immobilisering... Man måste ju vara väldigt säker på sin sak att genom den här ökade rörligheten har någonting att hämta i allt det här med aktivitet, och man måste vara väldigt säker på vad man vill uppnå. För de blir ju inte starkare av det, oftast inte... Så det är ingenting man tar till i första taget.”

Informant 8

4.4 Betydelsen av att personcentrera behandling och göra patienter delaktiga

Under intervjuernas gång blev det tydligt att fysioterapeuterna arbetar med att personcentrera behandlingen, där samarbetet med patienterna utgör en stor del. Det finns många fördelar med att göra patienter delaktiga i sin vård, men informanterna menade att det också finns stora utmaningar i det arbetet.

4.4.1 Individanpassa behandling och målsättning

För att individanpassa behandlingen berättade flera fysioterapeuter att de arbetar med att sätta upp mål tillsammans med patienterna. De står i fokus och styr vad behandlingen ska fokusera på, men fysioterapeuterna hjälper dem att konkretisera mål och att skapa en realistisk målsättning. I ett samarbete mellan teamet och patienterna skapas en individuell rehabplan som ligger till grund för behandlingen. För att kunna individanpassa behandlingen och målsättningen tar fysioterapeuterna reda på hur patienten levde innan ryggmärgsskadan. På så sätt kan de ta hänsyn till bakgrund, tidigare intressen och upplevelser vid utformning av behandling. Även uppföljningsbesök efter avslutad vård individanpassas utifrån patienternas behov och nivå av självständighet i vardagen. Patienter med en ryggmärgsskada har en livslång uppföljning genom NHV-enheten och vid behov erbjuds en ny rehabiliteringsperiod.

“Alltså det är kul att jobba personorienterat för att man får se varje patient, deras behov ehm. Vi har dem under en såpass lång tid att vi lär känna dem. Människor är så mycket mer än bara sin skada. Det är liksom allting som de har med sig från personlighet, andra skador, sjukdomar, inställning, allting påverkar...”

Informant 1

En av informanterna uppgav svårigheter när patienternas egna förväntningar inte överensstämmer med teamets målsättning. Personcentrering i tidigt skede kan vara särskilt utmanande då många patienter inte har insikt i sin skada och då de inte kan återfå full funktion. Det kan därför underlätta att sätta upp mindre delmål som kan kännas överkomliga för patienterna. Ytterligare en utmaning kan vara att patienterna ofta upplevt trauma i samband med inträffandet av deras ryggmärgsskada. Detta kan medföra svårigheter för dem att finna behandlingen meningsfull och det kan vara svårt att medverka i behandlingen om de behöver ta ställning till någonting. En informant nämnde att vissa patienter kan behöva åka hem ifall de är för kognitivt påverkade av sitt trauma, för att komma tillbaka och genomföra rehabiliteringen när de är mer mottagliga.

“Det kan till viss del nästan försvåra patientens förmåga att medverka. Att man [patienten] ska ta ställning till någonting. Att man ska förhålla sig till någonting. För det man fortfarande är inne på det är att man ska återställas. Man ska bli som tidigare. Man kan inte se en annan lösning... Man kan delta i ett strukturerat program, men man kan inte känna sig delaktig i ett annat mål än det man själv vill uppnå. Vi försöker ju då dela upp detta i små delmål och ofta kan man det efter ett tag, men de första veckorna kan vara väldigt väldigt svåra att få fullständigt personcentrerade... Så det kan vara svårt ibland att lyckas med en väl genomförd personcentrerad vård i inledningsskedet, men det kan alltid vara genomförbart lite längre fram i rehabiliteringsförloppet.”

Informant 2

4.4.2 Utbilda patienter i spasticitet och egenvård

För att kunna vara delaktig i sin behandling behöver patienter ha insikt och kunskap om sin spasticitet, därför arbetar fysioterapeuterna med att utbilda patienterna i vad spasticitet innebär och hur det kan påverka dem. Det är då viktigt att anpassa informationen utifrån patienterna. En del av utbildningen går ut på att informera om vilka faktorer som kan trigga spasticitet samt hur patienterna kan arbeta för att förebygga dessa faktorer, till exempel smärta, trycksår, urinvägsinfektion, förstoppning, feber, dåligt psykiskt mående, stress och trötthet. Flera informanter tydliggjorde vikten av att utbilda patienter i egenvård och utföra egenvårdsbedömningar för att kartlägga patienternas självständighet. En fysioterapeut uppgav utmaningar med att utföra egenvårdsbedömningar på grund av begränsad erfarenhet och bristande kunskap. I egenvård ingår bland annat att patienterna ska kunna utföra självtöjningar, samtidigt som de ska vara medvetna om sina begränsningar. Därför behöver patienterna lära sig att instruera andra i att assistera de moment i vardagen som de inte kan utföra självständigt. I många fall kan det vara anhöriga som behöver assistera och hjälpa till, därför berättade informanterna att de dessutom genomför utbildningar för anhöriga.

“Det viktigaste arbetet är ju att få patienterna att förstå sin skada och vad spasticiteten innebär för dem. Och försöka få dem att kunna göra det de kan själv. Så egenvård är jätteviktigt.”

Informant 5

“Patienten ska vara involverad i detta [egenvård] och utbildad i detta när man går härifrån, annars har vi gjort fel. För det finns ju alla möjligheter för att de ska bli involverade och utbildade.”

Informant 6

4.4.3 Öka självständighet genom att låta patienter ta ansvar

Flera fysioterapeuter berättade att deras mål med behandlingen är att patienterna ska återfå så mycket funktion som möjligt för att öka självständigheten. Därför behöver personerna vara aktiva i sina behandlingar och ta egna initiativ till att upprepa träningen när fysioterapeuten inte är närvarande. En aspekt av detta är att de ska våga be om hjälp, till exempel av annan personal för att träna en förflyttning på kvällstid. Ytterligare en aspekt är att patienterna bör våga utföra förflyttningar i andra miljöer, till exempel när de är hemma på permission. En stor vikt ligger på deras egna ansvarstagande, vilket många fysioterapeuter underströk i intervjuerna. De poängterade att ansvarstagande och egna initiativ är viktigt för att rehabiliteringen ska fortsätta efter hemgång. Detta är något de förklarar för patienterna för att de ska få ökad insikt i varför deras egen roll är av stor vikt i behandlingen.

“Men då för mig handlar det mycket om ehm undervisning också. För jag är inte med dem hela tiden... Vi kan inte ta fullt ansvar för det [behandlingen]. De måste förstå vikten av att det är dem som måste ta ansvar och utföra eller instruera.”

Informant 4

“...personcentrering är ju för mig samma ord som att man jobbar med patienten i teamet, alltså patienten är en del av teamet. Det är för mig centrering. Vi gör ju ingenting utan att patienten är aktiv, och det är ju ett kriterium för all behandling egentligen... Patientens egna initiativ måste ju finnas där. Så det är ju egenvård i allra högsta grad.”

Informant 8

5. Diskussion

5.1 Resultatsammanfattning

Syftet med denna kandidatuppsats var att utforska fysioterapeuters upplevelser av att arbeta med rehabilitering av spasticitet hos personer med ryggmärgsskada. Resultatet visar att fysioterapeuterna bedömer spasticitet med likartade metoder, såväl på strukturell som funktionell nivå där även aktivitet och delaktighet tas i beaktning. Spasticiteten påverkar oftast patienterna negativt, men den kan underlätta vissa moment, såsom förflyttningar. Beroende på hur spasticiteten påverkar patienternas aktivitet och delaktighet är det en ständig avvägning huruvida fysioterapeuterna vill behålla eller minska den. Fysioterapeuterna använder en kombination av olika behandlingsmetoder, exempelvis töjning och långvariga vilopositioner, men dessa har ofta kortvarig effekt. Behandlingen upplevs ändå lindrande för patienterna, och den kan bidra till att förebygga komplikationer av spasticiteten, såsom kontrakturer. Fysioterapeuterna är även delaktiga i bedömningen av eventuell medicinsk behandling, såsom botulinumtoxin och baklofen. Oavsett val av behandlingsmetod bör behandlingen individanpassas genom att utforma en individuell rehabplan utifrån patienternas målsättning. Behandlingen syftar till att öka patienternas självständighet genom att utbilda och låta dem ta ansvar för egenvård, eftersom det kan ha stor inverkan på upprätthållningen av behandlingen för spasticitet efter avslutad rehabilitering.

5.2 Resultatdiskussion

5.2.1 Spasticitet påverkar patienter på olika sätt

Informanterna i denna studie uppgav att det finns flera olika konsekvenser av spasticitet som påverkar patienterna. Två exempel som nämndes var ofrivilliga rörelser och muskelstramhet,

vilket även har beskrivits i artiklarna av Pandyan et al (7) och Tibbett et al (8). Överlag anses spasticitet och konsekvenserna därtill vara ett hinder för patienterna (8) vilket även överensstämmer med den information fysioterapeuterna uppgett i denna studie. Andra negativa konsekvenser som framkom i denna studie samt tidigare forskning är smärta, kontrakturer och minskat rörelseomfång (17,18). Men spasticiteten kan också underlätta för patienten, till exempel vid vissa förflyttningar och möjliggöra belastning av benen som annars hade varit ogenomförbart till följd av hypoton muskulatur (8). Dessa resultat tyder på att spasticitet till största delen har en negativ påverkan, trots de positiva konsekvenser som kan finnas.

Forskning visar också att spasticitet kan försämra livskvaliteten för ryggmärgsskadade personer, och ångestladdade känslor kan trigga spasticitet. Men i lika stor utsträckning som dåligt psykiskt mående kan öka spasticitet, kan lyckokänslor och hoppfullhet lindra spasticitet (17). Vissa patienter kan uppleva spasticitet som obehagligt och bli rädda av den ofrivilliga aktiviteten i musklerna, vilket även beskrevs av informanterna i denna studie. Patienternas psykiska mående har därmed ett samband med triggnade faktorer av spasticitet, såsom trycksår, urinvägsinfektion, förstoppning, smärta, stress och trötthet. En stor vikt i den fysioterapeutiska behandlingen ligger därför på att utbilda patienterna om triggnade faktorer.

5.2.2 En helhetsbedömning av spasticitet är viktig

Craven et al (20) beskriver att Modifierad Ashworth Skala är ett vanligt förekommande bedömningsinstrument som används i klinisk verksamhet för att mäta ökad muskeltonus hos ryggmärgsskadade personer. Även informanterna i denna studie beskrev att Modifierad Ashworth Skala är det mest använda bedömningsinstrumentet bland fysioterapeuterna för att utföra en grundläggande bedömning av spasticitet på funktionsnivå. I tidigare forskning beskrivs ytterligare bedömningar på aktivitetsnivå, exempelvis observationer av förflyttningar från säng till rullstol (15). Detta är även något som fysioterapeuterna lyfte fram i denna studien. Andra viktiga faktorer som inkluderas i bedömningen är patienternas upplevelser och hur spasticitet påverkar deras delaktighet i vardagen. För att kartlägga detta är det betydelsefullt att samtala med patienterna.

5.2.3 Fysioterapeutiska åtgärder utgör en stor del av teambehandlingen för spasticitet

Inom rehabiliteringen av spasticitet vid ryggmärgsskador används många fysioterapeutiska åtgärder (19). En åtgärd som ofta förekommer är töjning, i syfte att bibehålla rörlighet och på så sätt minska risken för kontrakturer (9,19). Detta är en åtgärd som även informanterna i denna studie använder sig mycket av. De berättade att en stor del av den fysioterapeutiska behandlingen utgörs av förflyttningsträning i syfte att utbilda patienterna i självständiga förflyttningar, vilket överensstämmer med vad Harvey et al (15) beskriver i sin artikel. Andra fysioterapeutiska åtgärder som framkommit i tidigare forskning, men också i denna studie, är gångträning och styrketräning av antagonister för att övervinna spastiska muskler (9,15,16).

För att fastställa effekten av olika fysioterapeutiska behandlingsmetoder behövs mer forskning (15). Det finns tidigare forskning som har utvärderat effekterna av fysioterapi vid spasticitet, men resultaten är inte entydiga (19). Informanterna i denna studie beskrev att de fysioterapeutiska interventionerna som används har en kortvarig effekt på spasticiteten, men att patienterna ändå kan uppleva behandlingen som lindrande och behaglig. Trots att evidensen för vissa behandlingsmetoder är låg och effekten kortvarig kan fysioterapi ha god effekt på patientens funktion, aktivitet och delaktighet (16). I denna studie upplevde

fysioterapeuterna att en kombination av olika behandlingsmetoder kan resultera i bättre effekt.

Utöver fysioterapeuterna är andra professioner involverade i rehabiliteringen av spasticitet. Det multidisciplinära teamet är viktigt (13,15) och informanterna uppgav att de samarbetar med flera olika professioner. Det sker till exempel ett tätt samarbete med läkare gällande behandling med botulinumtoxin och baklofen (18), där fysioterapeuterna gör en bedömning innan och efter behandlingen för att bedöma dess effekt, medan läkarna ansvarar för den medicinska delen. Därmed utgör fysioterapi en stor del av teambehandlingen.

5.2.4 Betydelsen av att personcentrera behandling och göra patienter delaktiga

I intervjuerna framkom att det är betydelsefullt att individanpassa behandlingen och låta patienterna ta ansvar för att bli så självständiga som möjligt. Detta överensstämmer med artikeln av Nas et al (9) som beskriver att rehabiliteringen ska ha som syfte att göra patienter självständiga för att öka deras delaktighet i vardagliga aktiviteter. Att personcentrera och involvera patienterna i behandlingen har visat sig vara betydelsefullt för att patienterna ska återfå funktion och bli självständiga (13,15). Därmed blir det tydligt att personcentrering är en viktig del av behandlingen.

Enligt Harvey (15) samt Gómara-Toldrà et al (16) är det främsta målet med behandlingen att öka livskvaliteten. I denna studie framkom det att målet i det kliniska arbetet är att få patienterna så självständiga som möjligt för att kunna klara sig på egen hand i det vardagliga livet. Däremot kan patienterna behöva assistans och stöd i olika moment. Det är i många fall de närstående som behöver hjälpa till och det är därför viktigt att även involvera dem i ett tidigt såväl som sent skede (9), vilket stämmer överens med vad informanterna lyfte i vår studie. För att involvera anhöriga anordnas bland annat utbildningar. Resultatet i denna studie speglar det kliniska arbetet för att göra patienter och anhöriga delaktiga i behandlingen.

5.3 Metoddiskussion

Denna uppsats har en kvalitativ design där datainsamlingen genomfördes via semistrukturerade intervjuer. Med tanke på att det endast finns fyra NHV-enheter för ryggmärgsskador i Sverige, och därmed en liten grupp fysioterapeuter som arbetar med detta, hade en kvantitativ studiedesign inte varit tillämpbar eftersom deltagarantalet hade varit otillräckligt. De semistrukturerade intervjuerna gav studieförfattarna en djupare förståelse för hur fysioterapeuter upplever att det är att arbeta med spasticitet hos personer med ryggmärgsskada. Genom intervjuerna gavs möjlighet att ställa följdfrågor till informanterna och på så sätt kunde de också utveckla sina svar och täcka alla aspekter av intervjufrågorna (22). En aspekt som studieförfattarna uppmärksammade under intervjuernas gång var att många informanter lyfte de triggande faktorerna av spasticitet. Det hade därför varit fördelaktigt att tydligare inkludera frågor om detta i intervjuguiden.

Studieförfattarnas förståelse om ämnet bestod av en kurs inom neurologi på fysioterapeutprogrammet som även inkluderade ett studiebesök på en NHV-enhet för ryggmärgsskador, samt en tre veckors VFU-period på denna enhet. Studieförfattarna hade ingen tidigare erfarenhet av att utföra intervjuer. Därför genomfördes en pilotintervju innan den officiella datainsamlingen. För att optimera tidsåtgången genomfördes majoriteten av intervjuerna digitalt via Zoom, men en genomfördes på plats. Digitala intervjuer möjliggjorde att intervjuerna kunde genomföras med informanter från olika regioner, vilket annars hade varit genomförbart utifrån ett tid- och kostnadsperspektiv. Däremot fanns det vissa

nackdelar med digitala intervjuer, såsom teknikstrul som medförde att vissa ord blev ohörbara. Dessutom blev samtalsdynamiken påverkad eftersom konversationer inte kunde föras lika naturligt över en datorskärm.

Den insamlade datan analyserades med kvalitativ innehållsanalys baserat på Graneheim och Lundmans modell (24). Innehållsanalysen var latent vilket skapade utrymme att tolka informanternas budskap (22). Studieförfattarna hade ingen tidigare erfarenhet av att genomföra innehållsanalys, men eftersom modellen ger en tydlig struktur i analysprocessen är den tillämpbar för personer med begränsad erfarenhet av intervjustudier (24). För att minimera risken att missa viktig information eller tolka informationen felaktigt valde studieförfattarna att läsa igenom det bearbetade materialet flera gånger samt analysera datan tillsammans. I syfte att stärka tillförlitligheten presenterades studien med stöd av COREQ checklista (23) och resultaten konfirmerades med citat från informanterna.

Initialt fanns en tanke om att intervjua personer med ryggmärgsskador för att fånga deras upplevelser, men efter etiska överväganden ansåg studieförfattarna att detta inte var lämpligt. Detta beslut baserades på integritet och att intervjufrågorna troligtvis hade berört känsliga ämnen för personer som upplevt en stor livsomvändning och trauma. Därför hade det kunnat vara utmanande att rekrytera studiedeltagare. Istället intervjuades åtta fysioterapeuter som arbetar på NHV-enheterna för ryggmärgsskador i Region Stockholm och Region Skåne. Både Region Västerbotten och Västra Götalandsregionen kontaktades med förhoppning om att få en större spridning i resultatet och därmed kunna jämföra arbetet med spasticitet runtom i landet. Informationsbrev skickades ut till enhetschefer som vidarebefordrade informationen till sina anställda fysioterapeuter, dessvärre återfick inte studieförfattarna något svar av fysioterapeuterna från dessa regioner. Eftersom flertalet informanter i denna studie arbetar på samma enhet kan det ha påverkat resultatet eftersom de troligen arbetar på likartade sätt utefter riktlinjer som är etablerade på enheten. Resultatet hade speglat en större variation och ökat tillförlitligheten om fler informanter hade rekryterats från andra regioner. Däremot stärks resultatet i denna studie av spridningen av informanter avseende kön, erfarenhet av arbete med ryggmärgsskador och vilken del av vårdkedjan de arbetar inom. Informanterna hade i genomsnitt arbetat i 19 år med rehabilitering av personer med ryggmärgsskador vilket speglar en gedigen klinisk erfarenhet. På grund av spridningen av informanter kan resultatet anses vara generaliserbart till fysioterapeuter som arbetar på andra NHV-enheter.

6. Klinisk relevans

Resultatet i denna kvalitativa studie visar att spasticitet utgör en stor del av fysioterapeuternas arbete vid rehabilitering av ryggmärgsskadade personer. Spasticitet påverkar patienterna i stor utsträckning vilket kan begränsa deras delaktighet i det vardagliga livet. Därför finns det ett behov av behandlingsmetoder för att reducera spasticitet, förebygga komplikationer samt hjälpa patienterna att hantera sin spasticitet. De fysioterapeutiska behandlingarna som används i klinisk verksamhet kan upplevas lindrande för patienterna, även om de anses ha kortvarig effekt och låg evidens. Spasticitet är en komplex och svårbehandlad konsekvens av ryggmärgsskador, och ytterligare forskning behövs för att fastställa effekten av fysioterapeutiska behandlingsmetoder av spasticitet hos personer med ryggmärgsskada.

7. Konklusion

Denna studie belyser fysioterapeuters upplevelser av att arbeta med spasticitet hos personer med ryggmärgsskada. Eftersom spasticitet kan påverka patienterna på olika sätt menade fysioterapeuterna vid NHV-enheterna att helhetsbedömningar är viktiga för att kunna individanpassa behandlingen utefter hur de fysiska konsekvenserna av spasticitet påverkar patienternas aktivitet och delaktighet. Flera olika spasticitetsreducerande åtgärder används, även om de flesta har en kortvarig effekt. Trots detta upplevs den spasticitetsreducerande behandlingen vara viktig för patienterna eftersom den kan vara lindrande och underlätta förflyttningar i vardagen. För att stötta patienterna att kunna utföra egenvård är det viktigt för fysioterapeuterna och resten av teamet att involvera dem tidigt i rehabiliteringsprocessen.

Referenslista

1. Motiei-Langroudi R, Sadeghian H. Traumatic spinal cord injury: long-term motor, sensory, and urinary outcomes. *Asian Spine J.* 2017 Jun;11(3):412-8.
2. Divanoglou A, Levi R. Incidence of traumatic spinal cord injury in Thessaloniki, Greece and Stockholm, Sweden: a prospective population-based study. *Spinal Cord.* 2009 Nov;47(11):796-801.
3. Joseph C, Andersson N, Bjelak S, Giesecke K, Hultling C, Wikmar LN, et al. Incidence, aetiology and injury characteristics of traumatic spinal cord injury in Stockholm, Sweden: a prospective, population-based update. *J Rehabil Med.* 2017 May 16;49(5):431-6.
4. Karsy M, Hawryluk G. Modern medical management of spinal cord injury. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2019 Jul 30;19(9):65.
5. Ahuja CS, Wilson JR, Nori S, Kotter MRN, Druschel C, Curt A. Traumatic spinal cord injury. *Nat Rev Dis Primers.* 2017 Apr 27;3:17018.
6. Kirshblum SC, Burns SP, Biering-Sorensen F, Donovan W, Graves DE, Jha A, et al. International standards for neurological classification of spinal cord injury (revised 2011). *J Spinal Cord Med.* 2011 Nov;34(6):535-46.
7. Pandyan AD, Gregoric M, Barnes MP, Wood D, Van Wijck F, Burridge J, et al. Spasticity: clinical perceptions, neurological realities and meaningful measurement. *Disabil Rehabil.* 2005 Jan;27(1-2):2-6.
8. Tibbett J, Widerström-Noga EG, Thomas CK, Field-Fote EC. Impact of spasticity on transfers and activities of daily living in individuals with spinal cord injury. *J Spinal Cord Med.* 2019 May;42(3):318-27.
9. Nas K, Yazmalar L, Şah V, Aydın A, Öneş K. Rehabilitation of spinal cord injuries. *World J Orthop.* 2015 Jan 18;6(1):8-16.
10. Tollefsen E, Fondenes O. Respiratory complications associated with spinal cord injury. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2012 May 15;132(9):1111-4.
11. Hawryluk G, Fehlings MG. *Youmans Neurological Surgery* [Internet]. 6 uppl. Saunders; 2011. Kapitel 268, Current status and future direction of management of spinal cord injury; s.2730-40. [citerad 2023-09-19].
12. Lundström U, Wahman K, Seiger Å, Gray DB, Isaksson G, Lilja M. Participation in activities and secondary health complications among persons aging with traumatic spinal cord injury. *Spinal Cord.* 2017 Apr;55(4):367-72.
13. Angel S, Kirkevold M, Pedersen BD. Getting on with life following a spinal cord injury: regaining meaning through six phases. *Int. J. Qual. Stud. Health Well-being.* 2009;4:39-50.

14. Krause JS, Zhai Y, Saunders LL, Carter RE. Risk of mortality after spinal cord injury: an 8-year prospective study. *Arch Phys Med Rehabil.* 2009 Oct;90(10):1708-15.
15. Harvey LA. Physiotherapy rehabilitation for people with spinal cord injuries. *J Physiother.* 2016 Jan;62(1):4-11.
16. Gómara-Toldrà N, Sliwinski M, Dijkers MP. Physical therapy after spinal cord injury: a systematic review of treatments focused on participation. *J Spinal Cord Med.* 2014 Jul;37(4):371-9.
17. Westerkam D, Saunders LL, Krause JS. Association of spasticity and life satisfaction after spinal cord injury. *Spinal Cord.* 2011 Sep;49(9):990-4.
18. Taricco M, Adone R, Pagliacci C, Telaro E. Pharmacological interventions for spasticity following spinal cord injury. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;2000(2):CD001131.
19. Barbosa PHFA, Glinsky JV, Fachin-Martins E, Harvey LA. Physiotherapy interventions for the treatment of spasticity in people with spinal cord injury: a systematic review. *Spinal Cord.* 2021 Mar;59(3):236-47.
20. Craven BC, Morris AR. Modified Ashworth scale reliability for measurement of lower extremity spasticity among patients with SCI. *Spinal Cord.* 2010 Mar;48(3):207-13.
21. Altmark T, Stipica H. Views and experiences of physiotherapeutic intervention from physiotherapists working with traumatic spinal cord injuries: A qualitative interview study regarding the physiotherapeutic experience in Cape Town, South Africa [kandidatuppsats på internet]. Uppsala: Uppsala universitet; 2020 [citerad 4 december 2023].
22. Kristensson J. Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap. 1 uppl. Lund 2013.
23. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007 Dec;19(6):349-57.
24. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today.* 2004 Feb;24(2):105-12.
25. World Medical Association. World medical association declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA.* 2013 Nov 27;310(20):2191-4.

Bilagor

Bilaga 1: Intervjuguide

Syftet med vår kandidatuppsats är att få ökad kunskap om fysioterapeuters erfarenheter och upplevelser av att arbeta med rehabilitering av spasticitet hos personer med ryggmärgsskada.

Frågor om informanternas demografi och karakteristika innan intervjuerna påbörjas:

- Ålder?
- Kön?
- Hur länge har du arbetat som fysioterapeut?
- Hur länge har du arbetat med ryggmärgsskador?
- Vilken del av vårdkedjan arbetar du i? Akutsjukvård? Rehabilitering?
- Har du läst några vidareutbildningar och/eller kurser specificerade för just ryggmärgsskador?
- Besitter du specialistkompetens inom rehabiliteringsmedicin för ryggmärgsskador?

Inledning:

- Kan du berätta för oss om din väg till att arbeta med ryggmärgsskador?

Frågeställning 1: Hur upplever fysioterapeuter att spasticitet påverkar personer med ryggmärgsskada?

Intervjufrågor

- Vilka patienter möter du i arbetet med rehabilitering för ryggmärgsskador? Berätta om dem.
- Vilka konsekvenser upplever du att spasticitet leder till för dina patienter?
- Hur upplever du att dessa konsekvenser påverkar patienternas funktionsförmåga, aktivitet och delaktighet?

Frågeställning 2: Vilka erfarenheter har fysioterapeuter av att bedöma spasticitet och vilka bedömningsinstrument används?

Intervjufrågor

- Kan du berätta om hur du bedömer spasticitet hos ryggmärgsskadade och vilka bedömningsinstrument du använder?
 - Vad avser bedömningsinstrumenten att mäta? Funktionsnivå? Aktivitet? Delaktighet?
- Hur resonerar du kring i vilken utsträckning du vill minska eller behålla spasticitet hos dina patienter?

Frågeställning 3: Vilka erfarenheter har fysioterapeuter gällande behandlingsmetoder som kan reducera spasticitet?

Intervjufrågor

- Kan du berätta om hur du behandlar spasticitet hos patienter med ryggmärgsskada?
- Vilka effekter upplever du att behandlingen ger?
- Upplever du några utmaningar gällande behandling av spasticitet? Berätta om dem.

- Hur upplever du samarbetet med andra professioner gällande behandling av spasticitet?
- Kan du berätta om hur behandlingen för spasticitet upprätthålls efter att patienterna lämnar er enhet?

Frågeställning 4: Hur upplever fysioterapeuter att de arbetar för att involvera personer med ryggmärgsskada i sitt rehabiliteringsförlopp?

Intervjufrågor

- Berätta om hur du arbetar för att involvera dina patienter i sitt rehabiliteringsförlopp?
- Hur resonerar du kring personcentrering och egenvård inom rehabilitering av ryggmärgsskador? Berätta om utmaningar och fördelar.
- Kan du berätta för oss om hur ni arbetar vid övergångar där patienter får fortsatt rehabilitering på annan vårdenhets?

Avslutning:

- Är det något annat du vill tillägga eller finns det någonting du anser att vi har missat att fråga om?

Bilaga 2: Informationsbrev till enhetschef



LUNDS
UNIVERSITET

Medicinska fakulteten
Institutionen för hälsovetenskaper

INFORMATIONSBREV TILL ENHETSCHEFER/STYRGRUPPEN

Fysioterapeuters upplevelser av att arbeta med spasticitet hos personer med ryggmärgsskada

Vi vill härmed tillfråga dig om ditt medgivande att intervjua fysioterapeuter som arbetar på er nationella högspecialiserade vårdenhet för ryggmärgsskador till vår kandidatuppsats.

Syftet med vår kandidatuppsats är att få ökad kunskap om fysioterapeuters erfarenheter och upplevelser av att arbeta med rehabilitering av spasticitet hos vuxna personer med ryggmärgsskador. Vi kommer huvudsakligen ställa öppna frågor som kommer att beröra fysioterapeuters erfarenheter och upplevelser av bedömning, behandling, personcentrering och konsekvenser av spasticitet. Här nedan kan du ta del av vår frågeställning.

- Hur upplever fysioterapeuter att spasticitet påverkar personer med ryggmärgsskada?
- Vilka erfarenheter har fysioterapeuter av att bedöma spasticitet och vilka bedömningsinstrument används?
- Vilka erfarenheter har fysioterapeuter gällande behandlingsmetoder som kan reducera spasticitet?
- Hur upplever fysioterapeuter att de arbetar för att involvera personer med ryggmärgsskada i sitt rehabiliteringsförlopp?

Vi som kommer att hålla i intervjun heter Ida Daugaard Hjorth och Nellie Upphoff och studerar i termin 5 på fysioterapeutprogrammet vid Lunds universitet. Intervjuerna kommer att pågå i cirka 45-60 minuter, på plats eller via Zoom. Intervjun kommer även att spelas in eftersom vi behöver transkribera materialet för att sedan koda och plocka ut meningsbärande enheter. Den information fysioterapeuterna lämnar kommer att behandlas konfidentiellt. Ingen obehörig kommer alltså få tillgång till informationen. Efter godkänd examination kommer inspelat och transkriberat intervjumaterial att förstöras.

Vi kommer att avidentifiera intervjumaterialet så att ingen information kan kopplas till en enskild person eller enhet. Deltagandet är frivilligt och fysioterapeuterna kan när som helst avbryta intervjun utan att ange orsak. De kan även ångra sitt deltagande efter att intervjun ägt rum.

Vi skulle vara väldigt tacksamma för ert medgivande. Vid samtycke från er så skulle vi därefter behöva kontaktuppgifter till aktuella fysioterapeuter som kan tänka sig ställa upp på

intervju. Vi eftersträvar att genomföra totalt åtta intervjuer med fysioterapeuter från olika NHV-enheter för ryggmärgsskador i Sverige.

Vid eventuella frågor eller om du vill veta mer, kontakta oss eller vår handledare.

Tack på förhand!

Med vänliga hälsningar Ida och Nellie

Ida Daugaard Hjorth
Fysioterapeutprogrammet
Lunds universitet
id8405da-s@student.lu.se

Nellie Upphoff
Fysioterapeutprogrammet
Lunds universitet
nellie.upphoff@gmail.com

Christina Brogårdh
Handledare
Professor i fysioterapi
christina.brogardh@med.lu.se

Bilaga 3: Informationsbrev till studiedeltagare



LUNDS
UNIVERSITET

Medicinska fakulteten
Institutionen för hälsovetenskaper

INFORMATIONSBREV TILL STUDIEDELTAGARE

Fysioterapeuters upplevelser av att arbeta med spasticitet hos personer med ryggmärgsskada

Vi vill härmed tillfråga dig, som arbetar som fysioterapeut på en nationell högspecialiserad vårdenhet för ryggmärgsskador, att delta i ovanstående intervjustudie.

Syftet med vår kandidatuppsats är att få ökad kunskap om fysioterapeuters erfarenheter och upplevelser av att arbeta med rehabilitering av spasticitet hos personer med ryggmärgsskador. Vi kommer huvudsakligen ställa öppna frågor som kommer att beröra dina erfarenheter och upplevelser av bedömning, behandling, personcentrering och konsekvenser av spasticitet. Här nedan kan du ta del av vår frågeställning.

- Hur upplever fysioterapeuter att spasticitet påverkar personer med ryggmärgsskada?
- Vilka erfarenheter har fysioterapeuter av att bedöma spasticitet och vilka bedömningsinstrument används?
- Vilka erfarenheter har fysioterapeuter gällande behandlingsmetoder som kan reducera spasticitet?
- Hur upplever fysioterapeuter att de arbetar för att involvera personer med ryggmärgsskada i sitt rehabiliteringsförlopp?

Vi som kommer att hålla i intervjun heter Ida Daugaard Hjorth och Nellie Upphoff och studerar i termin 5 på fysioterapeutprogrammet vid Lunds universitet. Intervjuerna kommer att pågå i cirka 45-60 minuter, på plats eller via Zoom. Intervjun kommer även att spelas in eftersom vi behöver transkribera materialet för att sedan koda och plocka ut meningsbärande enheter. Den information du lämnar kommer att behandlas konfidentiellt. Ingen obehörig kommer alltså få tillgång till informationen. Efter godkänd examination kommer inspelat och transkriberat intervjumaterial att förstöras.

Vi kommer att aidentifiera intervjumaterialet så att ingen information kan kopplas till en enskild person eller enhet. Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst avbryta intervjun utan att ange orsak. Du kan även ångra ditt deltagande efter att intervjun ägt rum.

Vi bifogar en samtyckesblankett som vi vill att du skriver under vid deltagande i studien. Blanketten kan du ladda ned, skriva under digitalt och sedan mejla till någon av oss studieförfattare, alternativt vår handledare.

Vid eventuella frågor eller om du vill veta mer, kontakta oss eller vår handledare.

Tack på förhand!

Med vänliga hälsningar Ida och Nellie

Ida Daugaard Hjorth
Fysioterapeutprogrammet
Lunds universitet
id8405da-s@student.lu.se

Nellie Upphoff
Fysioterapeutprogrammet
Lunds universitet
nellie.upphoff@gmail.com

Christina Brogårdh
Handledare
Professor i fysioterapi
christina.brogardh@med.lu.se

Bilaga 4: Samtyckesblankett



LUNDS
UNIVERSITET

Medicinska fakulteten
Institutionen för hälsovetenskaper

Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om studien *Fysioterapeuters upplevelser av att arbeta med spasticitet hos personer med ryggmärgsskada*.

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att behöva ange orsak. Härmed ger jag mitt samtycke till att delta i studien.

Underskrift av studiedeltagare

Ort, datum

Underskrift

Telefonnummer